Bibliothèque numérique
medic@

Annales de dermatologie et de syphiligraphie

5ème série, tome V. - Paris : Masson, 1915.
Cote : 90153

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90153x1914x1915

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

5e SÉRIE. — TOME V. — 1914-1915

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* paraissent le 15 de chaque mois.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL:

Paris : **30** fr. — *Départements et Union postale :* **32** fr.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

CINQUIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

A. FOURNIER
Professeur honoraire à la Faculté de médecine
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

L. BROCQ
Médecin
de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

W. DUBREUILH
Professeur à la Faculté de Bordeaux.

J. DARIER
Médecin
de l'hôpital Saint-Louis.

CH. AUDRY
Professeur
à la Faculté de Toulouse.

L. JACQUET
Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, BALZER, L. DE BEURMANN, BOISSEAU, L. BONNET, B. BORD, BRAULT, BRODIER
M. CARLE, J. CHAILLOUS, CHARMEIL, A. CIVATTE, L. DEKEYSER, FAGE,
FAVRE, M. FERRAND, FRÈCHE, GAUCHER, J. HALLÉ, HORAND, HUDELO, JAMBON, JEANSELME,
E. LENGLET, L. LE PILEUR, L. LE SOURD, G. MILIAN, MOREL-LAVALLÉE, J. DE
J. NICOLAS, P. PAGNIEZ, PAUTRIER, PELLIER, G. PETGES, L. PERRIN, PAUL RAYMOND,
ALEX. RENAULT, R. SABOURAUD, L. SPILLMANN.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION
P. RAVAUT
Médecin des hôpitaux de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME V — ANNÉE 1914-1915

90153

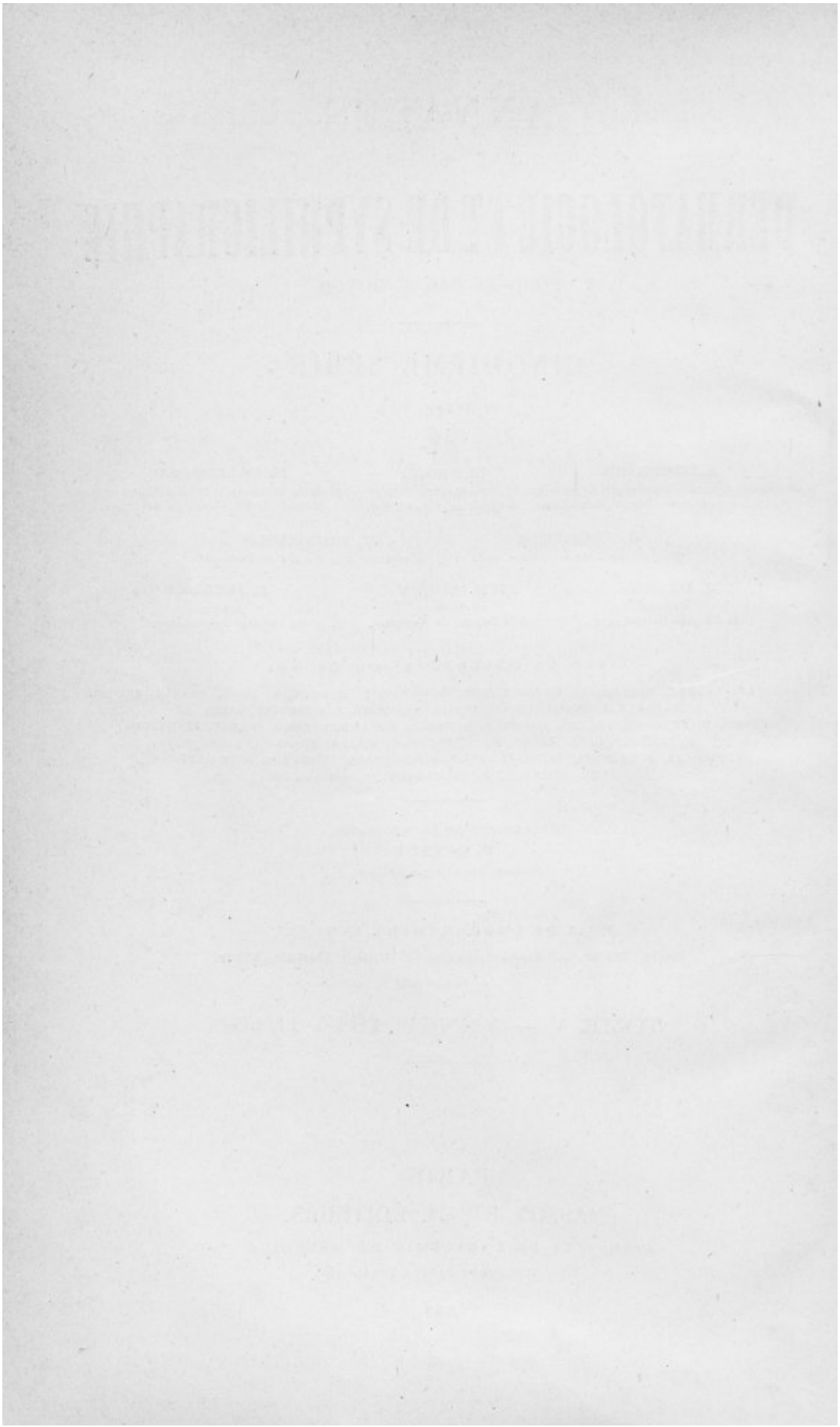
PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)

MCMXV



ANNALES
DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

TRAVAUX ORIGINAUX

GLOSSITE LOSANGIQUE MÉDIANE DE LA FACE DORSALE DE LA LANGUE

Par **MM. L. Brocq** et **L.-M. Pautrier.**

La pathologie de la muqueuse buccale est souvent négligée par les dermatologistes. Sans doute les grosses lésions qui peuvent évoluer à son niveau sont parfaitement connues : telles l'épithélioma, les ulcérations tuberculeuses, les diverses manifestations de la syphilis, depuis le chancre induré, en passant par les plaques muqueuses, la leucoplasie, jusqu'aux syphilomes tertiaires et aux gommes. D'autres lésions que l'on y observe fréquemment sont également mentionnées dans tous les traités : nous citerons entre autres l'herpès, la stomatite, les localisations particulières de dermatoses comme le lichen plan, certaines malformations congénitales comme la langue scrotale. D'autres aspects particuliers de la muqueuse linguale, d'une interprétation plus difficile, ont également été décrits : rappelons parmi eux la langue rouge, desquamée, comme vernissée, dite glossite des arthritiques nerveux — et la langue parcourue par des circinations dont le centre est représenté par une muqueuse rose, lisse, comme desquamée, et le bord par un mince liséré blanchâtre, dite glossite exfoliative marginée ou desquamation aberrante en aires de la langue.

Mais il ne faudrait pas croire, après cette énumération, avoir épuisé toute la pathologie des muqueuses buccale et linguale. Nombre d'états morbides n'ont pas été décrits et attendent encore d'être mis au jour.

Nous voudrions aujourd'hui faire connaître une lésion spéciale de la face dorsale de la langue, sur laquelle notre attention a été attirée depuis plusieurs années. Nous l'avons observée par hasard ; nous

eûmes la surprise de la retrouver, par hasard également, chez un certain nombre de malades venus nous consulter pour une tout autre affection. Depuis, l'ayant recherchée systématiquement, elle nous a paru moins rare que nous ne l'avions cru tout d'abord. Nous avons changé mainte fois d'opinion à son égard : nous avons eu tour à tour des tendances à la rattacher à la tuberculose, ou plutôt à des formes atténuées de cette affection, en frontière du lupus tuberculeux ou du lupus érythémateux, puis à la syphilis. Enfin l'ayant rencontrée dans des conditions fort diverses, et alors qu'aucune de ces grandes infections ne pouvait être mise en cause, nous avouons notre impuissance totale à lui donner une place précise dans un cadre nosographiqne. L'étude de la dermatologie nous ayant accoutumés à nous contenter souvent de décrire l'aspect objectif d'une dermatose sans pouvoir remonter à son étiologie, nous croyons utile de publier aujourd'hui ce que nous savons de cette lésion linguale, remettant à des travaux ultérieurs de préciser, si possible, la place qu'elle doit occuper et le groupe morbide auquel elle doit être rattachée.

Voici d'abord les observations sur lesquelles s'appuie cette étude et dont nous tirerons les éléments de notre description clinique. Ces observations ne représentent pas la totalité des cas que nous avons rencontrés ; nous en avons certainement vu cinq ou six de plus, sur lesquels aucune note n'a pu être prise. Enfin nous rappellerons qu'au cours d'une réunion clinique de l'hôpital Saint-Louis, notre ami M. le Dr Darier nous déclara avoir observé de son côté la même lésion, sans pouvoir, lui non plus, lui donner une étiquette précise.

I. — Documents cliniques.

Observation I. — Mlle Marcelle C., 18 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis pour de l'impetigo de la face. On découvre par hasard, en l'examinant, une lésion spéciale de la langue.

Il existe sur la partie médiane de la face dorsale de la langue une zone irrégulièrement ovalaire, ou plutôt losangique, mais à extrémités arrondies, complètement dépapillée, de couleur rouge, et tranchant nettement sur le reste de la langue qui est de couleur rosée-blanchâtre et qui est recouverte de son fin chevelu papillaire.

Ses bords sont assez nets ; sur quelques points ils sont rectilignes et semblent dessinés à l'emporte-pièce ; sur d'autres, la ligne de démarcation est moins tranchée et l'on trouve quelques papilles clairsemées dessinant des bords légèrement irréguliers.

La surface est lisse, tout à fait dépapillée, mais présente en son milieu une série de sept petites nodosités mamelonnées, à surface arrondie, de la grosseur d'une lentille, dures et fermes au toucher, presque au contact les unes des autres. A la partie antérieure de la plaque, lorsqu'on essuie bien, on distingue une sorte de léger aspect opalin, blanchâtre, à bords très

flous, comme s'il y avait là un léger début de sclérose. L'indolence est absolue.

La malade a toujours été bien portante; elle n'a fait aucune maladie; sa mère est morte d'accident; son père est vivant, bien portant. Ni frères, ni sœurs. Sa santé générale est parfaite, aucun stigmate d'hérédo-syphilis, aucun soupçon de tuberculose.

Observation II. — Mlle Louise B., 15 ans. La malade ne présente aucune particularité intéressante dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux. On ne trouve à noter dans ses antécédents personnels qu'une varicelle à l'âge de trois ans. Sa santé générale est excellente, la malade ne tousse pas et n'a jamais eu d'affection des voies respiratoires.

La lésion pour laquelle elle vient consulter ne fut remarquée par elle qu'il y a environ huit jours. Elle éprouva une légère gêne à la mastication, regarda sa langue et vint nous consulter à ce sujet.

On trouve sur la face dorsale de la langue, dans sa partie médiane, une lésion de forme ovalaire, allongée dans le sens de la langue, située un peu en avant du V lingual. Le grand axe de la lésion mesure un centimètre et demi sur environ un centimètre dans la partie la plus large. A ce niveau la muqueuse est rosée, nettement dépapillée, les bords sont à peu près réguliers, tranchant nettement sur les parties saines qui sont recouvertes du chevelu papillaire. La langue est souple au toucher aussi bien au niveau de la lésion qu'au voisinage.

Aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire.

Observation III. — Mme Françoise P., 40 ans, vient nous consulter à l'hôpital Saint-Louis, pour des lésions artificielles des mains, et c'est en l'examinant qu'on découvre, par hasard, la lésion de la face dorsale de sa langue.

Depuis deux ans la malade souffre vivement de l'estomac. L'estomac est toujours sensible, même en dehors de la période digestive, mais environ une heure après le repas la malade se sent gonflée, ballonnée, a des gaz, une tendance marquée à l'assoupissement, en somme des signes de dyspepsie, de fermentation.

C'est au moment où la malade a commencé à souffrir de l'estomac qu'elle s'est aperçue de la lésion de sa langue, tout à fait par hasard, car elle était absolument indolore. Elle ignore à quel moment elle a commencé à se développer; pourtant elle affirme qu'à cette époque, cette lésion était un peu plus petite qu'elle ne l'est aujourd'hui. Les antécédents et l'examen général de la patiente ne révèlent rien permettant de penser à une bacillose ou à une syphilis ignorée. La réaction de Wasserman est négative.

On trouve, au moment où nous examinons la malade, sur la face dorsale de la langue, vers la partie médiane, un peu en avant du V lingual, une lésion caractérisée de la façon suivante (voir figure 1), elle est irrégulièrement ovalaire, presque arrondie, ayant à peu près les dimensions d'une pièce d'un franc. Elle tranche par sa couleur rouge, par son aspect dépapillé et lisse, sur le reste de la langue qui est blanchâtre et recouverte d'un fin chevelu papillaire. Elle ne présente pas de sclérose à proprement parler; elle est recouverte par une sorte de léger voile opalin; sa surface

n'est pas nettement mamelonnée ; on y voit cependant une ébauche de deux ou trois petites saillies lisses, très peu marquées. La bordure est peu nette en avant : le chevelu papillaire reprend insensiblement ; mais sur les

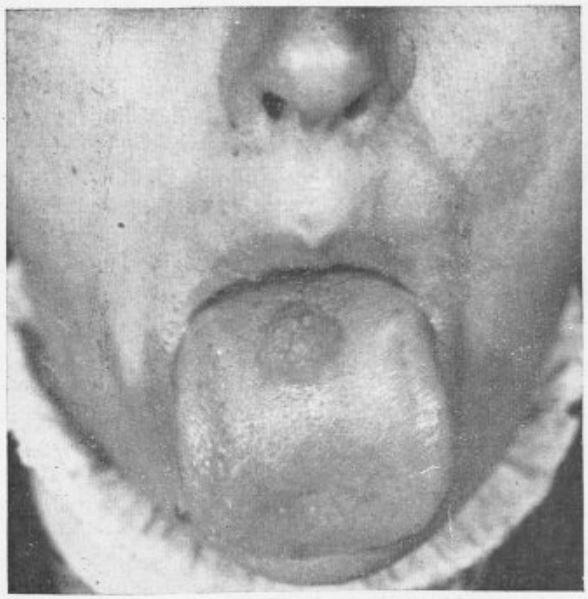


Fig. 1.

bords, et en particulier sur le bord droit, la limite est linéaire, comme dessinée au compas.

Observation IV. — M. R., 35 ans, syphilitique, vient nous consulter pour sa syphilis. Le chancre date de 3 mois. A l'heure actuelle on note sur tout le tronc une éruption généralisée de papules typiques.

En examinant la bouche du malade, on constate par hasard la lésion typique de la face dorsale de la langue : elle est irrégulièrement ovalaire, mesurant environ deux centimètres et demi de long sur un et demi de large, sa surface est lisse, dépapillée, et franchement mamelonnée.

Le malade n'a pu être suivi et nous n'avons pu constater si le traitement mercuriel a exercé une action quelconque sur cette lésion.

Observation V. — M. Julien B., 33 ans. Le malade vient consulter directement pour une lésion de la langue dont il s'est aperçu il y a six semaines environ.

Elle présente les caractères suivants : on trouve, sur la face dorsale de la langue, dans sa région médiane, au niveau de son tiers postérieur, immédiatement en avant du V lingual, une zone déglabrée, tranchant, par son aspect lisse, sur le reste du chevelu papillaire de la langue. Elle est, dans son ensemble, assez régulièrement ovalaire, à grand axe dirigé d'avant en arrière. Elle mesure 15 millimètres de long sur 7 à 8 de large. Ses bords

tout en étant assez réguliers, ne sont nullement rectilignes; ils présentent même du côté droit de la lésion, de légères encoches. Le chevelu papillaire de la zone périphérique ne cesse pas brusquement mais diminue insensiblement.

La surface de la plaque lisse paraît légèrement sclérosée ; par places, elle présente un soupçon de nuance blanchâtre; cependant dans son ensemble elle conserve la coloration rosée de la muqueuse linguale normale.

Disséminées sur cette plaque, on aperçoit cinq petites saillies, de la grosseur d'un grain de millet, globuleuses, arrondies, au niveau desquelles la muqueuse présente le même aspect et a la même coloration que sur le reste de la plaque.

Au toucher la muqueuse paraît légèrement infiltrée, surtout au niveau des petites papules.

Ces lésions sont complètement indolentes, spontanément et à la pression. Le malade s'en est aperçu par hasard, en regardant sa langue dans une glace et s'en est alors inquiété.

On trouve dans ses antécédents une série de points intéressants à noter.

Son père est vivant et bien portant; sa mère est morte jeune de maladie inconnue. Il a eu neuf frères et sœurs dont sept sont morts en bas âge sans que le malade en ait jamais su la cause. Il a deux frères vivants bien portants. Il ne signale comme maladie personnelle antérieure que la varicelle. Mais depuis l'âge de 20 ans il se livre à quelques excès alcooliques, prend de 2 à 3 apéritifs par jour, et fume quotidiennement de 6 à 7 cigares. Du reste en examinant la muqueuse buccale dans son ensemble, on trouve au niveau des commissures labiales quelques traînées blanchâtres nacrées de leucoplasie, qui paraissent superficielles et qui se rapprochent plus des plaques blanches des fumeurs que de la leucoplasie vraie.

La femme du malade que nous avons pu examiner a contracté une syphilis extra-conjugale un an auparavant. Elle a présenté pendant les premiers mois de son affection une série d'accidents buccaux et vulvaires. Il est à peu près certain que le mari, ayant eu des rapports avec sa femme, s'est exposé à la contagion, cependant il n'a constaté aucun accident primitif.

Dans le doute (la réaction de Wassermann n'existait pas encore ; nous avons vu le malade à Saint-Louis, en janvier 1907), le patient est soumis au traitement mercuriel et reçoit trente injections de bi-iodure.

En même temps les saillies mamelonnées de la lésion sont soumises au traitement électrolytique, et avec une aiguille reliée au pôle négatif on fait passer chaque fois un courant de un milli-ampère d'intensité. Après une dizaine de séances, il semble se produire une amélioration sensible, mais après une période de repos les lésions reprennent leur volume et leur aspect premier, et bientôt le malade, rassuré sur la gravité de son affection, est perdu de vue.

Observation VI. — M. M., 49 ans, a contracté la syphilis il y a 18 ans et a présenté à la suite une éruption papuleuse et des plaques muqueuses.

Le malade vient consulter pour des lésions de la bouche, qui ont été constatées pour la première fois il y a un an, au cours d'un examen général fait pour une affection pulmonaire. Elles appartiennent à plusieurs types différents et leur coexistence chez un même sujet est des plus intéressantes à observer.

Tout d'abord au niveau des commissures labiales, de chaque côté, il y a un enduit leucoplasique typique, sous forme d'une petite nappe opaline, comme une cautérisation légère au nitrate, sans la moindre infiltration, sans stries apparentes.

A la partie postérieure de la joue droite, au niveau de la deuxième grosse molaire il existe d'autre part une plaque de lichen plan typique avec des stries, des arborisations en feuilles de fougère et de petits points nodaux. Pas de lichen plan sur le corps.

Enfin, au niveau de la face dorsale de la langue, dans sa partie médiane,

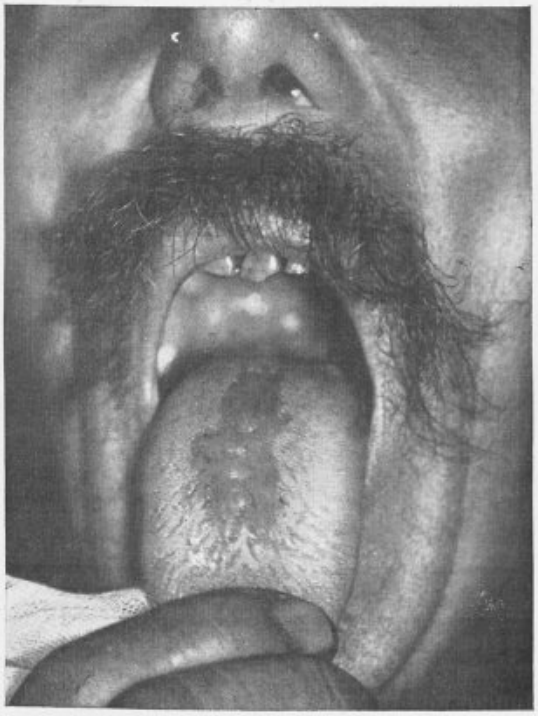


Fig. 2.

un peu en avant du V lingual on trouve une zone ovalaire, à grand axe antéro-postérieur, au niveau de laquelle existe une dépapillation totale et qui est recouverte par une muqueuse rosée, lisse, sans qu'il y ait au centre ni de saillies ni de mamelonnements. Les limites de cette plaque sont peu nettes et le chevelu papillaire du voisinage vient mourir doucement sur ses bords.

Observation VII. — M. Eugène F., 38 ans, forain. — Se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, pour une lésion de la langue qui est le siège de cuissons assez vives.

En l'examinant, on constate, un peu en avant du V lingual une lésion irrégulière, rubannée (voir fig. 2), de trois centimètres de long sur un de

large en moyenne, venant se terminer à deux centimètres et demi de l'extrémité de la langue par une sorte de fourche à deux pointes, pointes peu longues, peu marquées, mais assez effilées. Cette lésion se présente comme un ruban dépapillé, tranchant sur la langue par son aspect lisse, fauché, et par sa couleur d'un rouge franc ; elle ne présente pas de sclérose, mais sur son fond rouge se distinguent un certain nombre de petits points de teinte opaline. Les bords sont irréguliers, festonnés, très nets dans la partie postérieure, flous et mal dessinés dans la partie antérieure. Au toucher on ne trouve aucune modification de la consistance normale de la langue.

Cette lésion est de date récente ; d'après le malade, elle n'existerait que depuis six semaines ; il est pourtant probable qu'elle est de date plus ancienne, mais que le début a dû passer inaperçu ; en tout cas elle est encore en voie d'extension, et, à trois examens successifs pratiqués en un mois, elle nous a paru s'accroître.

Le patient est en excellente santé générale, n'a jamais fait aucune maladie, ne tousse pas, nie la syphilis. La réaction de Wassermann pratiquée est négative. Le sujet a été longtemps grand fumeur, fumant un paquet de tabac par jour, mais depuis quatre ans il a totalement renoncé au tabac.

Cette lésion diffère légèrement de la lésion habituelle de la face dorsale de la langue par les caractères suivants : 1° par sa forme plus allongée et ses dimensions plus considérables ; 2° par ses limites qui s'étendent en avant beaucoup plus loin que d'ordinaire ; 3° par les sensations de cuisson vive dont elle est le siège.

Observation VIII. — M. B..., 40 ans. — Le malade nous est adressé à Saint-Louis par son médecin, qui a découvert par hasard une lésion sur la face dorsale de la langue. Le malade interrogé à ce sujet déclare que depuis huit mois il ressentait à ce niveau un petit picotement, mais si léger qu'il n'y prêtait aucune attention et n'avait jamais regardé sa langue dans une glace.

A la partie médiane de la face dorsale de la langue, en avant du V lingual, on trouve une lésion à peu près losangique, de deux centimètres de long et mesurant en largeur un centimètre dans sa partie antérieure, un centimètre et demi à sa partie moyenne, un centimètre à sa partie postérieure. A ce niveau, la langue a perdu son chevelu papillaire et présente une coloration rosée, lisse. La lésion est mal limitée du côté gauche et le chevelu papillaire des parties voisines décrit des flexuosités et se confond peu à peu avec la lèvre déglabrée ; au contraire, du côté droit la démarcation est beaucoup plus nette.

La surface de la lésion est parsemée de quelques saillies, surtout agminées vers la partie centrale du losange, nodosités dont la coloration ne tranche en rien sur celle du reste de la lésion. Ces petites nodosités sont très peu saillantes ; elles sont légèrement indurées au toucher.

Le malade a eu une pleuro-pneumonie il y a huit ans ; depuis il a eu quelques crachats sanglants ; actuellement il est en bonne santé. Il n'a pas d'enfants. Aucun antécédent syphilitique. Réaction de Wassermann négative. Fume d'une façon assez marquée : de 12 à 15 cigarettes par jour.

Observation IX. — M. Mer., 27 ans. Lésion de la face dorsale de la langue, siégeant en avant du V lingual, se présentant avec les caractères habituels de cette lésion : forme losangique, à grand axe antéro-postérieur, complètement dépapillée, à bords assez nets de couleur rosée; offrant au centre deux ou trois petites nodosités de la grosseur d'une petite lentille, faisant une légère saillie, et légèrement indurées au toucher.

La lésion a été constatée, pour la première fois, il y a trois ans, au cours d'un examen de la gorge fait pour une angine; elle devait exister depuis plus longtemps sans doute. Indolence absolue.

Le patient n'a jamais été malade. Pas d'antécédents tuberculeux ni syphilitiques. Pas de syphilis acquise. Excellente santé générale.

Observation X. — M. V. Lésion atypique, n'ayant pas la disposition habituelle, mais formant dans la partie médiane de la face dorsale de la langue une bande étroite et longue, mesurant trois centimètres de long sur un de large.

A ce niveau la langue est complètement dépapillée et présente un aspect légèrement opalin; les bords de la lésion sont assez nets, rectilignes par endroits, légèrement festonnés en d'autres. Au centre on observe une série de petits mamelonnements.

Au niveau des deux commissures labiales on trouve des plaques de leucoplasie assez prononcée.

Le malade nie tout antécédent syphilitique.

La réaction de Wassermann est complètement négative.

Observation XI. — Mme D., 56 ans.

Nous avons constaté un début de lésion de la face dorsale de la langue chez une malade présentant d'autre part du lupus érythémateux disséminé de la face; du lupus érythémateux de la lèvre inférieure et du lupus érythémateux des mains; malheureusement, la malade a précipitamment quitté la consultation de l'hôpital avant que nous ayons pu recueillir son observation, qui, par la coexistence de ce lupus érythémateux de la peau et de la muqueuse de la lèvre, eût été particulièrement intéressante.

Observation XII. — Malade de 30 ans, vue à notre consultation en ville, présentant depuis trois ans en avant du V lingual, sur la face dorsale de la langue une lésion losangique, dépapillée, à muqueuse rosée, légèrement infiltrée.

Elle offre des incisives médianes supérieures mâchurées, et des incisives latérales supérieures amorphes.

Une de ses sœurs a eu un mal de Pott.

Observation XIII. — Femme de 30 ans, vue à notre cabinet, présentant depuis quatre ou cinq mois, une lésion de la face dorsale de la langue, en avant du V lingual. A ce niveau la muqueuse est lisse, dépapillée, comme desquamée, un peu mamelonnée. Elle présente quelques petits points saillants, comme des sortes de papules arrondies irrégulières et irrégulièrement disséminées. La forme générale est celle d'un losange à grand axe antéro-postérieur, à angles mousses, à bords relativement assez bien arrêtés.

Au toucher, il y a une légère sensation d'induration. Pas de douleur spontanée, pas de douleur à la pression.

Pas d'antécédents de syphilis ni de tuberculose.

Observation XIV. — Homme de 32 ans, vu en ville, présentant en avant du V lingual une lésion losangique, avec desquamation de la muqueuse, de couleur rouge foncé, lisse, donnant au doigt une légère sensation de sclérose avec quelques points plus infiltrés.

Le malade ne sait rien sur l'origine de sa maladie, il s'en est aperçu il y a six ou sept ans. Depuis lors elle se serait un peu étalée, mais fort peu. Elle ne gêne en rien le malade ; elle n'est le siège d'aucune sensibilité. Le malade est assez gros fumeur.

Observation XV. — M. C., 50 ans. Vient nous consulter à l'hôpital Saint-

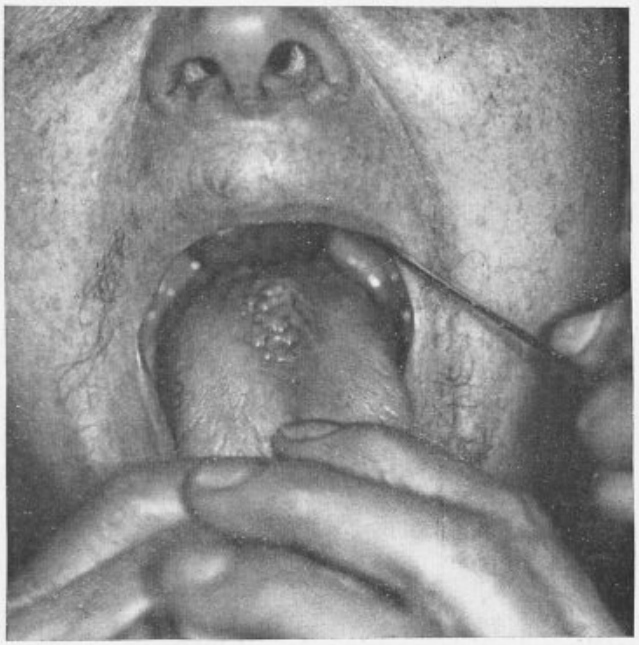


Fig. 3.

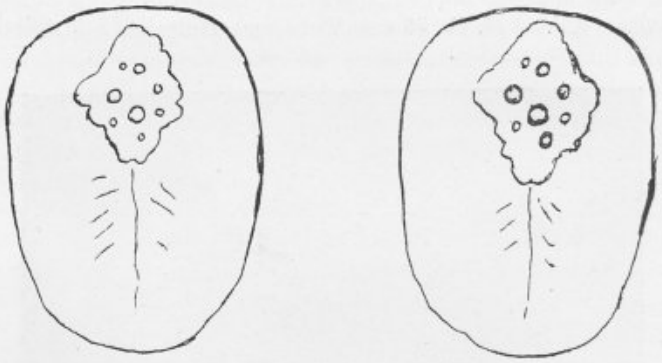
Louis pour du lichen plan des avant-bras. En examinant la bouche pour rechercher s'il n'existerait pas du lichen plan sur la muqueuse des joues, nous ne trouvons nulle part trace de lichen plan sur la muqueuse buccale, mais par contre nous constatons une lésion de la face dorsale de la langue. Elle est située vers la partie moyenne de la face dorsale, en avant du V lingual ; elle est irrégulièrement ovalaire, à grand axe antéro-postérieur; à son niveau la muqueuse est dépapillée, de couleur rosée, ses bords ne sont pas très nets, mais par places un peu festonnés, et la ligne de démarcation

entre la zone desquamée et les parties saines avoisinantes recouvertes de leur chevelu papillaire, n'est pas rectiligne.

Toute la partie centrale de la lésion est fortement mamelonnée, elle présente une série de saillies, légèrement bombées, recouvertes par une muqueuse lisse, et séparées par des sillons peu profonds, formés seulement par l'étroit espace qui sépare les saillies les unes des autres. Au toucher, on a une sensation d'infiltration assez prononcée.

Aucun antécédent de tuberculose ni de syphilis. Réaction de Wassermann négative.

Observation XVI. — En mai 1904 nous fûmes consultés par un homme de 45 ans, qui s'était aperçu depuis quelques mois d'une lésion située au



Mai 1904. Novembre 1904.

Fig. 4. — Schémas des lésions linguales du malade de l'obs. XVI.

milieu de la face dorsale de la langue en avant du V lingual. Elle était indolente. Les bords étaient assez nettement arrêtés, un peu irréguliers, formant par endroits des festons. D'une manière générale on pouvait dire cependant qu'ils constituaient un losange à grand axe antéro-postérieur correspondant au sillon médian de l'organe. Au milieu de cette zone la langue paraissait lisse, comme dépapillée, d'un rouge un peu sombre : sur cette surface se voyaient çà et là des sortes de mamelons jaunâtres dont la grosseur variait de celle d'une toute petite tête d'épingle à celle d'une fort grosse tête d'épingle (Voir le schéma de mai 1904).

Le malade fumait beaucoup, mais il a cessé de le faire depuis un mois. Il croit que la lésion de sa langue augmente assez rapidement. Il n'a ni syphilis, ni tuberculose avérée. Il est fort, robuste, bien constitué.

Nous l'avons revu à plusieurs reprises dans le courant de 1904. En novembre 1904 la lésion avait manifestement augmenté d'étendue (voir le schéma de novembre 1904). Les mamelons avaient eux aussi augmenté de volume. Nous lui prescrivîmes à l'intérieur de l'arsenic à hautes doses, et localement des badigeonnages avec une solution d'iode iodurée.

En mars 1905 le malade revint encore nous voir beaucoup plus satisfait, car la lésion était stationnaire depuis novembre 1904. Nous ne l'avons plus revu.

Observation XVII. — Le 25 novembre 1905, nous fûmes consulté par un négociant de 52 ans, qui depuis deux ans s'était aperçu de l'existence sur la partie médiane et postérieure de la face dorsale de la langue en avant du V lingual d'une lésion irrégulière de contours, allongée d'arrière en avant, complètement desquamée, en partie même dépapillée quoiqu'on puisse y voir quand on regarde avec attention des vestiges de papilles par places. Son grand axe qui correspond au raphé médian de l'organe a deux centimètres environ de long; elle a environ huit millimètres dans sa plus grande largeur. La muqueuse au niveau de cette zone est d'un rouge assez vif, légèrement indurée : elle présente en plusieurs points des sortes de saillies arrondies formant des sortes de petits mamelons dont le centre offre une teinte légèrement jaunâtre.

Quand le malade s'est aperçu de cette lésion il est allé consulter un spécialiste qui a porté le diagnostic de syphilis et lui a fait une forte série d'injections mercurielles solubles quotidiennes qui n'ont produit aucun effet appréciable, puis une série de six injections hebdomadaires de calomel qui sont également restées sans résultat.

Si nous résumons les principaux caractères cliniques des observations que nous venons de rapporter, nous pouvons tracer le tableau d'ensemble suivant :

Le *siège* de l'affection est remarquablement constant et toujours si exactement le même qu'il doit entrer dans la définition de la lésion que nous étudions : il occupe la face dorsale de la langue et sur cette face dorsale la partie médiane du tiers moyen de l'organe : très exactement il est situé immédiatement en avant de la zone où les papilles caliciformes dessinent le V lingual. Suivant ses dimensions la lésion peut s'étendre plus ou moins vers la partie antérieure de la langue, sans dépasser cependant le tiers moyen, par contre, en arrière elle s'arrête régulièrement au niveau de la zone des papilles caliciformes. De même elle est toujours distribuée à peu près symétriquement de chaque côté de l'axe antéro-postérieur de la langue; elle n'est jamais latérale, elle est toujours médiane.

Sa *forme* est d'une façon générale assez régulièrement losangique avec un grand axe antéro-postérieur et un axe transversal plus réduit. Certes il ne s'agit jamais d'un losange dessiné par des angles aigus; ceux-ci sont mousses; ils ont souvent tendance à s'arrondir et le losange se transforme alors en un ovale plus ou moins régulier, mais toujours à grand axe allongé suivant le grand diamètre de la langue. Quelquefois ce diamètre antérieur se rétrécissant, il devient presque égal au diamètre transversal et la lésion affecte alors une forme irrégulièrement arrondie. Cette disposition est à la vérité assez exceptionnelle, la règle étant le losange ou l'ovale antéro-postérieur. Parfois même la plaque prend l'aspect d'une sorte de bande longitudinale.

Les *dimensions* moyennes sont d'environ 15 millimètres de long, sur 8 à 10 millimètres de large; dans une de nos observations elles attei-

gnent 2 centimètres de longueur sur 1cm,5 de largeur; exceptionnellement (malade de l'observation 7, voir figure 2) et dans un seul cas, où la forme habituelle n'était pas respectée, elle atteignait 3 centimètres en longueur sur 1 seul en largeur; il ne s'agissait plus alors d'un losange ni d'un ovale, mais d'une lésion en bande étroite, allongée d'avant en arrière. Dans un autre cas où elle affectait une forme irrégulièrement arrondie, elle atteignait les dimensions d'une pièce de un franc. Mais dans la plupart des cas elle dépasse légèrement le centimètre d'avant en arrière et lui reste un peu inférieur transversalement.

Son *aspect* est particulier et tranche dès l'abord sur le reste de la muqueuse linguale : alors que celle-ci est recouverte par son fin chevelu de papilles filiformes qui lui donne une coloration plus ou moins blanchâtre et qui forme comme un gazon épais, la muqueuse de la zone qui est le siège de la lésion apparaît déglabrée, fauchée, comme desquamée. Plus de chevelu papillaire, plus de coloration blanchâtre, mais une muqueuse lisse, de couleur rosée ou légèrement rouge, plus rarement d'un rouge franc; quelquefois sur ce fond rosé tranchent quelques points légèrement opalins (voir figure 3), ou même non plus des points, mais une véritable petite nappe opaline traduisant comme un début de sclérose très superficielle, en surface.

Quelquefois cette muqueuse est parfaitement plane dans toute l'étendue de la lésion. D'autres fois on distingue à son niveau des sortes de petits mamelonnements, de petites saillies mousses, globuleuses, très peu marquées, au niveau desquelles la muqueuse présente d'ordinaire le même aspect rosé et lisse que sur le reste de la lésion. Ces sortes de petites papules peuvent être au nombre de deux à trois, de cinq, dans un cas de sept, dans un autre de huit (obs. XVI). Parfois cependant (obs. XVI, XVII) ces petites saillies ont une teinte légèrement jaunâtre surtout à leur centre. Elles peuvent être irrégulièrement disséminées dans toute l'étendue du losange ou de l'ovale ou être rassemblées et réunies à sa partie centrale. Dans une de nos observations (obs. XV) ces saillies étaient presque au contact les unes des autres et leur réunion déterminait la formation de plis, de petits sillons irréguliers (voir figure 3).

Les *bords* de la lésion sont quelquefois assez nets, sur quelques points ils peuvent même être rectilignes, comme dessinés à l'emporte-pièce. Souvent la ligne de démarcation est loin d'être aussi bien tranchée et en bordure du losange déglabré on trouve quelques papilles filiformes clairsemées, dessinant des bords légèrement irréguliers. On voit encore souvent le chevelu papillaire voisin se dégrader progressivement, s'affaisser et venir mourir peu à peu sur les bords de la lésion.

Au *toucher* celle-ci donne souvent une légère sensation d'induration;

la muqueuse est moins souple et moins fine, et donne l'impression d'un début de sclérose. L'infiltration paraît plus prononcée au niveau des petites saillies mamelonnées, lorsqu'elles existent.

La lésion est la plupart du temps *indolore*. Sa découverte est souvent l'effet du hasard : le malade vient consulter pour toute autre chose et l'examen accidentel de la bouche révèle l'existence de cette affection restée inconnue du patient. Dans d'autres cas il s'en est aperçu lui-même plusieurs années auparavant, mais n'en ayant jamais souffert, il ne s'en est pas préoccupé et n'a pas jugé utile de se soigner.

Beaucoup plus rarement, exceptionnellement même, le patient vient consulter directement pour sa langue ; parfois on a affaire à un nerveux, à un émotif, qui bien que n'éprouvant aucune sensation pénible s'inquiète de cet aspect anormal qu'il vient de constater accidentellement. Un seul de nos malades accusait quelques picotements, un autre quelques sensations de cuisson et de brûlure. On peut donc dire que la règle est l'indolence absolue. Indolence spontanée et indolence à la pression, car le toucher ne révèle aucune sensation pénible.

L'affection est de *longue durée*. Dans les nombreux cas où elle est découverte par hasard le malade ne peut dire à quand elle remonte. Dans d'autres observations les patients connaissaient cet aspect de leur langue depuis : cinq mois, huit mois, un an, trois ans, six à sept ans. C'est donc une lésion chronique, au début de laquelle nous n'avons jamais assisté, mais que nous avons pu voir grandir (obs. XVI), et qui, après avoir avoir atteint un certain développement, semble rester stationnaire.

Elle paraît être *rebelle au traitement*. Du moins ceux que nous avons eu l'occasion d'essayer ne nous ont-ils jamais donné satisfaction. Nous avons employé à plusieurs reprises les badigeons au bleu de méthylène, en solution à 1 pour 200, 1 pour 100, 1 pour 50, les attouchements à la solution iodo-iodurée. L'électrolyse négative en faisant passer un courant de 1 à 2 milliampères, au niveau des petites saillies mamelonnées, avait paru donner de bons résultats dans un cas, résultats qui disparurent rapidement à la première période de repos.

Le traitement mercuriel, que nous instituâmes chez ceux de nos malades qui présentaient une syphilis indiscutable, s'est également montré impuissant à modifier cette lésion. Il fut fait tantôt sous forme d'injections solubles de benzoate ou de biiodure, plus rarement de calomel. Nous n'avons eu l'occasion d'essayer le salvarsan dans aucun de ces cas.

Il convient d'ailleurs d'ajouter qu'aucun de ces traitements ne fut fait d'une façon très suivie : la plupart des malades se lassèrent rapidement et ne s'acharnèrent pas à combattre une lésion qui ne devenait gênante que par le traitement même, et qui, par ailleurs, ne causait aucun inconvénient.

Diagnostic.

Quiconque a vu une fois la lésion que vous venons de décrire, en fera d'emblée le diagnostic. Son siège et son aspect lui donnent une physionomie tout à fait spéciale. Nous ne revenons pas sur les termes de cette description.

Il est un certain nombre d'affections de la langue qu'il nous suffira de citer pour les éliminer, tant sont notoires les différences d'aspect : tels sont l'épithélioma, le chancre induré, la gomme syphilitique, l'ulcération tuberculeuse, l'ulcération traumatique, la langue scrotale. D'autres pourraient impressionner un observateur mal averti : nous allons les passer rapidement en revue.

Celles qui offriraient le plus d'analogie avec la lésion que nous étudions, sont peut-être les plaques syphilitiques secondaires lisses ou plaques en prairie fauchée. Elles siègent souvent sur la face dorsale de la langue ; elles peuvent être petites, arrondies ou ovalaires, ou occuper d'assez vastes surfaces. La muqueuse à leur niveau est lisse, polie, desquamée : leur couleur est rosée ou rouge vif. Mais il serait tout à fait exceptionnel qu'il existât une seule plaque, précisément sur la face dorsale de la langue, et précisément encore juste en avant du V lingual. En outre il existe des différences d'aspect : dans les plaques lisses, fauchées, de la syphilis, la muqueuse est simplement desquamée, elle a conservé sa souplesse : elle ne présente aucun aspect de sclérose légère, aucune saillie mamelonnée. Les commémoratifs seront aussi un élément de diagnostic. Mais il en est encore un autre plus important : l'évolution et la durée des lésions : les plaques fauchées, en aires, de la syphilis ont une évolution assez rapide ; elles sont des plus sensibles au traitement ; notre lésion a une marche chronique, elle dure des mois et des années, elle paraît rebelle à la thérapeutique.

Les plaques muqueuses érosives sont arrondies, ovalaires ou irrégulières, de couleur gris-cendre, opalines, ou rosées, quelquefois exulcérées, presque toujours sensibles et le siège d'une certaine gêne. Ici encore il s'agit d'accidents en général multiples à évolution rapide, d'un aspect clinique différent, s'accompagnant souvent d'autres lésions sur différents points de la muqueuse buccale et sur le corps, très sensibles à l'action du traitement.

La desquamation aberrante en aires de la langue, ou glossite exfoliative marginée est essentiellement caractérisée par des circinations composées d'un relief blanchâtre, de un à deux millimètres de large, à l'intérieur desquelles la muqueuse est rosée, lisse, plus ou moins complètement desquamée. Mais, comme l'indique le nom même de cette affection, il s'agit de lésions aberrantes, évoluant rapidement vers la guérison sur un point, pour se reformer plus loin et cela souvent pendant un temps fort long.

La glossite dite des arthritiques nerveux a un aspect tout différent; la langue est rouge, parfois tuméfiée, desquamée et comme vernissée, et elle est prise dans sa totalité.

Le lichen plan lingual débute par des taches blanchâtres, de la dimension d'un pois en moyenne, rappelant l'aspect donné par une cautérisation légère au nitrate d'argent; ultérieurement il se développe des stries blanchâtres, appelant parfois la disposition des dents d'un peigne, parfois celle d'une feuille de fougère. Son siège de prédilection est beaucoup plutôt la muqueuse de la joue au niveau de la deuxième grosse molaire inférieure. Il est vraiment impossible de confondre les deux états morbides.

Anatomie pathologique.

Nous avons pu, à trois reprises, pratiquer des biopsies au niveau de la lésion que nous étudions. La structure était assez sensiblement la même dans les trois cas et peut se résumer dans le tableau d'ensemble suivant :

Les lésions sont à la fois épidermiques et dermiques sans que l'on puisse préjuger quelles sont celles qui ont débuté et qui commandent le processus histologique.

A la surface de la muqueuse, toute trace de papilles a disparu, plus de soulèvements, plus de saillies, mais une ligne horizontale très faiblement ondulée, représentée par une couche parakératosique d'une épaisseur très appréciable, formée par cinq ou six assises de noyaux étirés en bâtonnets. On ne peut dire qu'il y ait à proprement parler de processus de kératinisation : nulle trace de granulations d'éléïdine en aucun point, mais simplement cette couche est nettement en parakératose.

Au-dessous, le corps muqueux est en état d'hyperacanthose évidente, mais végète d'un façon irrégulière : sur certains points il envoie des prolongements interpapillaires manifestement allongés mais étroits et minces ; par places au contraire il dessine de gros bourgeons trapus, épais, quelquefois anastomosés les uns avec les autres par leur partie profonde. Les cellules malpighiennes qui les composent ne présentent rien d'anormal ; la basale qui les limite est bien dessinée. A noter seulement un assez grand nombre de leucocytes migrateurs traversant cet épiderme et quelques karyokinèses au niveau de la basale, ces dernières en rapport avec l'état d'acanthose.

Dans le derme, on note un infiltrat assez marqué au niveau des papilles, beaucoup plus prononcé dans le derme moyen, surtout en regard des points où le corps muqueux est le plus en acanthose et envoie de grands bourgeons épais. A ce niveau, on trouve un infiltrat très dense, très tassé, mal limité à la périphérie, se confondant peu

à peu avec l'infiltrat beaucoup plus clairsemé qui descend des papilles voisines et forme une zone d'infiltration moyenne, qui s'étend en une ligne d'épaisseur irrégulière à l'union du corps papillaire et du derme moyen. Il est composé à peu près uniquement de cellules conjonctives fixes et de lymphocytes. On ne trouve nulle part rien qui rappelle ni cellule géante, ni cellule épithélioïde. Absence à peu près totale aussi de plasmazellen. Ces nodules d'infiltrat n'affectent pas non plus de disposition particulière, caractéristique ; ils ne sont pas entourés par

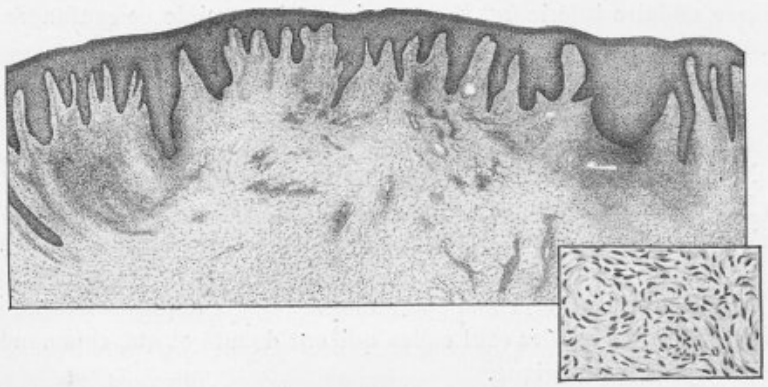


Fig. 5 (40 diamètres).

On notera dans cette coupe l'absence de toute papille, l'existence d'une couche cornée parakératisique de surface, l'hypéracanthose irrégulière du corps muqueux ; l'infiltration du derme superficiel et moyen, tantôt diffuse et clairsemée, tantôt groupée en nodules volumineux, denses et mal délimités ; la dilatation légère des vaisseaux ; la sclérose assez marquée du derme moyen surtout appréciable dans le petit carton qui représente un plus fort grossissement (175 diamètres) de la partie centrale de la coupe.

une gangue conjonctive périphérique ; ils ne détruisent pas la substance collagène des territoires qu'ils envahissent.

Il existe des dilatations des vaisseaux sanguins et lymphatiques assez importantes, qui peuvent siéger quelquefois au voisinage d'un de ces foyers d'infiltration, mais qui peuvent aussi en être complètement indépendantes.

Enfin vers la partie profonde du derme moyen l'infiltrat disparaît et permet de mieux juger l'état du tissu conjonctif. Or celui-ci présente des lésions de sclérose manifeste ; les cellules conjonctives sont beaucoup plus nombreuses que normalement ; elles sont petites, étoilées, étirées et aplaties entre des fibres de collagène disposées par places en petits tourbillons, rappelant l'aspect d'un fibrome jeune (voir le détail de la figure 5).

En résumé : absence de papilles, couche parakératosique de surface, hyperacanthose irrégulière du corps muqueux, infiltration du derme superficiel et moyen, tantôt diffuse et clairsemée, tantôt groupée en

nodules volumineux, très denses et mal délimités, dilatation légère des vaisseaux sanguins et lymphatiques, sclérose assez marquée du derme moyen, tels sont les éléments qui composent la structure histologique de la lésion.

On conviendra que si cette structure confirme la description clinique et concorde avec elle, elle ne permet en rien d'inférer de la nature du mal. Il n'y a là aucun type histologique défini, aucune signature de syphilis, de tuberculose ou de mycose, aucun aspect se rapprochant de celui d'une dermatose ayant une structure propre, mais simplement des lésions d'inflammation chronique avec infiltration et sclérose.

Pathogénie. — Nature de la lésion.

Nous avons avoué, au début de ce travail, notre impuissance à classer cette lésion et à définir sa nature. Nous avons passé alternativement par diverses hypothèses, qui nous ont été tour à tour suggérées par les antécédents que nous relevions chez nos malades.

Si l'on étudie à ce point de vue nos observations, on note, en effet, tantôt l'existence d'une syphilis récente, en pleine activité (obs. IV); ou des signes permettant de penser à une syphilis héréditaire : polymortalité infantile de cause inconnue des frères et sœurs (obs. V), ou une syphilis conjugale indéniable (obs. V) — mais dans d'autres cas on ne peut retrouver aucun stigmate de syphilis héréditaire, la syphilis acquise est niée et la réaction de Wassermann est négative, du moins pour les cas que nous avons pu observer dans ces dernières années, depuis que cette réaction est entrée dans la pratique. Le traitement antisyphilitique mercuriel (nous n'avons pas eu l'occasion d'appliquer le salvarsan) est d'ailleurs totalement inefficace.

Chez certains malades on retrouve une affection pulmonaire antérieure (obs. VI), une pleuro-pneumonie suivie de crachats hémoptoïques (obs. VIII), la coexistence d'un lupus érythémateux des mains, de la face, de la lèvre inférieure (obs. XI), mais dans tous les autres cas la santé générale est parfaite et rien ne permet de penser à une infection tuberculeuse, même atténuée.

Dans un cas (obs. III) il existe des troubles gastriques prononcés, dans un autre une coexistence avec du lichen plan buccal, ou avec un début de leucoplasie commissurale.

Même incertitude en ce qui concerne des causes accessoires : certains malades sont de gros fumeurs, mais d'autres, hommes ou femmes, n'ont jamais fumé.

On concevra que rien dans tout cela ne peut servir de fil conducteur. Tour à tour nous nous sommes demandés si notre lésion n'était pas en rapport avec la syphilis, ou nous avons eu une tendance à la classer

vers les frontières de la tuberculose et en particulier vers celles du lupus érythémateux, et chaque fois un cas nouveau venait infirmer cette manière de voir.

L'histologie, nous l'avons déjà dit, ne nous est en l'espèce que d'un faible secours. Elle s'éloigne totalement de celle de la tuberculose franche ou des mycoses; elle offre des différences très grandes avec celle de la syphilis. Elle serait moins éloignée de celle du lupus érythémateux; mais si elle s'en rapproche par certains points (infiltrat), ce n'est que par ceux qui donnent précisément à l'anatomie de cette dermatose une physionomie banale et sans signature précise. Elle en diffère d'ailleurs par la sclérose du derme. Elle ne permet nulle confusion avec le lichen plan des muqueuses. Mais si elle nous montre ce que notre lésion n'est pas, elle est par contre incapable de nous dire ce qu'elle est.

Au total, voici donc une lésion très typique et très spéciale dans son aspect, constante dans ses caractères cliniques, mais dont nous ignorons totalement la pathogénie et la nature réelle. Il nous a paru intéressant de la faire connaître et d'attirer sur elle l'attention des observateurs.

DEUX NOUVEAUX CAS DE LYMPHODERMIES

Par **A. Nanta.**

(Travail de la clinique de dermatologie et syphiligraphie, Pr Ch. Audry.)

Depuis la publication de notre article dans les *Annales de Dermatologie* (octobre, novembre et décembre 1912), nous avons eu l'occasion d'examiner deux nouveaux cas de lymphodermies, ce qui porte à *cinq* le nombre des cas observés en deux ans à la clinique du Pr Audry.

Bien que la littérature étrangère soit assez riche en observations d'acné ou de folliculites d'origine leucémique, nous n'avons trouvé aucun exemple qui fût à peu près comparable à notre premier cas (leucémides disséminées).

Notre observation II, en revanche, n'est qu'un exemple d'une forme souvent rencontrée, et que nous proposerions volontiers de dénommer *lymphodermie symétrique de la face et des muqueuses*. Il suffit en effet de lire les descriptions de Kreibich, de Kaposi, de Neuberger, de Pinkus, de Hallopeau et Laffitte, de Buschke et de Arndt (1) et de jeter un coup d'œil sur les figures représentées par Kreibich, Arndt, Neuberger, Pinkus : on verra qu'il y a là un type très particulier, caractérisé à la fois par son aspect et par son évolution qui est toujours très longue. Les observations de Du Castel, et de Brocq, Pautrier et Fernet, concernent les lymphodermies isolées des muqueuses, et sont également voisines de ce type.

Voici nos deux observations :

Observation I (2). — *Leucémides.* — Mme M..., 62 ans, habitant à Montauban. Elle a deux filles bien portantes ; elle n'a jamais fait de fausse couche ; elle n'a présenté aucun signe pathologique jusqu'à 54 ans. A ce moment, elle a une paralysie faciale, qui est survenue brusquement en pleine santé, et a, d'ailleurs, guéri complètement en quelques mois. Elle a cessé d'être réglée entre 55 et 56 ans, et, depuis lors, n'a eu ni pertes rouges ni pertes blanches. Mais, vers cette époque, elle a remarqué (il y a six ans) la présence de ganglions volumineux et indolores dans l'aisselle droite. Les années suivantes, ces ganglions ont insensiblement augmenté de volume ; il en est apparu de semblables dans le creux axillaire gauche, puis dans les creux sus-claviculaires, sous le maxillaire et derrière l'oreille. Il y a trois ans, le ventre a grossi peu à peu, sans douleur, et la malade a ressenti, dès ce moment, un peu d'essoufflement. A plusieurs reprises, les jambes se

(1) Le cas de Buschke est particulièrement instructif (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1907, Bd 84). Consulter aussi l'article de Hochheim sur les tumeurs symétriques des paupières, *Archiv für Ophtalmologie*, 1900, Bd 51, p. 349.

(2) Observation parue dans la *Presse médicale*, 5 mai 1913.

sont enflées et, comme la malade avait de la polyurie d'une manière constante depuis la même époque, on a pensé à de l'albuminurie ; mais l'examen des urines a montré qu'il n'en était rien.

Jusqu'à présent, hormis les accidents cutanés que nous décrirons tout à l'heure, la malade ne s'est plainte que de son gros ventre, qui la gêne pour respirer et pour travailler, et de sa polyurie (3 à 4 litres par jour depuis trois ans), laquelle s'accompagne de polydipsie et d'insomnie. Les forces sont à peine diminuées, l'appétit est excellent, la malade n'éprouve aucune douleur et elle ne tousse pas.

On a posé, il y a un certain temps, le diagnostic de tumeur abdominale avec généralisation au péritoine, et, par conséquent, inopérable. Cependant, l'état ne s'est point aggravé. Plus récemment, lorsque les lésions cutanées ont paru, on a songé aussi à des gommes sporotrichosiques, mais l'examen bactériologique a été complètement négatif.

Lorsque la malade est présentée, en mars 1913, à la consultation du Pr Audry, au seul aspect des lésions cutanées polymorphes et des tuméfactions ganglionnaires multiples, M. Audry porte le diagnostic de *leucémides*. C'est en effet ce diagnostic que l'examen détaillé de la peau, des viscères et du sang va nous permettre d'affirmer indiscutablement.

Examen viscéral. — L'abdomen est énorme, un peu flasque et étalé, dépourvu de circulation veineuse collatérale. A la palpation, on sent plusieurs masses dures et grosses, éparses au milieu des anses intestinales météorisées, absolument indolentes, d'ailleurs. La limite supérieure du foie est normale, mais son bord inférieur, mousse, dur, régulier, déborde les fausses côtes d'une dizaine de centimètres et occupe tout le creux épigastrique ; il n'est pas douloureux. Dans le flanc gauche, on sent une énorme tumeur ovalaire, qui paraît provenir de l'hypocondre ; et, en effet, cette tumeur qui est un peu mobilisable, aplatie, à bords échancrés et mousses, indolente, est une rate hypertrophiée, qui mesure 15 cm. × 25 cm.

On perçoit, en outre, dans l'hypogastre et dans les flancs, des tumeurs arrondies, mobiles, indolentes, perdues au milieu des anses grêles, et grosses comme des œufs de poule ou des mandarines. Il est donc facile de reconnaître dans cet abdomen un gros foie, une grosse rate et de gros ganglions mésentériques. A vrai dire, par ces gros ganglions l'aspect du ventre n'est pas celui de l'hépato-splénomégalie leucémique classique ; mais l'absence d'ascite, de troubles génitaux, de troubles digestifs et la conservation de l'état général permettent d'écarter l'idée d'une carcinose généralisée au péritoine et au foie.

Si l'on recherche d'ailleurs les tuméfactions ganglionnaires dans le reste de l'économie, on en trouve d'emblée dans les creux axillaires, où les ganglions sont gros comme des noix, mobiles et forment des masses qui atteignent le volume du poing ; sous le maxillaire inférieur, au-dessus de la clavicule, devant et derrière l'oreille. La figure de la malade, avec son gros cou bosselé, est tout à fait caractéristique, bien que les ganglions ne dépassent pas le volume d'une noisette ou d'une amande.

Il n'existe pas d'adénopathie médiastine ; on note uniquement, comme signes pathologiques dans la cage thoracique, quelques frottements et un

peu de matité dans la base gauche (au niveau de la rate), et à l'auscultation du cœur un souffle systolique doux sur une grande partie de la région précordiale, sans foyer particulier. Il n'y a pas de ganglions volumineux dans les creux inguinaux.

L'analyse des urines a montré (M. Valdiguié) :

Albumine	néant.	
Sucre	néant.	
Azote total	7 gr. 02	(par litre).
Urée	13 gr. 08	—
Azote de l'urée	6 gr. 45	—
Acide urique (et composés xanthouriques)	0 gr. 90	—
Chlorures	10 gr. 02	—

Il existe, outre la polyurie que nous avons signalée (3 à 4 litres), de la pollakiurie nocturne et diurne.

L'examen de la bouche montre une gingivite accusée, avec pyorrhée alvéolo-dentaire ; et de grosses amygdales. L'œdème des jambes a disparu. Il n'y a pas de fièvre. Notons enfin qu'il ne persiste presque rien de la paralysie faciale ancienne, à peine une légère déviation ; les réflexes oculaires sont normaux, la vision est intacte.

Examen de la peau. — L'éruption si caractéristique que l'on voit date d'il y a quinze jours. La malade avait eu une poussée semblable à celle-ci, dit-elle, il y a un an, qui avait duré trois à quatre mois et avait disparu spontanément au bout de trois à quatre mois sans laisser de prurit. Cette fois-ci, comme l'autre, l'éruption paraît s'être faite d'un seul coup, en quelques jours. Cependant il existait d'un jour à l'autre quelques variations, certains éléments disparaissant tandis que d'autres apparaissaient.

On voit donc sur le tronc une éruption maculeuse, papuleuse, vésiculeuse et pustuleuse dont l'abondance et la répartition peuvent être comparées à celles d'une roséole d'intensité moyenne. La couleur de l'éruption est rose vif ou rouge. Les macules sont irrégulières, à contours déchiquetés, grosses comme des lentilles en moyenne, rouge pâle, non squameuses, et portent souvent une vésico-pustule ; les papules sont à peine infiltrées, elles ont souvent les caractères des papules urticariennes ; les vésicules et les pustules sont tantôt miliaires, tantôt grosses comme un grain de chènevis, comme une lentille.

Sur le cou, la face et les membres supérieurs, on retrouve les mêmes éléments beaucoup plus clairsemés. Il en existe aussi quelques-uns sur les membres inférieurs. Mais sur toutes ces régions, il existe de nouvelles lésions beaucoup plus importantes. Ce sont de gros nodules larges de 9 à 10 millimètres, rouges, surélevés, aplatis, relativement mous, très prurigineux et souvent surmontés, à leur centre, d'une goutte de pus. On dirait, au premier abord, une éruption furonculeuse. Mais il est facile de voir que ces nodules sont indolents et modérément inflammatoires (figures 1 et 2).

En réalité, il s'agit d'une folliculite, puisque chaque nodule est surmonté d'un poil, mais la lésion est plus localisée et a une évolution beaucoup moins aiguë que celle d'un furoncle.

Sur quelques éléments, on voit d'ailleurs, non pas une pustule mais une vésicule de 2 à 3 millimètres de diamètre, à contenu séreux ou séro-sanguinolent. Lors de la première éruption, dit la malade, ces bulles étaient plus volumineuses et semblables à des phlyctènes de brûlures. Il suffisait, comme aujourd'hui, de presser sur elles pour évacuer leur contenu et pour mettre à nu une petite érosion, peu profonde, qui n'arrivait que rarement

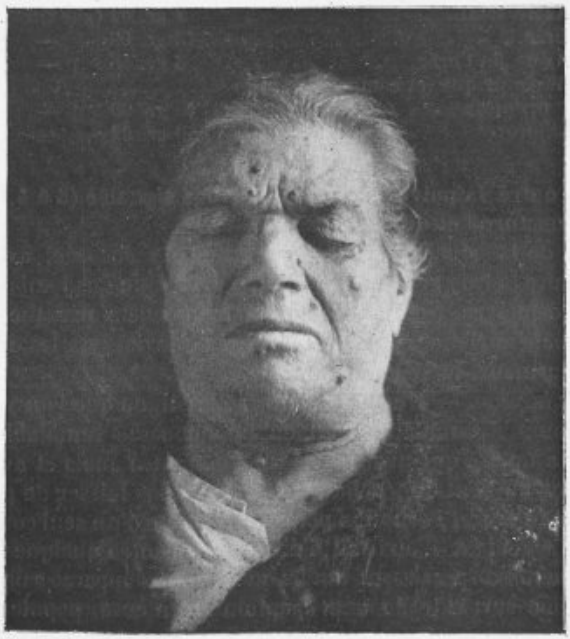


Fig. 1.

à l'ulcération, ne formant jamais cratère, et se cicatrisant rapidement. Aujourd'hui on voit des nodules ulcérés, cratériformes.

En somme, ces dernières lésions sont constituées par des nodules intradermiques, prurigineux, surmontés par une vésicule ou par une pustule. On en compte une cinquantaine sur chaque bras ; beaucoup moins sur la face, le cou et le dos ; deux ou trois seulement sur les jambes où l'un d'eux, volumineux, aplati, a un diamètre de 3 à 4 centimètres et s'accompagne d'une infiltration violette diffuse de la jambe.

Outre cette double éruption, l'une péripilaire et l'autre papulovésiculeuse et urticarienne, on note quelques varicosités et télangiectasies, et quelques nævi pigmentaires disséminés.

Enfin, signalons que la malade se plaint grandement de sueurs constantes et abondantes, avec sensation de chaleur telle qu'elle est obligée de rester découverte nuit et jour, à peine vêtue d'une chemise.

Les cheveux, les sourcils et les ongles sont intacts. Le prurit est modéré, presque limité aux nodules. Il n'est pas considérable et n'empêche pas, à

lui seul, le sommeil, car la malade est parfois dans un état d'agitation extrême la nuit ; cependant, si les lésions de grattage sont peu marquées, la malade se gratte sans cesse. Le prurit cesse d'ailleurs après une séance de radiothérapie.

Fig. 2.

Examen du sang. — Le sang s'écoule facilement à la piqûre, mais se coagule vite.

Globules rouges.	4 000 000
Hémoglobine (au Malassez).	8 pour 100
Valeur globulaire.	0,70
Globules *blancs*.	21 700
Lymphocytes.	65
Moyens mononucléaires.	6
Grands —	3
Cellules de Turck.	2
Formes de transition.	7
Polynucléaires neutrophiles.	17
	100

Examen histologique (fig. 2). — Les lésions de l'épiderme sont peu accusées : il suffit de signaler la diminution de la hauteur des colonnes interpapillaires, l'abondance de l'exocytose et la rareté des lamelles cornées. Dans l'ensemble l'épiderme est aminci.

Dans le derme on remarque immédiatement la présence d'un petit abcès profondément situé, au pourtour duquel se voient des muscles arrecteurs parfaitement conservés : l'orientation de ces muscles montre que l'abcès occupe la place d'un bulbe pileux, et qu'il s'agit, par conséquent, d'une lésion de folliculite suppurée.

Au fort grossissement on voit une agglomération de polynucléaires plus ou moins bien conservés, et un assez grand nombre de cellules diverses, parmi lesquelles on reconnaît des lymphocytes.

Le derme, au voisinage de l'abcès, est assez fortement congestionné et infiltré ; mais nous n'avons nulle part rencontré le moindre amas de lymphocytes qui nous permette de songer à une lésion *de nature* leucémique. Il s'agit donc d'une de ces lésions inflammatoires banales, caractéristiques des *leucémides*.

En résumé, l'origine de l'éruption est affirmée par la présence du gros foie, de la grosse rate, et des volumineuses adénopathies (datant de six ans) ; et, d'autre part, par l'examen hématologique, qui montre une lymphocytose absolue et relative importante (74 pour 100).

Obs. II. — Philippe Sim..., 66 ans ; on ne relève rien dans ses antécédents, sauf un zona récent, apparu à 62 ans.

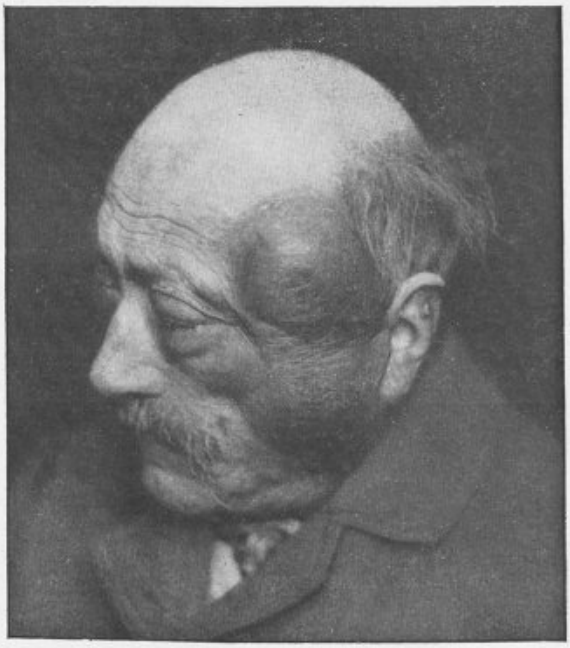


Fig. 3.

La maladie actuelle a débuté, il y a 6 ans, par des « maux de gorge » suivis d'anénopathies sous maxillaires et inguinales qui n'ont cessé de s'accroître. Il y a 3 ans, le malade a été déjà traité, pour ce motif, à la clinique : il avait alors de grosses tuméfactions ganglionnaires et amygdaliennes, de l'exophtalmie, et des lésions buccales. Les rayons X l'ont extraordinairement amélioré, au point que, pendant deux ans, dans la suite, il a persisté à peine quelques lésions buccales. Mais il y a 3 mois la peau de la joue gauche, en avant de la parotide, s'est tuméfiée ; la joue droite a

été prise à son tour, et rapidement se sont formées les deux grosses tumeurs que l'on voit aujourd'hui.

État actuel (avril 1913). — La tumeur qui occupe la joue droite s'étend du maxillaire inférieur — angle et branche transversale — jusqu'au sommet de la fosse temporale et à la queue du sourcil. Elle noie tout, os, muscles, peau ; mais elle respecte la motilité de la mâchoire. La peau est rouge violacée, très tendue, fait corps avec la tumeur ; elle est indolente et non prurigineuse. Manifestement il y a là une énorme coulée qui s'étend des téguments aux plans profonds, et qu'on croirait néoplasique.

Tandis que cette tumeur droite a le volume d'une orange, la tumeur symétrique, sur la joue gauche, atteint le volume du poing (fig. 3) ; elle présente d'ailleurs les mêmes caractères que la droite, étant tout aussi dure, et tout aussi indolente.

Mais la symétrie des lésions ne se borne pas là : il existe aussi de l'exophtalmie des deux côtés, une infiltration dure des 4 paupières et des tumeurs sur la conjonctive des deux yeux. Mais tandis qu'à droite la tumeur siège sur le globe oculaire dont elle occupe la partie externe tout au bord de la cornée qui est œdémateuse et fortement vascularisée, à gauche la petite masse gris-rosée occupe la conjonctive palpébrale.

En outre les narines sont rétrécies par un soulèvement de la voûte palatine (Dr Escat) et la muqueuse bucco pharyngée est envahie par des tumeurs, toujours symétriques, qui provoquent une dysphagie considérable. La voûte palatine, le voile du palais, les arcades dentaires sont tuméfiées par une infiltration dure, gris-rosée, qui remplit déjà une bonne partie de la cavité buccale. L'amygdale gauche est très grosse, et la luette est aussi infiltrée.

La masse qui occupe principalement la moitié gauche de la voûte et du voile du palais présente deux érosions circulaires, d'un roux brunâtre, dont la surface semble de niveau avec le bourrelet épidermique. Chaque érosion, grande comme une pièce de 2 francs, est indolente et non suintante.

Les ganglions sous-maxillaires sont très tuméfiés et indolents des deux côtés ; les aisselles sont remplies de ganglions gros comme des olives, mobiles, durs ; et de chaque côté, sur la ligne axillaire, à hauteur du 4e espace intercostal, on trouve une masse grosse comme 2 à 3 noix. Il y a encore des tuméfactions ganglionnaires considérables au-dessus des épitrochlées ; il n'y en a pas dans les creux sus-claviculaires, elles sont peu prononcées sur les côtés du cou, mais volumineuses dans les creux inguino-cruraux.

Le foie est normal ; la rate un peu grosse à la percussion ; il y a des signes de pleurésie sèche ; mais rien à signaler dans les autres organes ; en particulier ni sucre ni albumine dans les urines.

L'examen du sang montre, le 4 avril :

4 247 000 globules rouges.
18 600 — blancs.
7 pour 100 d'hémoglobine au Malassez.

(Dr Roques.)

Après coloration des lames au Giemsa-May-Grünwald, le pourcentage des globules blancs montre :

65	polynucléaires neutrophiles.
0,5	— éosinophile.
0,5	— basophile.
13,5	mononucléaires moyens.
3	lymphocytes.
3,5	grands mononucléaires.
2	cellules de Türck.
12	cellules atypiques.

Parmi ces cellules atypiques les 9 dixièmes représentent de très grands éléments à noyau unique, fortement coloré, souvent échancré et même très bosselé, à corps protoplasmique très irrégulier, assez fortement basophile et très riche en grosses granulations azurophiles. Ces éléments sont notablement différents des grands mononucléaires. Nous nous réservons d'en faire ultérieurement une étude détaillée ; il nous suffit actuellement d'indiquer que ce sont des éléments étrangers au sang normal. A côté d'eux on trouve quelques mononucléaires plus petits et plus réguliers, à protoplasma très basophile, à noyau échancré : formes de Rieder variées correspondant parfois à des mononucléaires déjà évolués, parfois aussi à des cellules jeunes très proches du *grand lymphocyte*.

En résumé, cet examen hématologique sommaire nous permet de conclure à l'existence de cellules atypiques dans le sang, et par conséquent, dans les organes hématopoiétiques : ce fait, ajouté aux grosses tuméfactions ganglionnaires déjà décrites, légitime amplement notre diagnostic de lymphadénie.

L'examen histologique que nous avons pratiqué sur deux fragments excisés par le Pr Audry, l'un sur la tumeur de la joue gauche, l'autre sur une érosion du voile du palais, nous a conduit à proposer le diagnostic de *lymphadénie atypique*, ainsi que l'examen hématologique le fait déjà prévoir.

Examen histologique. — I. *Fragment de la joue.* — *a*) L'épiderme est très mince, réduit à 4 ou 5 couches cellulaires. La génératrice est fortement pigmentée ; elle ne présente pas de figures de karyokinèse nombreuses. Le corps muqueux est réduit à deux couches de cellules, dont la première est encore pigmentée ; les éléments malpighiens sont presque cubiques, et leur orientation est normale par rapport à la surface de la peau. La granuleuse est représentée par une seule assise de cellules, au dessus de laquelle on rencontre des lamelles cornées en petit nombre.

L'amincissement de l'épiderme — qui est devenu planiforme — et sa pigmentation, sont donc les deux modifications les plus marquées.

b) Le derme est transformé, dans toute son épaisseur, en une vaste nappe de cellules parcourue de loin en loin par une travée fibreuse : on dirait, à première vue, une nappe de tissu sarcomateux, tellement les cellules sont pressées les unes contre les autres.

C'est à peine si la partie toute superficielle du derme, ce qui correspondrait au corps papillaire s'il persistait encore quelques papilles, montre les vestiges d'un réseau conjonctif, parmi les fibres duquel tranchent encore, après coloration à l'orcéine acide, quelques fibres élastiques.

Au-dessous de cette zone on aperçoit quelques glandes sébacées normales, quelques débris épithéliaux appartenant à un bulbe pileux : ces formations sont déjà noyées dans la nappe de cellules qui reste à décrire, et qui forme certainement toute la tumeur.

Les éléments en sont groupés en amas irréguliers et en courtes files, entre lesquels s'interpose, de loin en loin, quelque vaisseau, quelque travée conjonctive, ou quelque fibre élastique. Dans l'ensemble, les vaisseaux sont rares cependant ; et les fibres conjonctives ne dissocient pas à elles seules les éléments cellulaires : ceux-ci, en effet, si tassés qu'ils soient, ne sont pas accolés les uns aux autres ; ils paraissent libres, à part un certain nombre qui ont conservé des caractères plus marqués de cellule conjonctive et qui font partie du réseau connectif de la tumeur.

Les éléments libres, qui sont en grande majorité, ont un corps protoplasmique arrondi, mais très mince, recouvrant à peine un énorme noyau. Ce noyau, assez souvent arrondi, est parfois échancré et presque lobé ; il est pauvre en chromatine, bien que le réseau chromatinien soit assez serré, et il renferme un ou deux très petits nucléoles. En somme si les éléments volumineux à noyau bosselé ne font pas figure de cellules lymphoïdes, la plupart au contraire représentent nettement des cellules jeunes de la série lymphoïde ; parmi eux on voit même des lymphocytes presque typiques, et nous serions fondés à parler d'un lymphadénome. Il faut reconnaitre cependant que la disposition désordonnée des cellules, et que la présence de nombreuses figures de karyokinèse, outre l'existence des gros éléments irréguliers, ci-dessus mentionnés, donnent à l'ensemble de la coupe un aspect atypique : en plus d'un point on croirait avoir affaire à un lymphosarcome.

Nous avons essayé d'établir un rapprochement entre les cellules atypiques du sang et celles du tissu dermique : des colorations identiques, au bleu de toluidine-éosine-orange, ou au Giemsa-May-Grünwald, montrent en effet une grande ressemblance entre les unes et les autres.

Mais l'étude cytologique de la peau donne naturellement beaucoup moins de précisions que celle d'une lame de sang fraîchement fixée et colorée ; et nous n'avons pas retrouvé dans les éléments du tissu dermique tous les caractères observés ailleurs. Il n'y a cependant aucune opposition structurale entre les uns et les autres.

II. *Fragment de muqueuse buccale.* — Les lésions du revêtement épidermique ne présentent aucun intérêt ; mais celles du derme sont en revanche fort intéressantes surtout lorsqu'on les compare à celles que nous venons de décrire.

Ici en effet — et nous rappelons que cette tuméfaction de la muqueuse buccale date de 3 ans — la prolifération des cellules, tout aussi étendue, et tout aussi active que dans la peau, est beaucoup plus typique : ce ne sont visiblement que des éléments du type lymphoïde, ronds, de taille à peu près égale, à gros noyau rond, relativement pauvre en chromatine. Cette vaste nappe de cellules fait immédiatement penser à un lymphadénome.

Nous avons pu suivre l'évolution des lésions pendant longtemps : en deux mois la radiothérapie avait considérablement réduit le volume des tumeurs de la face, qui paraissaient en voie de disparition. Les plaies provenant des biopsies s'étaient très rapidement cicatrisées. Le nombre des globules blancs avait diminué.

Le malade a été revu le 31 octobre 1913 : la peau du visage avait repris son aspect normal, mais elle était infiltrée dans la profondeur, au niveau de la région parotidienne, où l'hypoderme faisait corps, de chaque côté, avec une énorme masse indolore, dure, qu'on pouvait prendre soit pour une parotide considérablement hypertrophiée, soit pour des ganglions tuméfiés. Les adénopathies disséminées persistaient ; le foie était gros ; les membres inférieurs étaient œdématiés, et le malade, en somme dans un état de cachexie avancée.

L'examen du sang montrait : 7 000 globules blancs avec lymphocytose atteignant 60 pour 100. La persistance des lésions buccales rendait l'alimentation très difficile.

En résumé, il s'agit ici d'une lymphadénie, *cliniquement* affirmée par l'existence de ces grosses adénopathies indolores et mobiles, datant depuis 6 ans et améliorées par la radiothérapie ; *hématologiquement* et *histologiquement* confirmée par l'existence dans le sang et dans les tissus de cellules mononucléées de la série lymphoïde, plus ou moins atypiques.

Sur la foi de l'examen histologique de la peau, on pourrait croire à un de ces cas de *leucosarcomatose* (sarcome avec leucémie) décrits en Allemagne à la suite de Sternberg et de Buschke et Hirschfeld : on pourrait apporter à l'appui de cette opinion le fait de la brusque récidive et de la progression rapide des tumeurs buccales et cutanées. L'amélioration considérable de ces lésions après l'emploi des rayons X nous donne à penser que l'atypie — inconstante d'ailleurs — des cellules proliférées n'est pas suffisante pour parler de leucosarcomatose, c'est-à-dire d'une néoplasie, s'il faut en croire Sternberg, qui s'est toujours montrée extrêmement maligne dans son évolution.

Mais sans admettre qu'il s'agit d'une tumeur maligne aussi nettement caractérisée, on doit certainement considérer cet ensemble de tuméfactions ganglionnaires, cutanées et muqueuses comme le fait d'une lymphadénie atypique, quel que soit son degré de bénignité. C'est bien là d'ailleurs un exemple de *lymphodermie symétrique de la face et des muqueuses de la face* ; aucun autre diagnostic — mycosis fongoïde, sarcomatose multiple, maladie de Miculicz avec néoplasmes — ne saurait être envisagé. Buschke, dans un cas tout pareil, terminé par la mort avec des phénomènes d'hémorragies multiples, s'est rangé à l'avis de tumeurs leucémiques.

Ainsi que le montrent la lecture de ces nouvelles observations et leur comparaison avec celles qui sont consignées dans notre thèse, il n'est rien d'aussi divers que les lymphodermies : pour un dermatologiste non averti ce sont là des affections qui paraissent d'un diagnostic difficile au premier abord. Cependant nous dirons — et nous voudrions insister sur ce point — qu'il n'est point indispensable d'étudier la morphologie des lymphodermies dans toutes leurs formes, si nombreuses et si complexes, pour être à même de les reconnaître au lit du malade. Il suffit d'en connaître les grandes lignes, et surtout de savoir quels sont les principaux traits cliniques des lymphadénies. Le dermatologiste ainsi orienté parvient aisément à poser un diagnostic, que le laboratoire confirme sans peine la plupart du temps.

SUR LES MÉNINGITES PRÉROSÉOLIQUES

Par MM. **Ch. Audry et Lavau.**

Dans ces *Annales,* en 1912, page 281, nous écrivions : « l'infection syphilitique frappe le rein bien avant la peau, dès le temps du chancre, dès les premières semaines de la maladie..... Il en peut aller de même pour le foie, les méninges. »

Il y a en effet une méningite syphilitique préroséolique. comme des rash préroséoliques, comme des néphrites préroséoliques. M. Wechselmann, puis M. Dreyfus ont constaté des réactions inflammatoires dans le liquide céphalo-rachidien des porteurs de chancre. M. Gennerich les signale comme presque constantes ; il indique que ces réactions sont fortement accusées par le traitement spécifique, mercuriel ou arsenical ; il est curieux qu'il n'ait pas rapproché cette dernière constatation des conclusions que Ravaut a dès longtemps formulées au sujet de l'action provocatrice du traitement arsenical sur les réactions céphalo-rachidiennes de la période exanthématique.

Des recherches entreprises depuis assez longtemps à la clinique de Toulouse et qui seront publiées plus tard, confirment les faits précédents. MM. Roque et Lavau ont constaté des réactions inflammatoires céphalo-rachidiennes chez près de la moitié des porteurs de chancres (avant la roséole).

Dans un de nos cas, il existait une réaction de Wassermann nettement positive, tandis qu'elle manquait dans le sang (1). Ce malade n'avait pas encore été traité. Or, la R. W. positive n'a été constatée par M. Gennerich dans le liquide céphalo-rachidien qu'une seule fois chez ses porteurs de chancre non encore traités (ce malade, comme le nôtre, présentait encore une R. W. négative dans le sérum sanguin) ; mais la R. W. positive est loin d'être rare, parmi les malades dont il avait commencé le traitement (2).

Il est donc certain que *bien avant la roséole, on observe très souvent chez les porteurs de chancres des réactions histologiques inflammatoires dans le liquide céphalo-rachidien, qu'on y a rencontré la R. W. positive avant même qu'elle fût accusée dans le sérum sanguin, enfin que toutes ces manifestations sont accusées, soulignées par le traitement spécifique.*

Voici un cas où le syndrome clinique méningé s'est manifesté de la

(1) Par M. Nanta.

(2) Gennerich, *Die Liquorveranderungen in den einzelen Stadien der Syphilis* (Berlin), 1913, Hirschwald.

manière la plus formelle, chez un porteur de chancre, bien avant la roséole, et sous l'influence du traitement spécifique.

Elias X..., Espagnol, âgé de 25 ans, est un musicien ambulant, aveugle depuis l'âge de 14 mois. Pas d'autres antécédents connus.

Il y a un peu moins d'un mois qu'il s'aperçut d'une anomalie de la verge, à peine douloureuse. Il se présente à la consultation le 1er novembre, porteur d'un chancre syphilitique occupant la face interne du prépuce ; pléïade, etc ; pas trace de roséole ; pas de céphalée. R. W. positive dans le sang.

Le 2 novembre, examen du liquide céphalo-rachidien : R. W. négative. Liquide limpide, mais fortement hypertendu ; examiné avec l'acide azotique seul, le louche albumineux ne paraît pas très sensiblement augmenté ; mais il existe une lymphocytose certainement et très sensiblement anormale (pas de numération exacte, par suite d'un accident ; approximativement : 35 à 40 lymphocytes par millimètre cube). On injecte 0,60 d'arsénobenzol ancien et 10 centigrammes de mercure (huile grise).

Le soir aucune réaction thermique ; mais le malade a des vomissements, accuse un peu de céphalée, et présente déjà de la raideur de la nuque. Le lendemain, 3 novembre, au matin, apyrexie absolue ; mais la céphalée est violente ; insomnie, vomissements, raideur violente et douloureuse de la nuque ; signe de Kernig très accusé. Repos, lait.

Le 4 novembre, apyrexie continue, pouls normal, vomissements un peu moins fréquents, nuque un peu moins raide ; signe de Kernig à peine modifié ; céphalée intense et insomnie.

Le 5 novembre, tous les symptômes persistent, un peu diminués. Le malade boit peu et s'alimente mal, à cause des vomissements. Apyrexie ; pouls normal. Il urine à peine 3 à 400 grammes d'urine limpide, non albumineuse, constipation.

Le 8 novembre, les vomissements ont cessé ; les urines sont revenues à la quantité normale. Il n'y a jamais eu d'anomalie du pouls ou de la température. Le sommeil revient ; la céphalée disparaît ; mais la nuque est encore raide, et le Kernig, quoique diminué, persiste très sensible.

Le 12 novembre, il persiste seulement un peu de raideur de la nuque et des traces de Kernig.

Le 13, 0,60 d'arsénobenzol ancien, intra-veineux, et 10 centigrammes Hg métal. Aucune réaction ; tolérance parfaite.

Le 15, tout est revenu à l'état normal ; cependant, on peut noter encore un peu de raideur de la nuque, et les jambes ne s'étendent pas complètement dans la station assise. Les réflexes qui étaient exagérés sont revenus à la normale.

Le 18, il n'y a plus rien d'appréciable. Le chancre, qui était considérable, est à peu près cicatrisé.

Le malade reçoit régulièrement ses injections d'huile grise, et le 24 novembre, une troisième injection de 0,60 arsénobenzol ancien qui fut parfaitement tolérée.

Il sort le 26, sur sa demande, et le 29, je le rencontre chantant dans la rue. Il n'a jamais présenté de symptômes cutanés.

Le jour de sa troisième injection, le 24 novembre, le liquide céphalo-

rachidien reste limpide, mais toujours très hypertendu, et la lymphocytose est notablement plus accusée : 62 lymphocytes par millimètre. cube. R. W. négative.

MM. Achard et Desbouis ont fait connaître un cas comparable, mais postérieur à la roséole.

Je renouvelle ici des critiques que j'ai plusieurs fois formulées relativement aux conceptions habituelles que l'on a de la soi-disant incubation de la syphilis : il n'y a pas de seconde incubation : *qui voit son chancre a sa vérole*. Qu'on laisse donc de côté toute action locale sur le chancre ; ce sont là des interventions au moins inutiles. La syphilis est générale et viscérale du jour où on l'aperçoit.

Acanthosis nigricans.

Acanthosis nigricans (Acanthosis nigricans), par A. Schalek. *Journal of cutaneous diseases.* novembre 1912, p. 660.

Cas typique de cette affection rare : ici la pigmentation a procédé l'hypertrophie papillaire ; la peau a pris un aspect lichenifié ; la pigmentation de la malade lui donnait l'aspect d'une négresse ; il existait une alopécie complète au niveau des plaques. Un prurit sévère avait précédé les lésions depuis des années. G. Petges.

Acanthosis nigricans. Dystrophie papillo-pigmentaire de Darier (Acanthosis nigricans. Distrofia papilar pigmentaria de Darier), par J. de Azua. *Revista clinica de Madrid,* 15 mars et 1er avril 1913, nos 6 et 7, t. IX.

Bon travail d'ensemble à propos d'une observation qui serait, paraît-il, la première publiée en Espagne. Il s'agit d'un homme de 72 ans, robuste, ni syphilitique, ni tuberculeux, sans symptômes de cancer viscéral, ne présentant qu'un eczéma lichénifié du genou, atteint depuis deux mois de lésions symétriques d'acanthosis nigricans typique : pigmentation cutanée diffuse et généralisée avec taches et papules lenticulaires hyperpigmentées, papillomatose de plusieurs muqueuses (bouche, paupières) et des régions cutanées hyperpigmentées. L'examen histologique confirme le diagnostic clinique. Cette observation est intéressante à plus d'un titre. A noter en particulier : le développement intense et rapide de la maladie, amenant en deux mois, le malade à la période de cachexie, l'invasion précoce de la muqueuse buccale s'accompagnant aux lèvres de maladie de Fordyce, la papillomatose d'une zone occupée par un eczéma ancien, le prurit intense, précoce, rebelle. La maladie se compliqua au bout d'environ deux mois d'une éruption morbilliforme généralisée extrêmement prurigineuse, probablement due à une auto-intoxication. Au dernier examen, on ne notait que des symptômes vagues de tumeur abdominale, coïncidant cependant avec une diminution de la pigmentation et de la papillomatose.

J. Méneau.

Acné.

Etiologie et traitement de l'acné (The etiology and treatment of Acne), par Chipmann. *The Journal of the American Medical Association,* 22 février 1913, p. 582.

La production de l'acné ne dépend pas de la présence de microbes à moins que les glandes sébacées ne soient oblitérées. La flore bactérienne de l'acné est sans intérêt sauf lorsque l'on pratique le traitement par les vaccins, mais ce traitement est inutile lorsqu'on peut assurer le drainage

des glandes et de leurs conduits. Le traitement rationnel de l'acné est celui qui, localement, vise le drainage des glandes et qui, au point de vue général, augmente la vitalité des tissus. S. FERNET.

Un microcoque à caractères anormaux agent causal d'une dermatose rebelle rappelant l'acné vulgaire (a micrococcus with unusual characteristics as a factor in a resistant dermatosis resembling acne vulgaris), par H.-R. VARNEZ et L.-T. CLARK. *Journal of cutaneous diseases,* février 1912, p. 72.

Les auteurs ont trouvé dans une série de cas de lésions acnéiformes un microcoque différent du staphylocoque blanc par quelques caractères morphologiques, et culturaux. Un sérum fait avec le microcoque agglutine ses cultures dans des dilutions plus étendues que ne le fait le même sérum avec une culture de staphylocoque blanc. Les lésions acnéïformes dans lesquelles on trouve ce microcoque durent plus longtemps que l'acné type, elles résistent à la thérapeutique habituelle des acnés mais cèdent à la vaccinothérapie spécifique. G. PETGES.

Albuminurie.

Sur l'albuminurie orthostatique et ses rapports avec la tuberculose, étudiés principalement chez les malades atteints de dermatose, de tuberculose de la peau et de syphilis (Ueber orthotische Albuminurie und ihre Beziehungen zur Tuberkulose nach Untersuchungen bei Hautkranken, insbesondere bei Hauttuberkulose und Syphilis), par W. ARNOLD. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 9, p. 458.

Sur 44 cas de tuberculose cutanée, A. a renconté 5 fois de l'albuminurie orthostatique, une fois sur 8 psoriasiques, 12 fois sur 17 syphilitiques non encore traités.

En résumé, l'albuminurie orthostatique n'a pas de rapports avec des dermatoses telles que le psoriasis. Elle est bien rare dans la tuberculose cutanée, et ne dépend ni de la durée, ni de la localisation, ni du point de départ de celle-ci.

Mais dans la syphilis récente non traitée, elle est à peu près aussi fréquente que le disent Lúdke et Sturm dans les tuberculoses pulmonaires commençant.

Dans ces conditions, il n'est pas possible d'établir un rapport spécifique entre la phtisie au début et l'albuminurie orthostatique, puisqu'une autre infection chronique telle que la syphilis la détermine aussi souvent.

Ch. AUDRY.

Angiokératome.

Quatre cas d'angiokératome dans une famille (Four cases of angiokeratoma from on family), par J.-J. PRINGLE. *British Journal of dermatology,* janvier 1913, p. 40.

Dans une famille, le père (46 ans), trois fils (17, 13 et 8 ans) sont atteints d'angiokératomes typiques des mains : ils ont eu des engelures avec une mauvaise circulation fréquemment observée dans ces cas. Le père et l'aîné des enfants présentent des symptômes de maladie de Raynaud avec sclérodactylie marquée et nécrose du bout des doigts : ils sont aussi

atteints de tuberculose pulmonaire et articulaire. Ce dernier point est très important à souligner. G. PETGES.

Angiokératome familial (An Angiokeratomatous Family), par J. PRINGLE. *Proceedings of the royal Society of medicine,* janvier 1913, p. 76.

Quatre membres d'une famille sont atteints d'angiokératome ; le père (46 ans) et trois fils (17, 13 et 8 ans). Les lésions siègent principalement aux mains, mais aussi aux pieds. Le père et le fils aîné présentent des lésions tuberculeuses du poumon. L'auteur attire l'attention sur le caractère familial de l'affection et sur sa coexistence avec des lésions tuberculeuses, fait fréquemment observé mais n'étant pas encore interprété définitivement. S. FERNET.

Angiome.

Un cas d'angiome extensif d'Hutchinson [An extensive case of infective angioma (Hutchinson)], par MALCOLM-MORRIS et DORE. *British journal of dermatology,* décembre 1912, p. 424.

Jeune fille de 24 ans sans antécédents cutanés, sauf un oncle maternel atteint de mauvaise circulation ; récemment ont apparu des douleurs dans le bras droit et une fatigue générale avec faiblesse matinale, avec une sensation d'engourdissement dans la tête en hiver. Pas de cardiopathie. L'affection a débuté par le bras droit à l'âge de deux ans et a progressé peu à peu depuis. Les lésions occupent la main droite, le bras droit jusqu'à l'aisselle, le côté droit de la poitrine jusqu'au sein, les deux fesses, les faces antérieures et postérieures des cuisses et des jambes, les pieds. A ces niveaux, la peau est rouge ou pourprée avec de petits points télangiectasiques, couleur « poivre de Cayenne » ; il existe de l'œdème avec cyanose de la main droite et cyanose des pieds, qui ont des engelures. Les plaques pâlissent à la chaleur du bain et se recolorent ensuite, pâlissent aussi à la pression. G. PETGES.

Cheveux.

Canitie à marche rapide (Canicie rapidísima), par A. HERNANDEZ y VAZQUEZ. *Actas dermo-sifiliógráficas,* IVe année, avril-mai 1912, n° 4, p. 224.

Un homme de 52 ans fut atteint, 48 heures après un violent choc moral, de blanchiment absolu des cheveux, de la barbe, des poils des aisselles et du pubis, sans aucune douleur. Cet état dura un mois, puis les cheveux commencèrent à se pigmenter par places ; pour les autres régions, la pigmentation ne commença pas avant le huitième mois. Le malade présentait en outre une leucodermie du cuir chevelu. La couleur des cheveux actuels est plus noire qu'avant la production de la canitie. J. MÉNEAU.

Grisonnement partiel de la chevelure après un traumatisme (Teilweiser Ergrauen des Haare nach Trauma), par F. FISCHER. *Dermatologische Centralblatt,* 1913, n° 6, p. 162.

Un homme d'une trentaine d'années reçoit un choc violent sur le côté gauche du crâne ; pas d'effractions, ni de phénomènes du choc ; mais au niveau du traumatisme, une touffe de cheveux se mit à grisonner et dans

trois semaines devint blanche. Puis après 6 semaines, blanchissement des cils et de la barbe du côté gauche.

Cette distribution répond à celle des terminaisons cutanées du trijumeau. C'est bien là une poliose traumatique. Ch. Audry.

Echthyma.

Dermite staphylococcique polymorphe gangreneuse. Cas clinique (Dermitis estafilocócica polimorfa gangrenosa. Caso clínico), par E. Alvarez Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* Ve année, octobre-novembre 1912, nº 4, p. 10.

Il s'agit d'un cas d'une de ces maladies dénommées varicelle gangreneuse, ecthyma térébrant, gangreneux, dermite gangreneuse des nouveau-nés, etc. L'affection gangreneuse survint primitivement chez une petite fille de cinq jours, née à terme, sans aucun antécédent. La mère souffrait d'un phlegmon aigu du sein déjà suppuré et ouvert. La transmission a dû se faire de la mère à l'enfant par contact, la dermite étant occasionnée par la desquamation physiologique de la peau du nouveau-né et la finesse des tissus ayant entrainé la gangrène. Tout le corps est semé de pustules disséminées sur le cuir chevelu, le tronc et les membres : on trouve aussi des folliculites. Cinq jours après l'état général se gâte, il survient de la fièvre. Tout est envahi, sauf la face et les paumes. Les pustules s'ulcèrent, les folliculites aboutissent à des abcès fluctuants, sous-cutanés en maints endroits. Puis il se forme de nombreux nodules intradermiques rapidement fluctuants avec tendance à envahir l'hypoderme. L'examen bactériologique ne donne jamais que du staphylocoque doré pur. La guérison s'obtint en trois mois par l'ouverture des abcès, les lavages, et pansements au permanganate de potasse à 1/10 000, et des applications de pommade au rouge écarlate. L'auteur attribue son succès inespéré à la localisation exclusivement cutanée de la maladie qui n'entrava pas l'allaitement. J. Méneau.

Eczéma.

Affection eczématoïde récidivante des mains (A recurrent eczematoïd affection of the hands), par Pollitzer. *Journal of cutenous diseases,* décembre 1912, p. 716.

P. considère comme une affection non décrite dans les traités une forme de dermatose eczématoïde récidivante, diagnostiquée généralement sous le nom d'eczéma nummulaire, et qu'il classe parmi les dermatoses bulleuses, voisine mais différente de la dermatite herpétiforme. Il s'agit de groupes régulièrement arrondis, isolés, bien limités de vésicules conglomérées siégeant sur le dos des mains, moins fréquemment sur les doigts et rarement sur la face d'extension des poignets ou de la partie inférieure des avant-bras; le plus souvent symétriques. Ces placards ont de 1 à 3 et rarement 4 centimètres de diamètre; leurs vésicules sont notablement plus grosses que celles de l'eczéma et persistent longtemps si on ne les traumatise pas. L'éruption s'accompagne de crises de prurit modéré. Le début se fait par un placard érythémateux prurigineux suivi en quelques heures de l'éruption vésiculeuse; toute la plaque est couverte de vésicules et conserve ses

dimensions primitives, sans extension, ni tendance à la confluence des divers groupements. La guérison se produit après quelques semaines avec état squameux, croûteux sur un fond rouge. Il se produit des récidives in situ ou au voisinage après des intervalles de mois ou d'années; P. en a observé jusqu'à six récidives chez le même sujet. P. considère que cette affection, sans être rare, n'est pas courante. Histologiquement on ne trouve pas les lésions complètes de l'eczéma où les vésicules sont l'aboutissant d'un processus qui envahit tout l'épiderme, tandis qu'ici les vésicules forment la seule lésion, les espaces intervésiculaires étant normaux; le rapprochement serait plutôt à faire avec la dermatite herpétiforme.

Malgré tout on peut se demander s'il est bien nécessaire d'abandonner l'eczéma nummulaire de Devergie pour le classer avec P. en dehors des eczémas. G. Petges.

Épithéliome.

Epithéliome du dos (Paget's disease) [(Epithelioma of the back) (Paget's disease)], par Towle. *American dermatological association,* 26 mai 1911. *Journal of cutaneous diseases,* mai 1912, p. 286.

Homme de 74 ans porteur d'une plaque squameuse du dos depuis 25 ans et depuis 20 ans d'une tumeur : il présente sur l'épine dorsale une lésion de 12 à 15 centimètres de long au niveau d'une omoplate, rappelant un eczéma avec exfoliation et rougeur accentuées, très peu prurigineux. Un quart de cette lésion est plus atteint : la peau y est profondément modifiée, avec ulcération et sécrétion d'un liquide clair, induration profonde: au milieu de cette zone il existe une tumeur grosse comme une mûre, lobulée.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de dégénérescence épithéliale dans la tumeur, et dans les lésions eczématoïdes d'un processus inflammatoire chronique sans épithéliomatisation véritable. G. Petges.

Forme anormale d'ulcus rodens (An Unusual form of rodent ulcer), par J.-H. Sequeira. *British Journal of dermatology,* janvier 1913, p. 42.

Ulcération envahissant la joue gauche, partie du nez, érodant la lèvre supérieure, d'aspect gommeux rappelant la syphilis, rebelle au traitement hydrargyrique, avec Wassermann négatif. La photographie annexée donne l'impression d'un lupus.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithelioma basocellulaire. G. Petges.

Traitement des épithéliomes cutanés par les doses massives de rayons X (Massive dose X Ray treatment of cutaneous epithelioma), par Mac Kee et Remer. *New-York Medical Journal,* 29 mars 1913, p. 634.

Les auteurs préconisent l'emploi des doses massives de rayons X et, dans un long exposé, démontrent la supériorité de cette méthode sur celle des doses fractionnées. Une dose normale (4 à 6 H de rayons plus ou moins pénétrants suivant la profondeur de la lésion) appliquée en une seule séance suffit dans la majorité des cas. S. Fernet.

Erythème polymorphe.

Discussion sur l'érythème polymorphe (A discussion on Erythema

Multiforme), par Adamson. *Proceedings of the royal Society of Medicine,* décembre 1912, p. 51.

De son long exposé, l'auteur conclut que les lésions de l'érythème polymorphe de Hebra sont très caractéristiques et bien déterminées. Dans la majorité des cas, cette affection ne présente pas de gravité bien qu'on connaisse des faits où elle se complique de néphrite. Il n'y a aucune relation entre le rhumatisme et l'érythème polymorphe ; l'érythème noueux constitue une affection absolument distincte, de même que le lupus érythémateux. Certaines éruptions érythémateuses dues à différentes intoxications ou infections simulent facilement l'érythème polymorphe de Hebra. Érythème polymorphe, purpura rhumatoïde, maladie de Henoch sont probablement des formes différentes d'une seule maladie dont la nature n'est pas connue. S. Fernet.

Sur l'étiologie de l'érythème polymorphe (Beitrag zur Aetiologie des Erythema exsudativum multiforme), par K. Saisawa. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* nº 17, p. 792.

Au cours d'une épidémie de typhus, S. a observé un soldat de 21 ans qui présente un érythème exsudatif polymorphe fébrile, avec néphrite aigue. Dans le sang et l'urine, S. trouva un bacille abondant et constant qu'il ne put réussir à cultiver, et par suite à déterminer. Il n'en trouva pas non plus dans les coupes des efflorescences cutanées qui n'offraient guère que des altérations d'œdèmes avec diapédèse. Ch. Audry.

Discussion sur l'érythème polymorphe (Discussion on erythema multiforme), par H.-G. Adamson. *Royal society of medicine of London,* 21 novembre 1912. *British journal of dermatology,* décembre 1912, p. 429.

L'érythème polymorphe est une affection très caractéristique, bien tranchée dans ses manifestations. Elle n'est généralement pas grave, quoique dans certains cas l'association d'une néphrite assombrisse son pronostic. Elle n'a pas de relation avec le rhumatisme et se différencie probablement de l'érythème noueux. Elle rappelle les éruptions érythémateuses d'origine toxique et infectieuses connues. L'érythème polymorphe est vraisemblablement de même nature que le purpura rhumatoïde et le purpura de Henoch. L'origine est ou infectieuse ou toxique sans que l'on soit actuellement fixé sur ce point. G. Petges.

Gale.

Un cas de gale norwégienne ou croûteuse (A case of norwegian ou crusted scabies), par W. Beatty. *British Journal of dermatology,* février 1913, p. 56.

Le patient est un Irlandais, âgé de 39 ans, n'ayant jamais quitté son pays natal. L'éruption a commencé par les doigts des mains depuis 10 ans ; le diagnostic porté ailleurs fut sans doute celui d'hyperkératose car il fut radiothérapisé à Dublin, deux ans avant son entrée dans le service de B. Le diagnostic fut difficile, et on pensa d'abord à des lésions de grattage La découverte d'un acare, après recherches prolongées, donna le diagnostic. Eosinophilie sanguine. Guérison par le traitement sulfureux. G. Petges.

Généralités.

Les maladies de la peau liées à des désordres hépatiques ou rénaux (Diseases of the skin in relation to hepatic and renal disorders), par L. Duncan Bulkley. *Journal of cutaneous diseases,* novembre 1912, p. 670.

Article de pathologie générale, où l'auteur rappelle les relations de maints états cutanés avec les troubles viscéraux : telles les relations du xanthome et du diabète ; des furoncles, abcès et de la glycosurie ; de l'urticaire et des troubles hépatiques ; de la dermatite herpétiforme et des troubles urinaires, etc., etc. Sans contenir de faits nouveaux, ces idées sont bonnes à répéter aux spécialistes, volontiers oublieux des corrélations organiques fonctionnelles. G. Petges.

La boutique du coiffeur source de contagion (The barbier shopas a source of contagion), par G.-T. Jackson. *Journal of cutaneous diseases,* novembre 1912, p. 654.

Le coiffeur est un danger public, propagateur du pityriasis, de la séborrhée, du favus, de l'impétigo, de la pediculose, des teignes, du sycosis et de la syphilis. Les habitudes acquises expliquent le danger, il est superflu d'y insister.

Quelques précautions hygiéniques, papier et linges propres, coton hydrophile remplaçant le blaireau, eau boratée bouillante pour les rasoirs, formaline alcoolique à 50 pour 100 pour les brosses, antisepsie des coupures, interdiction des tondeuses, etc., éviteraient bien des accidents.

On se désintéresse trop, même en France, même dans les maisons de santé, de précautions si naturelles qu'elles devraient devenir courantes.

G. Petges.

Grossesse, accouchement et suites de couches d'une femme atteinte de télangiectasies, de varices, et d'éléphantiasis lymphangiectasiques étendus à une moitié du corps (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. bei ausgedehnter halbseitiger Teleangiektasie und Varicenbildung mit lymphangiektatischer Elephantiasis), par Drew. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1913, n° 17, p. 779.

Il s'agit d'une femme de 23 ans qui présentait les lésions sus-mentionnées dans la moitié droite du corps, mais principalement au niveau du membre inférieur, du ventre, du sein et de la main.

L'accouchement fut facile, et les suites de couches normales. Ch. Audry.

Greffes.

Substitution de greffes amniotiques aux greffes épidermiques dans le traitement des brûlures et des surfaces ulcérées (The grafting of preserved amniotic membrane to burned and ulcerated surfaces substituting skin grafts), par M. Stern. *The Journal of the American Medical Association,* 29 mars 1913, p. 973.

S. emploie des greffes de membrane amniotique, conservée suivant une technique appropriée, pour le traitement des ulcères, brûlures, dénudations traumatiques, etc. Il n'a pas expérimenté ce procédé dans les brû-

lures dues à l'électricité ou aux rayons X. Les premiers essais amènent l'auteur à conclure que les greffes amniotiques réussissent aussi bien que les greffes épidermiques et qu'elles doivent leur être préférées par ce fait qu'elles évitent la nécessité d'anesthésie et la production d'une seconde plaie. S. FERNET.

Hémangiomes.

Hémangiomes sous-cutanés multiples coexistant avec de nombreux lipomes chez un sujet vigoureux et bien portant (Multiple subcutaneous hemangiomas together with multiple lipomas occuring in enormous members in an otherwise healthy muscular subject), par John BOWERR. *The American Journal of the Medical Sciences,* août 1912, p. 189.

Le sujet, un homme de 36 ans, a toujours été bien portant et présente un développement musculaire remarquable. 3 ou 4 ans avant qu'il ne vienne consulter, deux ou trois petites tumeurs ont apparu dans son dos et depuis se sont rapidement multipliées, envahissant tout le tronc, les cuisses, peu nombreuses sur les membres supérieurs et laissant la tête entièrement libre. De petites dimensions variant de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de pigeon, de consistance ferme et élastique, de forme arrondies. Ces lésions, pour la plupart sous-cutanées et laissant à la peau toute sa mobilité, sont absolument indolores.

Depuis le moment où le malade s'aperçut de leur présence aucune d'elles n'a disparu, elles ne firent que s'accroître en nombre et en volume. Elles deviennent si nombreuses qu'à peine trouve-t-on un centimètre d'intervalle entre elles. Quelques-unes des plus volumineuses atteignent les dimensions d'un œuf de poule, on trouve sur plusieurs d'entre elles de petites taches purpuriques. La plus grosse est située dans la région scapulaire gauche, elle est quelque peu allongée et de contour moins régulier que la plupart des autres, la tête, les pieds et les mains restent intacts.

A tous les autres points de vue le sujet est parfaitement sain.

Examinées histologiquement, ces tumeurs se montrèrent constituées de vaisseaux néoformés infiltrés de tissu graisseux, ce dernier se trouvant plus abondant dans les grosses tumeurs. Ce fait que dans les tumeurs plus petites et plus jeunes l'élément angiomateux s'est montré prédominant et que la proportion de graisse augmente dans les tumeurs plus anciennes semblerait indiquer que le processus primitif a consisté dans la néoformation vasculaire. Néanmoins par la suite le développement et l'envahissement du tissu graisseux pourraient faire prendre les tumeurs plus avancées pour de véritables lipomes. S. FERNET.

Hypertrichose.

Hypertrichose (Hypertrichosis), par A. BRAND. *New-York medical Journal,* 5 avril 1913, p. 706.

L'auteur recommande le traitement par l'électrolyse négative et indique sa technique. Rien de nouveau. S. FERNET.

Impetigo.

De l'impetigo herpétiforme de Hebra et de sa pathogénie (Impetigo herpetiformis Hebra, zugleich ein Beitrag zur Klärung der Pathoge-

nese dieser Erkrankung), par R. Marck. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 10, p. 371.

Observation recueillie sur une femme de 36 ans qui succomba malgré un accouchement provoqué. A l'autopsie, endocardite, etc.

Scheuer a rangé l'impetigo herpétiforme à côté de l'éclampsie, l'un et l'autre syndromes dépendant d'une même toxine. Dans le cas de M. (comme dans un autre de Rheimberg), il se produisit des accidents de tétanie, postérieurement à l'apparition de la dermatose ; toutefois, il ne s'agissait peut-être que d'accidents convulsifs. L'auteur admettrait volontiers qu'il s'agirait plutôt d'association de tétanie et d'intoxication.

Ch. Audry.

Intertrigo.

Traitement de l'intertrigo, par Milian. *Paris médical,* 19 avril 1913, n° 20, p. 489.

L'intertrigo est une affection microbienne causée par le streptocoque ; il ne faut le confondre ni avec l'érythrasma, ni avec l'eczéma marginé de Hebra. Le traitement consiste en savonnages, nettoyages à l'alcool à 90° trois fois par jour et une fois par jour application de teinture d'iode au 1/10. Dans les cas rebelles badigeonner avec une solution de nitrate d'argent au 1/20.

E. Vaucher.

Kératose.

Kératose palmaire et plantaire héréditaire (Keratosis palmaris et plantaris hereditaria), par Ch. J. White. (*American dermatological association,* 26 mai 1911. *Journal of cutaneous diseases,* mai 1912, p. 276.

Jeune fille suédoise du 24 ans : la peau des régions palmaires et plantaires est épaisse, dure, sèche, jaunâtre ; la grand'mère maternelle fut la première de la famille chez qui cette malformation apparut ; ses deux filles, son fils sont également atteints ainsi que six petits fils nés d'une autre sœur, de même qu'un fils et trois filles.

G. Petges.

Lèpre.

Histologie pathologique du léprome cutané aigu, par M. Favre et P. Savy. *Archives de médecine expérimentale,* mars 1913, n° 2, p. 225.

Le nodule lépreux est situé dans le derme ; il se caractérise par une infiltration cellulaire diffuse qui ne paraît pas avoir une topographie nettement systématisée périsudoripare ou périvasculaire.

L'infiltrat cellulaire est constitué pour la plus grande partie par des cellules conjonctives ; on y remarque en outre, des cellules lymphoïdes, des mastzellen parfaitement reconnaissables, rares et irrégulièrement réparties, de rares plasmazellen, de grandes cellules lépreuses vacuolaires. Ces cellules vacuolaires ou cellules lépreuses de Virchow constituent l'élément en quelque sorte spécifique de la lésion. Elles sont volumineuses en général, leur protoplasma est semé de vacuoles très irrégulières comme volume et situation ; le noyau occupe le centre de l'élément. Ce sont ces éléments souvent très nombreux et réunis en amas parfois volumineux qui donnent à l'infiltrat son aspect clair et réticulé. Certaines cellules plus petites ne renferment qu'une ou deux vacuoles.

Les bacilles lépreux se logent avec préférence dans les cellules conjonctives et dans ces cellules lépreuses où ils sont très nombreux en certains points ; au niveau des zones très claires représentées par d'immenses cellules à grandes vacuoles, les bacilles apparaissent peu nombreux et présentent l'aspect fragmenté que l'on considère comme un signe de moindre vitalité. Ce sont les cellules conjonctives et les cellules lépreuses qui renferment presque exclusivement l'agent pathogène de la lèpre ; il n'y a pas de bacilles lépreux dans l'épiderme ni dans les glandes sébacées. Du reste la cellule lépreuse est une cellule conjonctive dont le protoplasma a subi une vacuolisation secondaire au contact du corps bacillaire qu'elle englobe. E. VAUCHER.

Recherches sérologiques chez les lépreux (Serologische Untersu chungen bei Leprösen), par B. MÖLLERS. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 13, p. 595.

Le sérum des lépreux atteints de formes tubéreuses présente, par la tuberculine, de la déviation du complément 19 fois sur 20 malades, 2 fois sur 8 lépreux anesthésiques, 4 fois sur 4 lèpres mixtes.

Dans le sérum sanguin des lépreux, il y a davantage d'anticorps déviant en présence d'émulsion bacillaire, qu'en présence de liquides de culture de ces bacilles.

On ne peut pas, de ces déviations, conclure à une tuberculose concomitante. Les propriétés de déviation semblent en rapport avec l'étendue et le nombre des localisations lépreuses, d'autant plus que la réaction devient négative en cas de lèpre guérie. Ch. AUDRY.

Lichen plan.

Lichen plan suivi d'une éruption bulleuse, probablement un érythème polymorphe (Lichen planus, followed by a bullous eruption, probably erythema multiforme), par DAVIS *Philadelphia dermatological Society,* 8 mai 1911. *Journal of cataneous diseases,* août 1912, p. 489.

Eruption bulleuse survenant chez un homme de 39 ans, sur tout le corps, sauf le cuir chevelu, la région génitale et les muqueuses, après un lichen plan guéri en un mois et demi par le traitement habituel. Plusieurs cas analogues sont présentés en quelques mois dans les journaux américains. G. PETGES.

Lichen plan diffus, suivi d'une éruption vésiculobulleuse infectée : cure de cette dernière par une injection de vaccin autogène (Lichen planus diffusus, followed by vesiculobullous, infected lesions : cure of latter with one injection of autogenous vaccines), par M.-B. HUTCHINS. *Journal of cutaneous diseases,* octobre 1912, p. 615.

Observation intéressante d'abord par l'âge du malade, un garçonnet de 6 ans qui présenta une poussée de lichen plan d'une durée d'un mois, ayant débuté sur les bras et les jambes.

Il est remplacé, autre intérêt, par une éruption vésiculobulleuse, rapidement infectée dans laquelle on trouve du staphylocoque doré ; cultures, vaccination, guérison. G. PETGES.

Lichen plan généralisé (Universal lichen planus), par WINFIELD. *New-*

York dermatological society, 28 mai 1912. *Journal of cutaneous diseases*, décembre 1912, p. 732.

Lichen plan généralisé évoluant vers une éruption bulbeuse également généralisée. A ce propos, G.-H. Fox signale qu'il a vu dans les derniers mois une douzaine de cas analogues chez des israélites. G. PETGES.

Lichen corné verruqueux hypertrophique guéri par la neige d'acide carbonique (Cas clinique) [Liquen córneo-verrugoso, hipertrófico, curado con la nieve de acido carbónico. Caso clinico] par SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas*, Ve année, octobre-novembre 1912, no 1, p. 32.

Il s'agit d'un homme de 56 ans atteint depuis 1909 d'un lichen verruqueux en bande des cuisses. Des applications de neige d'acide carbonique sous grande pression et d'une durée d'une minute et demie à deux minutes donnèrent d'excellents résultats : le prurit disparut rapidement et il se forma une cicatrice lisse, d'un blanc brillant. L'arsenic n'avait rien donné. J. MÉNEAU.

Lupus.

Lupus multiple (Multiple lupus), par J.-H. SEQUEIRA. *Royal Society of Médicine of London*, 20 février 1913. *British Journal of dermatology*, mars 1913, p. 99.

Cas intéressant par les points qui suivent : lupus très disséminé ; consécutif à la rougeole ; à caractère particulier de sécheresse, d'état squameux rappelant le psoriasis, avec lequel il a été confondu pendant plusieurs années et traité comme tel. G. PETGES.

Maladie de Darier.

Relation de quatre cas de kératose folliculaire (maladie de Darier) [Report of four cases of keratosis follicularis (Darier's disease)], par W. H. MOOK. *Journal of cutaneous diseases*, décembre 1912, p. 722.

Après un historique soigneux de la question, sont reportées quatre observations de la maladie de Darier avec examen microscopique et magnifiques planches photographiques, cliniques et histologiques. Travail confirmatif des travaux de Darier. G. PETGES.

Maladie de Raynaud.

Symptômes chroniques de maladie de Raynaud, sous la dépendance probable de la syphilis, avec association de livedo réticulé. Remarques sur le livedo réticulé (livedo annulaire, figuré ou peau marbrée). [(Chronic Raynaud's symptoms probably on a syphilitic basis, associated with livedo reticulata. Remarks on livedo reticulata (livedo annularis, livedo figurata, or cutis marmorata)], par F. PARKES WEBER. *British Journal of dermatology*, mars 1913, p. 81.

Femme de 54 ans atteinte de syndrome de Raynaud typique avec crises d'amblyopie, présentant aussi un rétrécissement mitral; sur les mains, bras, jambes, cuisses, on voit de grands réseaux marbrés, à grandes mailles; pas de syphilis décelable, réaction de Wassermann négative mais neuf fausses couches, pas d'enfants vivants.

P. W. pense que cette maladie de Raynaud et ce livedo réticulé ont une

origine syphilitique et que le rétrécissement mitral a favorisé leur symptomatologie.

Il pense aussi que certaines formes réticulées de livedo et autres états voisins ont été décrits sous des noms divers : purpura annulaire télangiectoïde, et même angiome extensif d'Hutchinson, nævus-lupus, nævus serpigineux. G. PETGES.

Un cas de maladie de Raynaud (Case of Raynaud's disease), pa- H.-C. SEMON. *Royal Society of Medicine of London*, 19 décembre 1912. *British Journal of dermatology*, janvier 1913, p. 40.

Cas intéressant par le fait d'une réaction de Wassermann positive.
G. PETGES.

Morve.

Un cas de morve guéri par les injections de malléine (Un caso de muermo curado con las inyecciones de malleina), par PEYRI. *Actas dermo-sifiliograficas,* IVe année, avril-mai 1912, no 4, p. 234.

Après s'être brûlé le médius, un cocher de corbillard, âgé de 41 ans, eut à soigner un cheval atteint de jetage nasal. Trois autres chevaux de l'écurie moururent en peu de temps de la même maladie. L'homme présente un chancre morveux aigu du médius avec lymphangite nodulaire du membre supérieur, asthénie profonde, température vespérale 38°. Le diagnostic est confirmé par l'épreuve de la malléine, bien que l'inoculation au cobaye soit restée négative. Après incision, cautérisation et traitement tonique, on administre la malléine à la dose de 0,1 de centimètre cube d'une solution phéniquée à 4 pour 100, en alternant avec des injections d'un demi à 1 centimètre cube de la même solution diluée à 1 pour 100, on arrive progressivement à donner un demi-centimètre cube, pour revenir à la dose de 0,1. Le traitement fut continué pendant un mois entier. Le mois suivant, on fit deux injections par semaine, et le troisième une seulement. La guérison, obtenue au bout du troisième mois, s'était maintenue un an encore après et paraît définitive. J. MÉNEAU.

Nævo-carcinome.

Notes sur un cas de nævocarcinome (mélanique) du cuir chevelu chez un jeune homme de dix-neuf ans (Notes on a case of nœvocarcinoma (melanotic) of the scalp in a boy aged nineteen years), par Ch.-H. LILLEY. *British journal of dermatology,* décembre 1912, p. 441.

Le sujet présentait au moment de sa naissance sur le cuir chevelu une tache pigmentaire foncée qui grandit à partir de la 5e année, couvrit en partie le scalp vers l'âge de 15 ans et demeura stationnaire jusque vers l'âge de 18.

Exérèse, pansement au protective, greffes.

Examen histologique : tumeur à cellules nœviques. G. PETGES.

Pathomimie.

Lésions ulcéreuses simulées par une hystérique (Lesiones ulceradas, simuladas por una histérica), par J. DE AZUA. *Actas dermo-sifiliográficas,* Ve année, no 1, octobre-novembre 1912.

Observation intéressante de lésions provoquées sur elle-même au moyen de la lessive de soude sur la main et le poignet droits, les deux jambes et la face, par une simulatrice de 23 ans, hystérique avérée. L'auteur termine son travail en établissant le diagnostic de son cas avec ceux déjà publiés en Allemagne de dermatite symétrique dysménorrhéique. J. Méneau.

Pelade.

Au sujet d'une petite épidémie de pelade (On a small epidemic of areata alopecia), par T. Colcott Fox. *British Journal of dermatology*, février 1913, p. 51.

C. F. relate une série de cas d'alopécie en plaques survenus dans une école, ayant les caractères de la pelade et dans lesquels il n'a pu au cours de recherches minutieuses trouver de cause mycosique ni par l'examen microscopique ni par les cultures.

Il rappelle à ce sujet plusieurs séries de faits analogues, dont l'explication ne peut être donnée, non plus que pour ceux qu'il expose.

G. Petges.

Pellagre.

La Pellagre (Pellagra), par O.-S. Ormsby. *Journal of cutaneous diseases*, octobre 1912, p. 589.

Ce travail est un rapport important présenté par la Commission de la pellagre, instituée dans l'Illinois : il comprend une monographie complète de la maladie que l'on ne peut résumer dans ses lignes générales : il confirme les données cliniques déjà connues, en mettant mieux en relief les lésions linguales presque constantes. Au point de vue anatomique il met en évidence les lésions habituelles des toxi-infections, et suppose qu'il s'agit d'une maladie infectieuse d'origine intestinale. Il souligne enfin le danger social de la pellagre dans les États-Unis. G. Petges.

Agent étiologique possible de la Pellagre (One of the possible factors in the causation of Pellagra), par Jennings et King. *The Journal of the American medical Association*, 25 janvier 1913, p. 271.

J. et K. concluent de leur long article que si l'agent de la pellagre est un microbe transmis par un insecte, ce qui est probable, l'insecte incriminé est le Stomoxys colcitrans. S. Fernet.

Pemphigus.

Pemphigus foliacé. Traitement par le Salvarsan (Penfigo foliáceo. Tratamiento por Salvarsan), par J. de Azua. *Actas dermo-sifiliográficas*, IVe année, avril-mai 1912, no 4

Cas typique de pemphigus foliacé chez un homme de 54 ans, suivi de mort. Wassermann négatif. Pas d'albumine dans l'urine. L'auteur pratique des injections de 606. Les forces se relèvent, l'état général s'améliore, le prurit diminue, les poussées sont plus rares, le signe de Nikolsky moins généralisé. Mais deux jours après la 3e, et dernière injection, la température monte, l'albumine s'accroît jusqu'à 3,5 par litre : l'amélioration se perd en quinze jours et la mort arrive rapidement. L'auteur ne croit pas à une action nocive du Salvarsan sur l'évolution de la maladie. Il y voit au

contraire un moyen de mieux faire tolérer l'arsenic et d'éviter les troubles gastro-intestinaux persistants que produisent d'ordinaire la liqueur de Fowler et autres préparations similaires (?). J. MÉNEAU.

Pemphigus malin guéri par une seule injection intraveineuse de sang (Pemphigus malignus, durch einmalige intravenöse Blutinjektion geheilt), par PRAETORIUS. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 16, p. 867.

Femme atteinte depuis 2 ans de pemphigus récidivant.

P. injecta dans sa cubitale 20 centimètres cubes de sang non défibriné d'homme sain ; huit jours après, guérison. Ch. AUDRY.

Pityriasis rosé.

Pityriasis rosé de Gibert (Pitiriasis rosada de Gibert), par COVISA. *Actas dermo-sifiliograficas,* IV^e^ année, avril-mai 1912, n° 4. p. 233.

Dans un cas typique de pityriasis rosé, C. put déterminer le parasite décrit et dénommé par du Bois, microsporon dispar, sous forme de spores, de volume variable, groupées en amas, sans filaments mycéliens. Cet organisme semble bien être l'agent pathogène de la maladie de Gibert.

J. MÉNEAU.

Psoriasis.

Un cas de psoriasis (A case of psoriasis), par EPSTEIN. *New-York Medical Journal,* 5 avril 1913, p. 714.

L'auteur recommande l'opothérapie thyroïdienne pour le traitement du psoriasis vulgaire. Il a obtenu une guérison très rapide en associant ce traitement interne à l'emploi d'une pommade à la chrysarobine et de bains alcalins. S. FERNET.

Le psoriasis est-il un symptôme cutané de maladies bactériennes constitutionnelles ou une vraie dermatose ? (Est die Psoriasis ein Hautsymptom Konstitutionell-bakterieller Erkrankungen oder eine echte Hautkrankheit), par HUBNER. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 11, p. 505.

H. examine l'hypothèse soulevée par Menzer qui envisage le psoriasis comme une tuberculide où les lésions peuvent être immédiatement engendrées non seulement par l'action des bacilles, mais encore par une infection mixte de staphylocoques et de streptocoques. H. critique cette manière de voir, peu conforme à la manière de voir de la majorité des dermatologistes. Sans doute, la tuberculine produit parfois une réaction au niveau des efflorescences psoriasiques, mais d'après H., les lésions provoquées de la sorte ne sont pas du vrai psoriasis, et celui-ci est bien une pure et vraie dermatose. Ch. AUDRY.

Purpura.

Purpura chronique et son traitement par les sérums animaux (Chronic purpura and its treatment with animal serum), par Henry ELSNER. *The American Journal of the medical Sciences,* février 1913, p. 178.

Observations de deux malades atteints de purpura chronique et traités par des injections de sérums animaux (sérum de cheval, de lapin, de bovi-

dés). Dans l'un des cas l'effet du traitement fut purement symptomatique, mais non curatif. Après 18 mois de traitement marqués par une grande amélioration, le purpura a repris comme précédemment. Dans le second cas, la guérison paraît se maintenir. L'auteur relève le fait que l'action des sérums est aujourd'hui bien établie dans les purpuras aiguës sporadiques, mais que leur action dans les purpuras chroniques est moins bien connue et paraît être inconstante. S. FERNET.

Sarcome.

Sarcome mélanique consécutif à l'irritation d'un nævus pigmentaire (Melanotic Sarcomas resulting from the irritation of pigmented nevi), par H. KENNEDY GASKILL. *The Journal of the American Medical Association,* 1er février 1913, p. 341.

Le cas observé par K. G. prouve bien l'importance des ablations très larges et profondes de tout nævus pigmentaire ayant tendance à l'accroissement rapide. L'intervention doit être aussi précoce que possible.

S. FERNET.

Sclérodermie.

Scleroderma inusitatum, par CUNNINGHAM. *New-York Médical Journal,* 8 mars 1913, p. 489.

Ce cas présente les particularités suivantes : 1° La sclérodermie est localisée depuis 15 ans aux jambes. 2° Les lésions occupent aussi les plantes des pieds. 3° Une ligne de démarcation très nette sépare les parties malades de la peau saine ; cette ligne se trouve à la même hauteur sur les deux jambes. 4° Le malade présente en plus de ces lésions une maladie de Dupuytren et du rhumatisme déformant. S. FERNET.

Scorbut.

Un cas d'exophtalmie dans le scorbut chez un enfant de 11 mois (Exophtalmos inscurvy Keport of extrema case in an 11 mouths' infant), par DEBUYS. *The Journal of the American Medical Association,* décembre 1912, p. 2040.

Il s'agit d'un bébé de 11 mois ayant de bons antécédents héréditaires, nourri au sein dans les premières semaines de sa vie, plus tard avec du lait condensé : son alimentation devient dès ce moment irrégulière et la digestion s'effectue mal. Il présente vers le 10e mois des signes de scorbut infantile, en même temps la mère remarque un léger degré d'exophtalmie des deux yeux s'accompagnant de décoloration et de gonflement des paupières. Cette exophtalmie persiste subissant des variations d'intensité augmentée par les cris. L'enfant est amené à une consultation pour son état général qui est très mauvais : on reconnaît chez lui tous les signes du scorbut infantile et l'on prescrit l'usage de jus de fruit. Après quelques jours de traitement, en même temps que s'améliore l'état général, l'exophtalmie diminue pour finir par disparaître en quelques mois.

Cette exophtalmie aurait un rapport intime avec le scorbut dont était atteint l'enfant.

Les cas où l'on note la coexistence des deux affections sont rares dans la

littérature ; on en compte 15 comprenant celui-ci. De leur étude on peut tirer les conclusions suivantes :

L'exophtalmie existe au cours du scorbut à des degrés très variables, peut survenir parfois brusquement à la suite de cris prolongés ; elle se montre rarement à un degré très accentué. Elle peut être due à la présence d'ecchymoses dans le tissu cellulaire de l'orbite ou à des extravasations sanguines sous-périostées, peut apparaître dans l'un ou les deux yeux provoquant un déplacement de l'œil en avant, en bas et en dehors. Ce symptôme est généralement une manifestation tardive du scorbut et Barlow a décrit un cas dans lequel ce serait la suite de la maladie. La thérapeutique appropriée en amène toujours la guérison en quelques jours.

S. Fernet.

Sporotrichose.

Deux cas de sporotrichose (Dos casos de esporitrichosis), par Peyri Rocamora. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, avril-mai 1912, n° 4, p. 218.

Le 1er cas concerne un homme de 37 ans atteint de sporotrichose céphalique à forme mixte gommeuse ulcéreuse.

Le 2e a trait à un médecin de 29 ans, atteint de sporotrichose gommeuse de la région sus-hyoïdienne. Rien d'autre à noter. J. Méneau.

Un cas de sporotrichose à type disséminé, ulcéré, gommeux, compliqué de synovite aiguë (A case of sporotrichosis of the disseminated, ulcerating, gumma type, in which these occurred acute synovitis), par H. G. Adamson. *British Journal of dermatology,* janvier 1913, p. 33.

Cas observé chez une couturière de 60 ans, couverte de placards disséminés sur le dos, les fesses, les membres inférieurs avec gommes ulcérées, cribriformes, simulant des abcès tuberculeux ou des gommes syphilitiques. Cultures typiques du sporotrichum. Pendant son séjour à l'hôpital, la malade présenta une température fébrile élevée avec symptômes rhumatismaux de la main gauche, des doigts et du coude gauches, du pied droit et de sa cheville. Guérison par l'iodure de potassium et la vaccinothérapie sporotrichosique. G. Petges.

Un cas de sporotrichose gommeuse, par L. Danel. *Journal des Sciences médicales de Lille,* n° 8, fév. 1913.

Le premier cas observé dans la région lilloise si on excepte l'observation publiée par MM. Bertin et Bruyant en avril 1910 et qui était due à une inoculation accidentelle de laboratoire. P. Ravaut.

Un cas de sporotrichose simulant la blastomycose (A case of Sporotrichosis simulating blastomycosis), par H.-G. Adamson. *British Journal of dermatology,* février 1913, p. 60.

La sporotrichose paraît plus rare en Angleterre qu'en France ou en Amérique : A. en a dépisté un nouveau cas chez un aubergiste de 60 ans, d'origine américaine, ayant quitté son pays depuis quelques mois : les premières lésions avaient apparu avant son arrivée en Angleterre.

Il présentait des plaques papillomateuses du dos des mains prises d'abord pour de la blastomycose. Évolution habituelle. G. Petges.

Thérapeutique.

Bandes médicamenteuses (Vendas medicamentosas), par Peyri Rocamora. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, février-mars 1912, no 3, p. 156.

Pour obtenir le maximum d'asepsie dans les pansements des affections cutanées, le professeur R. propose d'employer des bandes préalablement enduites de graisse ou gélanthe ou de poudre sèche. Il croit réaliser ainsi les meilleures conditions d'asepsie par : 1° Une meilleure garantie de l'asepsie, les bandes étant passées à l'autoclave et déployées au moment de l'usage, 2° une plus grande simplicité d'application, la bande n'étant recouverte que d'une toile imperméable, 3° une meilleure fixation. Les bandes de poudre se préparent avec le sous-nitrate de bismuth, la calamine, l'oxyde de zinc et le talc, on les trempe quelques secondes dans l'eau bouillie et on les recouvre de toile de Billroth. Les bandes avec pommades et glycérolés se font surtout à base de vaseline liquide, glycérine ou glycérolé d'amidon, combinés à l'ichthyol, au goudron, à l'huile de cade Elles conviennent surtout aux affections du cuir chevelu, des extrémités. Les bandes de gélatine se font avec colles ordinaires et au gélanthe de Unna, on chauffe au bain-marie le flacon de verre qui les renferme pour retirer la bande. Les indications sont les mêmes que pour les autres modes d emploi des principes qu'elles contiennent mais les résultats seraient plus prompts et meilleurs. J. Méneau.

La neige carbonique dans le traitement de certaines affections cutanées et en particulier des nævi de tout ordre, par L. Danel. *Revue mensuelle de Physiothérapie pratique de Lille,* nos 3 et 5, mars et mai 1913.

Travail portant sur une cinquantaine de cas. Le triomphe de la méthode serait le traitement des nævi saillants, caverneux, qui sont guéris après quelques applications. Les nævi plans sont plus difficiles à faire disparaître complètement, au moins chez les adultes. Résultats très intéressants aussi dans le traitement du lupus érythémateux fixe et des épithéliomas cutanés superficiels. D. a eu aussi un succès satisfaisant et rapide dans un cas d'acné chéloïdienne de la nuque, comparable au succès qu'on peut obtenir par la radiothérapie. P. Ravaut.

Le traitement sec de certaines dermatoses (The dry treatment of certain moist dermatoses), par Ch.-J. White. *Journal of cutaneous diseases,* décembre 1912, p. 705.

Cette méthode peut se résumer ainsi : dans les périodes aiguës mettre le malade au lit, sur un matelas à air si les lésions siègent sur le dos ; le laisser couché constamment même pour les repas, la miction, la défécation ; alimentation demi-solide, eau en abondance, pas de bains, peu de médicaments et saupoudrages abondants d'une poudre antiseptique, talc boraté bien tamisé de préférence, en insistant au niveau des plis.

Cet embaumement pulvérulent inhiberait la vitalité des agents pathogènes, et donnerait de bons effets dans les grandes brûlures, le pemphigus, les dermatites exfoliatrices : les observations mises à l'appui de ce travail

paraissent trop succinctes pour qu'il soit possible de juger ce mode de traitement dont les minuties constituent la seule nouveauté.

G. PETGES.

Trichomycose.

Nouvelles recherches sur la trichomycose jaune, rouge et noire des régions axillaires (Further researches on trychomycosis flava, rubra et nigra of the axillary regions), par Aldo CASTELLANI. *British journal of dermatology*, janvier 1913, p. 14.

Étude bactériologique complète de la question avec peu de données cliniques : à noter que les malades observés ne présentaient pas de chromidrose.

Le traitement très efficace consiste à faire des lotions deux ou trois fois par jour avec une solution alcoolique de formaline (à 2 pour 100 environ) et en applications nocturnes de pommade sulfureuse (2 à 5 pour 100).

G. PETGES.

Tuberculides.

Un cas d'acné agminata de Crocker (A Case of acne agminata of Crocker), par Mac CORMAC. *British journal of dermatology*, décembre 1912, p. 422.

L'examen histologique des lésions montre à M. C. qu'il s'agit d'un tissu tuberculeux. C'est un signe de *tuberculides hypodermiques à type nodulaire* de Darier, ou lupus disseminatus de Tilbury Fox, ancienne acnitis. On pourrait trouver encore bien des synonymes inutiles propres à augmenter la confusion. G. PETGES.

Érythème induré avec tuberculose (Erythema Induratum with Tuberculosis), par PARKES WEBER. *Proceedings of the Royal Society of medicine*, février 1913, p. 95.

Femme âgée de 30 ans, atteinte depuis 15 ans d'un érythème induré de Bazin, présente depuis l'âge de 10 ans une adénopathie cervicale bien marquée. Opérée et traitée par des injections de tuberculine sans aucun succès, elle présente le tableau complet d'une maladie de Hodgkin. Pas de lésions viscérales appréciables. Ce cas semble confirmer nettement la nature tuberculeuse de l'érythème induré. S. FERNET.

Traitement des tuberculides cutanées nodulaires par la méthode de Bier (Tratamiento de las tubercúlides cutáneas nodulares por el método de Bier), par A. SAINZ DE AJA et SERRANO. *Actas dermo-sifiliográficas*, IV[e] année, février-mars 1912, n° 3, p. 171.

Les auteurs ont traité par la méthode de l'hyperémie par aspiration, sans aucune manœuvre chirurgicale, les tuberculides nodulaires gommeuses de la peau primitives ou secondaires à des lésions tuberculeuses des ganglions cervicaux et à la tuberculose des os. Ils faisaient deux séances par jour au lever et au coucher, de 25 à 30 minutes chacune, puis on recouvrait d'emplâtre de Vigo. Ils ont toujours donné en même temps un traitement général. La guérison a été parfaite, les cicatrices imperceptibles. Le traitement ne doit jamais occasionner de douleurs ; il évite toute complication,

empêche la rétention des exsudats, évite tout contact et il est d'une extrême simplicité. J. Méneau.

Tuberculose.

Trois formes anormales de tuberculose cutanée (Three unusual forms of cutaneous tuberculosis), par Howard Fox. *Journal of cutaneous diseases,* février 1912, p. 78.

Un premier cas concerne une femme de 22 ans atteinte d'un lupus serpigineux couvrant le visage et le cou, fait de gros tubercules mous, croûteux et squameux avec bordure active saillante, croûteuse : les antécédents héréditaires et personnels, l'existence d'une cuti-réaction à la tuberculine positive et d'une séro-réaction de Wassermann et Noguchi négative, l'inefficacité d'un traitement d'épreuve corroborent le diagnostic de lupus et écartent celui de syphilis porté par plusieurs dermatologistes : l'inoculation au cobaye et au lapin a été également positive.

La deuxième observation concerne une femme de 28 ans chez laquelle des diagnostics différents ont été portées, lichen plan, syphilis, lupus : le diagnostic de lupus a été confirmé par l'histologie.

Le troisième cas a été observé chez un homme de 38 ans, présentant des ulcérations de la muqueuse de la lèvre inférieure, prises d'abord pour des syphilides. G. Petges.

Ulcère d'Yemen.

Sur un vibrion trouvé dans un ulcère d'Yemen (Ueber einem Vibrionen befund in einem Yemen-geschwür), par E. Wiener. *Wiener klinische Wochenschift,* 1913, nº 17, p. 667.

L'ulcère d'Yemen est identique avec « l'ulcère des pays chauds ».

Creudiropoulo y a trouvé un bacille pathogène pour les animaux : chez le lapin, il détermine des abcès ulcéreux de l'oreille. Rouget a confirmé ce travail.

W. a étudié l'ulcère d'Yemen sur les pèlerins d'El Tor. Il a obtenu des cultures où, à côté d'autres microorganismes, se trouvait nettement le vibrion cholérique, en état de symbiose. Il a obtenu aussi un bacille qu'il ne peut pas identifier complètement à celui de Creudiropoulo. Ch. Audry.

Urticaire.

Urticaire traitée par l'adrénaline (Urticaria treated by Epinephrin), par Arthur W. Swann. *The American Journal of the medical Sciences,* février, p. 373.

Dans les six cas d'urticaire traités par des injections sous-cutanées d'adrénaline (1 pour 1000 adrenalin choride solution of Parke) les injections ont été suivies d'une disparition rapide de l'érythème ortié. S. injecte chez l'adulte deux doses de huit minimes (ce qui correspond environ à 12 ou 14 gouttes) à dix minutes d'intervalle ; cette dose suffit pour faire disparaître les lésions complètement. L'amélioration commence à se faire cinq minutes après la première injection ; en vingt minutes environ tous les éléments disparaissent en laissant quelquefois persister un peu d'érythème. Le traitement a été pratiqué avec succès dans trois cas d'éruption sérique au cours de la diphtérie.

L'éruption réapparaît généralement; dans plusieurs cas S. l'a observée au bout de quelques heures, dans un cas elle n'a réapparu qu'au bout de trois jours. L'auteur pense qu'il serait indiqué de répéter le traitement au moment de la reprise des accidents. La disparition des éléments coïncide avec l'augmentation de la tension artérielle — les lésions ne réapparaissent que lorsque la pression est redevenue normale.

S. se demande si le traitement par l'adrénaline ne serait pas applicable aux cas d'œdème angioneurotique, d'œdème de la glotte et des différents rashs d'origine vasomotrice, tels que le rash scarlatiniforme.

S. FERNET.

Verrues.

Rare processus de guérison d'un cas de verrues simples (Raro proceso de curación de un caso de verrugas simples), par NONELL. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, février-mars 1913, n° 3, p. 180.

Une cuisinière de 35 ans est atteinte de verrues vulgaires du dos des deux mains et des doigts, datant d'un an et demi et ayant résisté aux divers caustiques; applications de neige carbonique pendant 1 minute et demie avec forte compression de quelques verrues seulement d'un côté. Au bout de 2 semaines, disparition des verrues traitées, quatre ou cinq semaines plus tard, les éléments restant étaient en train de disparaître. Aucune autre médication n'avait été employée. J. MÉNEAU.

Xanthome.

Xanthome tubéreux multiple (Xanthoma tuberosum multiplex), par S. POLLITZER. *Journal of cutaneous diseases,* mai 1912, p. 235.

Dans une revue travaillée, étayée sur des recherches personnelles, P. considère que le xanthome tubéreux est une hyperplasie conjonctive, d'origine irritative, avec extravasation de graisse voisine de la cholestérine. La première modification se produit au niveau des cellules conjonctives de l'adventice des petits vaisseaux sanguins, situés dans les couches papillaire et sous-papillaire, qui se charge de lipoïdes en dehors de ce vaisseaux, prolifère et forme les groupes de cellules xanthomateuses. La présence de ces lipoïdes dans les cellules ne paraît pas influencer leur vitalité, sauf dans les vieilles tumeurs quand les vaisseaux sont complètement oblitérés par l'infiltration de ces lipoïdes. A son tour la prolifération des cellules périvasculaires provoque l'hypertrophie conjonctive, aussi bien des fibres conjonctives proprement dites que des fibres élastiques, qui enveloppent peu à peu les nodules de cellules xanthomateuses et arrivent finalement à prédominer cet élément xanthomateux vrai.

Ces considérations ont l'appui de magnifiques planches en couleur reproduisant de belles préparations histologiques. G. PETGES.

Généralités.

Un cas de castration du côté droit chez un homme de 18 ans ; hypertrophie de la glande mammaire gauche [Ein Fall von rechtsseitiger Kastration bei einem 18 jährigen Manne ; Hypertrophie der linken Brustdrüse (Gynaecomastia unilateralis sinistra)], par J.-F. Selenew. *Dermatologische Wochenschrift,* 26 octobre 1912, n° 43, p. 1323.

Les antécédents du malade sont très chargés ; père mort de tuberculose, castration pour tuberculose du testicule droit, Wassermann positif, adénopathie généralisée et orchi-épididymite gauche (gonocoques). S. pense que l'action trophique de la castration sur la glande mammaire du côté opposé ne peut s'expliquer que par une disposition analogue des nerfs trophiques destinés à empêcher chez l'homme le développement féminin de ce dernier organe. Pellier.

La fonction du frein et son importance vis-à-vis des infections urétrales (Die Funktion des Frenulum præputii und ihre Bedeutung für die Infektionen der Urethra), par E. Hesse. *Dermatologische Wochenschrift,* 7 décembre 1912, n° 49, p. 1500.

H. considère que pendant l'érection le frein est tendu et contribue ainsi à l'occlusion de l'orifice urétral ; il constituerait ainsi une barrière vis-à-vis des infections. Le rétrécissement du méat aurait aussi l'avantage d'augmenter la force du jet spermatique. Pellier.

Sur la fécondation artificielle après épididymite double (Ueber Künstliche Befruchtung bei Epididymitis duplex), par Rohleder. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 5 septembre 1912, n° 36, p. 1688.

Pour obtenir la fécondation artificielle au moyen de liquide testiculaire obtenu par ponction (chez les sujets ayant souffert d'épididymite double) comme l'a proposé Döderlein, plusieurs conditions sont nécessaires. Il ne faut pas qu'il se soit écoulé plus d'un an ou deux depuis l'épididymite. Le liquide doit contenir des spermatozoïdes en nombre suffisant. Le massage de la prostate doit fournir un liquide dépourvu de gonocoques, à odeur spermatique, et présentant des cristaux de Böttcher ; ce liquide doit être capable de donner la mobilité aux spermatozoïdes issus de la ponction.

Dans le cas où la sécrétion prostatique ne remplit pas toutes ces conditions, se pose la question de faire agir sur les spermatozoïdes du conjoint un liquide prostatique d'autre source (!). Et d'angoissants problèmes apparaissent alors. L'enfant obtenu est-il légitime malgré cette collaboration glandulaire. Est-ce au médecin ou au mari qu'incombe le choix du « Prostatasaftspender ». Cette collaboration peut-elle être exercée par un homme marié sans que son épouse y voie une atteinte au devoir conjugal ? Est-ce pour la femme stérile un devoir de se plier à semblable fécondation ?!!!

Bref, R. conclut avec infiniment de bon sens que semblable technique doit être laissée de côté. PELLIER.

Sur la glande caudale du cobaye (Über die Glandula caudalis bei Cavia cobaya), par O. SPRINZ. *Dermatologische Wochenschrift,* 9 novembre 1912, n° 45, p. 1371.

Signalée par Pinkus, cette glande est située en avant du tourbillon de poils placé au-dessus de la pointe du coccyx. Les poils sont agglomérés à ce niveau par une sécrétion graisseuse ; ils sont moins nombreux et plus fins que sur le reste du corps. Ce territoire atteint des dimensions variant de 10 à 16 millimètres de long sur 6 à 9 millimètres de large ; il est de forme ovalaire.

A la coupe, la glande est constituée par une agglomération de follicules pilo-sébacés dans laquelle le tissu glandulaire proprement dit prédomine sur l'appareil pilaire, à ce point qu'entre les glandes le tissu conjonctif est parfois limité à une très mince couche. Les longs poils existant à la périphérie n'ont au contraire qu'un appareil sébacé assez peu développé ; leur follicule descend dans le derme beaucoup plus profondément que la glande.

L'étude embryologique montre que chez les fœtus de cobaye les poils manquent au milieu de la région coccygienne correspondant au point d'attache du ligament caudal et à l'emplacement futur de la glande.

Le développement de cet organe chez les sujets mâles en pleine activité sexuelle permet de le considérer sans trop d'invraisemblance comme une glande génitale accessoire. PELLIER.

Balanite.

Sur un cas de balanite gangreneuse (Notiz über einen Fall von Balanitis gangrænosa), par TIECHE. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte* 1912, n° 36, p. 1358.

Un cas où le diagnostic difficile fut facilité par la R. W. négative.

Ch. AUDRY.

Ulcérations génitales.

Sur quelques formes rares d'ulcération des organes génitaux de la femme (Zur Klinik und Aetiologie einiger am weiblichen genitale auftretender seltener Geschwürformen), par SCHERBER. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. XX, p. 140.

Observation d'une fillette de 4 ans qui présentait, outre quelques lésions d'herpès de la lèvre, des ulcérations multiples, très douloureuses, dispersées sur le tégument des grandes et petites lèvres œdémateuses et rouges. La culture fournit des staphylocoques, des streptocoques et un bacille pseudosyphilitique.

S. rapporte le fait de certaines ulcérations balaniques ; il les distingue de l'herpès et des aphtes, avec lesquelles elles ont été habituellement confondues. Ces lésions ne s'accompagnent pas de fièvre, s'observent sur les filles vierges, et se rapprochent d'ulcérations récemment décrites par Lipschutz sous le nom d'ulcérations aiguës de la vulve.

On les a aussi décrites sous le nom d'ulcérations pseudo-tuberculeuses.

Ch. AUDRY.

Sur une forme d'ulcération particulière de la vulve (Ueber eine eigenartige Geschwürsform des weiblichen Genitales. Ulcus vulvæ acutum), par Lipschütz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 114, p. 363.

Dans un premier cas, il s'agit d'une fille vierge qui présente des ulcérations diphtéroïdes disséminées de la vulve dues à la symbiose fuso-spirillaire.

Dans un autre, une fille vierge de 14 ans présentait des ulcérations multiples, chancriformes, sans bacilles de Ducrey, mais avec une autre variété de bacilles.

Un autre cas se rapportait à une éruption pustulo-ulcéreuse, pseudo-chancreuse, non inoculable, sans bacilles de Ducrey.

De l'ensemble de ces recherches, L. conclut que : il existe une variété peu connue d'ulcérations vulvaires ressemblant au chancre simple ou à l'ulcère gangreneux ; lésion qui peut frapper aussi bien des filles vierges que des femmes.

L'agent de ces lésions paraît être un bacille qui prend le Gram, très abondant, facile à distinguer des bacilles de Ducrey, des microbes de la symbiose fuso-spirillaire.

Ce n'est pas une maladie du coït, bien qu'elle soit contagieuse ; mais elle résulte souvent d'auto-inoculation.

La maladie se distingue facilement par l'examen microscopique des produits (bacilles abondants) et guérit facilement. Ch. Audry.

Chancre mou.

Traitement du chancre simple par les applications locales de Salvarsan, par A. Lévy-Bing et A. Morin. *Gazette des hôpitaux,* 24 octobre 1912, n° 122, p. 1681.

Les auteurs préconisent l'emploi d'une pommade contenant :

Néosalvarsan.	1 gramme.
Vaseline.	10 —

Son emploi amène une cicatrisation rapide du chancre simple. Son action a été surtout marquée chez un malade atteint de chancres géants multiples à tendance phagédénique. Chez un autre sujet porteur d'un chancre non intra-urétral, localisation rare, difficile à atteindre et se prêtant mal à tous les traitements par les topiques habituels, la pommade au néosalvarsan a amené une guérison rapide. E. Vaucher.

Blennorrhagie.

Sur la valeur pratique de la méthode de la déviation du complément dans les maladies gonococciques (Über den praktischen Wert der Komplementbindungsmethode bei gonorrhoischen Erkrankungen), par Lenartowicz. *Dermatologische Wochenschrift,* 21 septembre 1912, t. 55, p. 1179.

On peut employer comme antigène, soit le liquide qui surnage une émulsion de gonocoques longuement agitée soit au contraire le dépôt de corps bactériens. En présence des irrégularités dans la valeur de ces extraits, il est préférable d'employer un antigène polyvalent provenant de

9 à 12 races microbiennes. L'arthigon peut jouer le rôle d'antigène mais sans que sa dilution dépasse le tiers.

Comme dans la plupart des travaux antérieurs, L. n'a obtenu aucun résultat dans la blennorrhagie sans complications. Les annexites et les arthrites donnent un très fort pourcentage de réactions positives. La méthode qui semble rigoureusement spécifique donnera de bons résultats en clinique. PELLIER.

Un cas de blennorrhagie isolée primitive d'une diverticulite de la verge (Ein Fall von isolierter primärer Gonorrhöe eines aksessorischen Ganges am Penis), par LENARTOWICZ. *Dermatologische Wochenschrift,* novembre 1912.

Examen histologique d'un diverticule infecté par les gonocoques et dont la structure (épithélium pavimenteux stratifié) montre l'origine cutanée. PELLIER.

Urétrite gonococcique aiguë chez l'homme (Acute gonococcal urethritis in the male), par PEDERSEN. *New-York Medical Journal,* 15 février 1913, p. 327.

Revue générale très complète traitant des procédés préventifs, du traitement abortif, des urétrites antérieure et postérieure avec ou sans complications, du traitement, de l'emploi des sérums et des cultures bactériennes. S. FERNET.

Cavernite récidivante de la verge (Cavernitis penis migrans), par L. WAELSCH. *Dermatologische Wochenschrift,* 13 novembre 1912, n° 47, p. 1427.

Après avoir été soumis durant deux ans au traitement d'une prostatite blennorrhagique dont il ne put obtenir la guérison complète, le malade éprouva au niveau du sillon balano-préputial une douleur sourde et remarqua bientôt à ce niveau la présence d'une induration du corps caverneux. La fibrolysine sembla donner lieu à une régression très nette, mais une récidive se produisit au point symétrique. Les deux indurations ont parfaitement guéri et W. ne soutient pas que la fibrolysine y soit pour quelque chose. Et comme le malade a été ultérieurement atteint d'une thrombophlébite de la jambe droite, lésion qui récidiva après intervention chirurgica'e, W. est tenté de se demander si la cavernite antérieure n'était pas due à un processus analogue. PELLIER.

Exanthème pustulo-hyperkératosique au cours d'une infection gonococcique généralisée (Pustulös-hyperkeratotisches Exanthem bei gonorrhoische Allgemeinerkrankung), par P. SOBOTKA. *Dermatologische Wochenschrift,* 15 février 1913, n° 7, p. 181.

L'éruption accompagnant une polyarthrite très douloureuse se présentait sous différents types : pustulettes ressemblant à la miliaire, pustules simulant des éléments de molluscum contagioscum, parfois varioliformes, éléments papulo-pustuleux ovalaires, de forme aplatie ; ombiliqués ou présentant une élevure centrale. Sur les pieds et les mains, des élevures cornées étaient agglomérées en placards donnant l'impression d'une carte en relief ; on y observe aussi une hyperkératose diffuse.

L'origine gonococcique de ces lésions fut démontrée en l'absence de gonocoques dans l'écoulement urétral, par la déviation du complément. Le traitement par l'artigon joint à des thérapeutiques locales, amena lentement la guérison des arthrites (13 semaines) et des efflorescences cutanées (10 semaines).

S. considère comme particulièrement intéressante la présence de lésions constituant des faits de passage entre les éléments pustuleux ou molluscoïdes et les érythèmes hyperkératosiques. Mais il n'ose toutefois affirmer que tout érythème hyperkératosique soit nécessairement précédé d'un stade vésiculeux. PELLIER.

La kératose blennorrhagique. Contribution à l'étude clinique et pathogénique, par W. FIESSINGER et DURAND. *Paris médical,* 8 mars 1913, n° 14, p. 345.

F. et D. rappellent la rareté de cette complication qui se montre toujours au cours d'une blennorrhagie aiguë dont l'écoulement est en évolution. Elle coïncide toujours avec des arthrites graves. L'affection peut revêtir deux formes : un élément arrondi, le *cône corné,* une formation diffuse, la *semelle plantaire*. Cette affection ne peut être reproduite expérimentalement.

Pour qu'un blennorrhagique fasse de la kératose, il faut une excitation cutanée, surtout une macération épidermique et un ensemble infectieux spécifique. E. VAUCHER.

Kératose d'origine blennorrhagique (Blennorhagic keratosis), par ROARK. *The Journal of the American Medical Association,* décembre 1912, p. 2039.

Le sujet dont il s'agit est atteint d'une kératose à type peu fréquent qui serait une kératose d'origine gonococcique. Il a eu par deux fois déjà une gonorrhée très intense et, au cours d'une troisième atteinte, voit survenir une éruption papulo-cornée sous la plante des pieds. Au bout de quelques jours ces papules se transforment en de véritables nodules, en même temps la cheville devient douloureuse. Les petits nodules kératinisés ont 2 à 3 centimètres de diamètre. Au cours du traitement ces nodules se sont multipliés. Sous les ongles des orteils la formation kératosique s'est étendue et a provoqué leur chute en quelques jours ; puis sur le dos des pieds et autour des chevilles apparaissent de nombreuses papules grosses comme une tête d'épingle, contenant sous l'épiderme épaissi une gouttelette de liquide mucoïde jaunâtre, leur nombre et leur volume augmentent jusqu'à atteindre celui des nodules déjà constatés au début. A un moment de leur évolution ils ressemblent grossièrement à des pustules varioliques.

Les ongles des doigts eurent le même sort que ceux des orteils. Une éruption semblable s'est montrée successivement sur le crâne, les bras, le thorax, les genoux et les cuisses.

Le Wasserman fut négatif. L'examen des tissus obtenus par biopsie ne révèle la présence d'aucun micro-organisme.

Ensemencés sur sérum sanguin, au bout de 3 jours on trouve des colonies de diplocoques ne prenant pas le Gram mais plus petits que celui de Neisser.

On institua le traitement qui consista en injections de vaccin antigonococcique (Cuttis) tous les 2 jours pendant 16 jours, il fut en outre suivi de l'administration de 60 centigrammes de Salvarsan intraveineux, 30 à 40 jours après le début du traitement on obtient une amélioration rapide, les ongles tombés repoussent, la peau est lisse, les articulations normales.

En l'absence de tout autre facteur étiologique l'auteur pense pouvoir considérer cette éruption comme liée à la gonorrhée. S. FERNET.

Sur l'action des sels biliaires sur les gonocoques (Ueber die Einwirkung von gallensauren Salzen auf Gonokokken), par K. RITTER v. HOFMANN. *Wiener klinische Wochenschrift,* 31 octobre 1912, n° 44, p. 1741.

R. v. H. a voulu vérifier l'influence des acides biliaires sur la blennorrhagie, signalée par Löhlein. Des injections à 5 à 10 pour 100 ont une influence temporaire mais indéniable ; combinées avec des injections de protargol, elles semblent diminuer la durée de la maladie. PELLIER.

Sur le traitement abortif de la blennorrhagie et en particulier dans l'urètre postérieur (Über abortive Behandlung der Gonorrhoe insbesondere der hinteren Harnröhre), par C. CRONQUIST. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 114, p. 419.

En dehors des traitements abortifs proprement dits qui donnent, à condition de pouvoir être appliqués à temps, d'excellents résultats. C. préconise, dès les premiers signes d'infection de l'urètre postérieur, les grands lavages à doses très faibles. PELLIER.

Ar hrite gonococcique (essai de traitement) (Gonorrheal Arthritis), par HOLLIDAY. *New-York Medical Journal,* décembre 1912, p. 1168.

Divers traitements ont été tentés dans les arthrites gonococciques, aucun jusqu ici ne s'était montré efficace. Les vaccins n'ont pas produit l'effet attendu. Le sérum de Rogers et Foney a échoué, la présence d'infection mixte, et le rhumatisme gonococcique chronique ne s'est pas trouvé amélioré. Considérant que le microbe de Neisser est accompagné dans la plupart des cas d'autres microbes banaux on a cherché à obtenir un vaccin contenant outre le gonocoque les bactéries le plus communément trouvées, et on lui a donné le nom de phylacogène. Administré en injections sous-cutanées de 10 centimètres cubes ou plus, il est extrêmement douloureux et la douleur persiste un ou deux jours. parfois la température peut s'élever jusqu'à 39°, il est sage de commencer le traitement avec une dose moindre, soit 1 ou 2 centimètres cubes, et de l'augmenter graduellement à la tolérance du malade. La réaction violente suit généralement l'injection de 7 à 10 centimètres cubes.

Dans ces 4 cas rapportés dans le présent article, des injections répétées de 5 à 10 centimètres cubes de vaccin ont produit assez rapidement une amélioration notable de l'arthrite. Dans l'un d'eux néanmoins on retrouve encore du pus dans la prostate et les vésicules séminales quatre mois après la fin du traitement. S. FERNET.

Indications de la médication interne et en particulier de l'alosan, dans le traitement des processus gonococciques urétro-vésicaux

(Indicaciones de la medicación interna, y en particular del alosan, en el tratamiento de los procesos gonoccócicos urétro-vesicales), par Luis del Portillo. *Revista española de Dermatologia y Sifiliografia,* septembre 1912, n° 165.

Il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de laisser systématiquement de côté la médication interne, dans le traitement des processus blennorrhagiques urétro-vésicaux. Ses indications sont multiples, mais concrètes, rationnelles et expérimentales. L'alosan, éther solide de l'acide alosanique du Santalol a même efficacité thérapeutique que le Santalol et que l'essence de Santal, sans présenter aucun des effets nuisibles secondaires de ces balsamiques. J. Méneau.

Diagnostic des infections blennorrhagiques par le vaccin gonococcique (The diagnostic use of gonococcus vaccine for gonorrheal infections), par Eugène Eising. *Medical Record,* 15 juin 1912, p. 1039.

Reprenant les expériences de Irons, l'A. a cherché l'intradermo-réaction dans la blennorrhagie. L'inoculation dans l'épiderme ne donne rien, sous le derme elle produit une vague rougeur sans caractère. L'intradermo-réaction donne au bout de 12 à 24 heures une papule rouge un peu douloureuse de 3 à 5 millimètres de diamètre entourée d'une auréole de 5 à 10 millimètres. La papule disparaît au bout d'une semaine.

E. a employé avec succès un vaccin gonococcique de la force de 10000000 par centimètre cube fabriqué au laboratoire de l'hôpital du Mont Sinaï puis un vaccin gonococcique commercial, de Mulford.

Les résultats ont été presque constamment positifs dans toutes les affections blennorrhagiques aiguës ou chroniques et négatifs dans les affections non blennorrhagiques. W. Dubreuilh.

Sur le traitement vaccinal de la blennorrhagie (Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhöe), par Föckler. *Dermatologische Wochenschrift,* 16 novembre 1912, n° 46, p. 1395.

La dose de début est de 0 cc. 25 à 0 cc. 25 d'arthigon. Si les réactions thermiques restent modérées on injecte 3 à 4 jours après 1 centimètre cube. La dose de 2 centimètres cubes est un maximum. La dose totale employée par F. varie entre 5 et 11 centimètres cubes.

Dans plus de la moitié des cas d'épididymite on observe après la première injection une exacerbation des phénomènes douloureux suivie d'une sédation complète. Il est rare que la lésion disparaisse sans laisser un point d'induration.

Les résultats les plus favorables sont fournis par l'arthrite blennorrhagique. Il n'y a au contraire rien à espérer de ce traitement dans l'uréthrite, la cervicite et la rectite. Pellier.

Traitement causal et symptomatique de la blennorrhagie humaine par le vaccin de Menzer (Kausale und symptomatische Behandlung gonorrhoischer Prozesse des Mannes mit besonderer Berücksichtigung des Original-Gonokokkenvakzine Menzer), par P. Erlecher. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 3, p. 113.

Il s'agit d'un vaccin à gonocoque que E. recommande comme exerçant une action curative précieuse sur l'urétrite, comme fournissant des renseignements délicats et sûrs relativement au mariage des malades, comme dépourvus de parergies, et comme ne comportant aucune contre-indication.

Ch. AUDRY.

Traitement de la blennorrhagie et de ses complications par le néosalvarsan, par Jules JANET et A. LÉVY-BING. *Gazette des Hôpitaux,* 20 février 1913, n° 21, p. 826.

Le néosalvarsan fait rapidement disparaître le gonocoque, soit en injections dans le vagin, soit en pansements au niveau du col utérin avec une pommade au 1/10.

Il n'a pas encore été employé en lavages vésicaux dans la blennorrhagie de l'homme.

Un malade atteint d'écoulement blennorrhagique et de myosite gonococcique présente un petit chancre syphilitique du frein ; après deux injections intraveineuses de 0,30 et 0,60 centigrammes le chancre est cicatrisé, les signes de myosite ont disparu, et la blennorrhagie urétrale est guérie sans autre traitement.

E. VAUCHER

Traitement de l'urétrite blennorrhagique (Tratamiento de la uretritis blennorrágica) par P. CITUENTES. *Revista española de Dermatologia y Sifiliografia,* septembre 1912, n° 165, p. 511.

Bonne revue générale de vulgarisation, surtout destinée au médecin non spécialiste : exposition des méthodes actuellement employées comme traitement abortif et pour la thérapeutique des blennorrhagies aiguës et chroniques. Rien de nouveau.

J. MÉNEAU.

L'argirol et l'argyl dans le traitement des urétrites gonococciques (El argirol y el argyl en el tratamiento de las uretritis gonocócicas), par ALVAREZ SAINZ de AJA. *Revista clínica de Madrid,* t. VIII, n° 16, 25 août 1912, p. 143.

Le traitement des urétrites gonococciques n'est pas un. Il résulte d'un ensemble de moyens qui, pour donner un résultat satisfaisant, doivent être fidèlement employés par le malade et le médecin (suspensoir, balsamiques, régime, traitement mécanique et chimique local). Comme topique, l'argirol en injections paraît à l'auteur supérieur aux autres ; il n'abrège pas davantage le cours du processus, mais il est indolore, analgésique, modifie, rapidement la période douloureuse ; il est diffusible et plus facile à employer par les malades. Malheureusement il coûte plus cher et il est moins propre que ses succédanés. Les insuccès sont dus à un défaut de pratique ou à l'abandon trop hâtif de la médication. En cas de résistance imprévue du gonocoque, on peut le remplacer par l'argyl, qu'on n'emploiera qu'en lavages préparés extemporanément (1 gramme d'argyl pour 500 ou 1 000 centimètres cubes d'eau stérilisée à 45° suivant les cas), mais il réclame davantage la main du médecin. Il est de plus inutile dans les cas chroniques.

J. MÉNEAU.

Les injections locales de salicylate de soude (Las inrecciones locales de salicilato sodico), par J.-S. Covisa. *Revista clinica de Madrid,* t. VIII, n° 21, 12 novembre 1912, p. 350.

Se basant sur les résultats obtenus par Bouchard dans le rhumatisme, C. a utilisé l'action analgésique du salicylate de soude dans l'arthrite blennorragique et dans les épididymites et funiculites relevant du même processus. Il emploie le salicylate en solution à 5 pour cent, fait des injections de 2 à 3 centimètres cubes dans le revêtement cellulaire de l'épididyme et du cordon. Comme pour le rhumatisme, il a obtenu la diminution rapide et souvent même la cessation complète de la douleur, la diminution du gonflement et de la durée de la maladie. J. Méneau.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Bactériologie.

Histoire biologique complète du microbe de la syphilis (The complete life-history of the organism of syphilis), par J.-E.-R. Mc Donagh. *British journal of dermatology*, janvier 1913, p. 1.

Les recherches de l'auteur sur les produits de raclage des lésions syphilitiques, sur des fragments de peau prélevés au voisinage du chancre, sur des ganglions infectés et sur les globules rouges ou blancs du sang syphilitique, l'ont conduit à reconstituer un cycle biologique du spirochète, comparable à celui du paludisme avec un cycle asexué, un cycle sexué, un cycle sporulé Il propose le nom de *leucocytozoon syphilis*.

Pour conclure il dit avoir trouvé des corpuscules colorés *in vivo* dans les ganglions lymphatiques de rats morts d'infections par le *trypanosoma rho dense*, corpuscules impossibles à différencier des macrogamétocytes et zygotes de la syphilis ; il a en outre constaté leur imprégnation par les microgamètes et le détail des stades de la fécondation rappelant exactement ceux de la syphilis. Tout ceci mérite examen et confirmations ultérieures. G. Petges.

Le cycle de la vie du microorganisme de la syphilis (The life-cycle of the organisme of Syphilis), par Mc Donagh. *Proceedings of the Royal Soc. of Med. (Dermat Sektion)*, novembre 1912, p. 8.

La longueur de l'incubation rapproche la syphilis des maladies à protozoaires dans lesquelles le microorganisme pathogène a un long cycle vital ; c'est donc parmi les protozoaires que Mc Donagh classe l'agent spécifique de la syphilis. Le spirochète serait un gamète mâle d'un protozoaire qu'il nomme le Leucocytozoon syphilidis. Le début du cycle serait représenté par un sporozoïte mobile, arrondi ou réniforme qu'on trouve dans la plupart des chancres. Ce sporozoïte mobile finit par se fixer dans une cellule conjonctive et donne naissance à un sporocyste (stade asexué du cycle vital), ou bien il se divise en différents corpuscules qui se différencient ultérieurement en gametocystes mâles et femelles (stade sexué). Le gametocyste mâle prend l'aspect d'un amas filamenteux qui donne naissance aux spirochètes. De l'union des gametocystes femelles et des spirochètes résulte une cellule fécondée ou zygote qui se divise successivement et donne naissance à des sporozoïtes. Mc D. a suivi tout ce cycle évolutif sur des chancres ou des ganglions satellites en employant la coloration de Pappenheim-Unna. Il conclut que le Leucocytozoon Syphilidis doit être rangé parmi les sporozoaires dans le groupe des télesporidies. S. Fernet.

Sur la présence des spirochètes pâles dans le système nerveux

central des paralytiques généraux et des tabétiques (Studien über Nachweis der Spirochæta pallida im Zentralnervensystem bei der progressiven Paralyse und bei Tabes dorsalis), par Noguchi. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 14, p. 737.

N. a remarqué que dans les cultures le spirochète pâle passait de la forme spiralée à la forme granuleuse pour revenir à la forme spiralée, et il s'est demandé si ces formes granuleuses ne devaient pas se rencontrer dans la paralysie générale. Avec Moore, N. a constaté 12 fois sur 70 cerveaux de paralytiques généraux des spirochètes type (travail paru le 2 février 1913 dans le *Journal expérim. med.,* tome 17, n° 2). Présentement, ses examens ont porté sur 200 cerveaux de paralytiques généraux et 12 moelles de tabétiques. Il a employé la méthode de Levaditi, modifiée ou non. Sur ces 200 cerveaux, N. a trouvé 48 fois des spirochètes. L'âge des sujets variait entre 25 et 75 ans. Dans un cas, la maladie datait de 6 ans. Sur 12 moelles de tabétiques, N. n'a vu de spirochètes qu'une fois. N. ne peut pas indiquer de localisation particulière ; le parasite se rencontre partout, principalement au niveau du gyrus frontalis, du gyrus rectus, et de la région Rolandique. Le plus souvent, ils occupent la substance grise ; ils sont isolés ou groupés, quelquefois autour d'une cellule pyramidale ; il arrive que le corps du spirochète atteint le cytoplasme, ou serpente dans la fente périneurale, le long du cylindraxe. Les éléments nerveux qui se trouvent au voisinage sont dégénérés.

Il est très rare que les spirochètes avoisinent les vaisseaux sanguins, et jamais N. n'en a vu dans leur paroi.

Au point de vue technique, N. insiste sur la nécessité de la fixation par le formol et par un passage dans l'alcool avant de procéder à l'argentation.

Ch. Audry.

Le tréponème pâle dans le cerveau des paralytiques généraux, par Hideyo Noguchi et J.-W. Moore. *The Journal of experimental Medicine,* vol. XVII, n° 2, february I, 1913.

Les auteurs ont examiné par la méthode de Levaditi soixante-dix cerveaux de paralytiques généraux, et ont trouvé dans douze cas le tréponème dans la substance grise du cortex.

E. Vaucher.

Présence du treponema pallidum dans un cas de méningite syphilitique associée à la paralysie générale et dans la paralysie générale, par G. Marinesco et J. Minéa. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* n° 12. Séance du 1er avril 1913, p. 236.

M. et J. ont examiné l'écorce cérébrale dans 26 cas de paralysie générale ; dans un de ces cas il y avait une association de méningite syphilitique.

Dans ce dernier cas ils ont trouvé au niveau des méninges le tréponème pâle ; dans la préparation traitée par la méthode de Ramon y Cajal avec l'alcool ammoniacal, on trouve des treponema pallida isolés, et réunis en groupe ayant leur siège soit au voisinage des vaisseaux, soit dans les interstices du tissu conjonctif de nouvelle formation. Dans l'écorce cérébrale les auteurs n'ont pas constaté de spirochètes.

Dans les 24 cas de paralysie générale dont ils ont examiné l'écorce céré-

brale en variant de toutes les manières les méthodes d'imprégnation ils n'ont trouvé des spirochètes en grande abondance que dans un seul.

Les spirochètes sont situés dans l'écorce cérébrale ayant une topographie assez analogue à celle décrite par Noguchi, avec la différence cependant qu'ils sont très nombreux dans les couches profondes, tandis qu'ils font défaut dans la substance blanche et la première couche. E. Vaucher.

Nouvelle note sur l'infectiosité du sang et des autres humeurs de l'homme syphilitique par rapport au lapin (Weitere Mitteilungen über die Infektiosität des Blutes und anderer Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen für das Kaninchen), par Uhlenhuth et Mulzer. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1913, n° 17, p. 769.

Sur 19 sujets atteints de chancre syphilitique, avec spirochètes, et pris antérieurement à toute manifestation clinique, 16 ont fourni du sang capable de syphiliser le lapin.

Sur 36 malades atteints de syphilis secondaire, 27 ont fourni du sang capable de syphiliser le lapin.

7 sujets, seulement suspects, n'ont donné aucun résultat positif.

Enfin, ils ont obtenu des résultats positifs avec le sang de sujets syphilitiques en état de latence clinique, mais avec R. W. positive.

Un malade atteint de syphilis tertiaire (gomme de la langue) a donné un résultat positif, contre 3 autres négatifs.

Le résultat a été deux fois négatif en cas d'hérédo-syphilis ulcéreuse tardive.

L'inoculation du sérum sanguin donne aussi des résultats positifs, mais bien moins souvent. Elle n'en donne plus si le sérum est filtré.

U. et M ont eu 3 fois des résultats positifs avec le sperme.

Jusqu'à présent, ils n'ont rien obtenu avec l'urine, la salive, le lait et le liquide céphalo-rachidien.

(La méthode employée est l'injection du liquide à examiner dans le testicule du lapin. La durée d'observation du lapin dure jusqu'à 4 mois, et on exige la constatation du spirochète dans le syphilome testiculaire ainsi déterminé.) Ch. Audry.

Présence de spirochètes pâles dans le liquide cérébro-spinal d'un malade présentant une rechute nerveuse après l'emploi du Salvarsan (Demonstration of spirochaeta pallida in the cerebrospinal fluid from a patient with nervous relepse following the use of Salvarsan), par Nichols et Hough. *Journal of the American Medical Association,* 11 janvier 1913, p. 108.

Les auteurs notent le fait que jusqu'à l'heure actuelle, le spirochète n'a été décelé que quatre fois dans le liquide cérébro-spinal d'individus vivants. Dans le cas qu'ils ont observé, et qui est le cinquième publié, ils ont réussi à inoculer un lapin. Le liquide était prélevé sur un malade présentant des accidents nerveux à la suite d'un traitement par le Salvarsan ce qui, pour ces auteurs, serait une preuve définitive de la nature spécifique de ces accidents. S. Fernet.

Recherches d'immunisation avec les cultures pures de spirochètes

(Ueber Immunisierungs versuche mit Spirochaeten-Reinkulturen), par Nakano. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 265.

Conclusions.

Dans le sérum de lapins ayant reçu des cultures de spirochètes tués, on trouve des agglutinines de spirochètes.

On ne trouve pas de précipitine.

Il est très difficile, chez ces lapins, d'étudier la déviation du complément, parce que le sérum du lapin réagit avec des antigènes spécifiques ; cependant N. a l'impression qu'il se produit une déviation spécifique du complément.

Dans le sérum de ces lapins, il existe des traces de substances dissolvant les spirochètes ; mais on n'en trouve ni dans le sérum humain, ni *in vitro*.

L'administration de cultures au lapin ne donne pas d'immunisation. On n'entrevoit pas la possibilité d'un traitement vaccinal chez l'homme.

Le sérum des lapins ainsi traités n'a aucune action favorable sur la syphilis d'autres lapins.

Dans les tissus vivants, les spirochètes possèdent une grande force de résistance contre des dissolvants énergiques. Une injection de formaline à 1 pour 100 dans le chancre y produit une nécrose, mais on retrouve des spirochètes vivants dans l'escarre. Ch. Audry.

Réaction de Wassermann.

Etude des réactions de Wassermann chez soixante et un syphilitiques traités par le Salvarsan (A report of the Wassermann reaction in sixty one cases of syphilis treated with Salvarsan), par Engman et Buhman. *Journal of cutaneous diseases,* mai 1912, p. 256.

Sur 61 malades 32 ont été traités exclusivement par le Salvarsan, sans mercure : 9 d'entre eux, soit 28 pour 100, ont conservé une W. R. négative ; 23, soit 72 pour 100, une W. R. positive ; dans ce groupe des W. R. positives, 5 avaient eu deux doses et un trois doses, à 0 gr. 60 par dose.

Sur les 61 cas totaux, 29 reçurent des injections mercurielles après le Salvarsan : 14 d'entre eux, soit 48 pour 100, ont une W. R. négative, 4 ont conservé une W. R. positive après deux doses de Salvarsan et deux séries d'injections mercurielles. En outre 7 des 61 cas eurent deux doses seules de Salvarsan, et parmi ces 7 deux eurent une W. R. négative, soit 28 pour 100 ; ultérieurement chez 5 d'entre eux la W. R. redevint positive : tous avaient une infection grave.

Dans les cas de syphilis récente le Salvarsan fut employé seul dans 30 cas avec 33 pour 100 de W. R. négatives ; dans la syphilis ancienne employé seul dans 26 cas il donna 26 pour 100 de W. R. négative. G. Petges.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

A PROPOS DU TRAITEMEMT DES TUBERCULOSES CUTANÉES ET DES TUBERCULIDES PAR LE NÉOSALVARSAN

Par MM.

Arnault Tzanck,
Interne des hôpitaux.

et

E. Pelbois,
Externe des hôpitaux,
licencié ès sciences.

[Travail du service du Dr Darier (Hopital Saint-Louis).]

Si proche que soit le temps de l'apparition du Néosalvarsan (1), ses indications thérapeutiques se sont modifiées et étendues. Son emploi surtout s'est précisé, et aujourd'hui on peut avec une sûreté presque absolue manier ce médicament d'un usage courant.

De nombreuses publications rendent le terme de 914 synonyme d'agent thérapeutique anti-syphilitique. Or, cela est, pour le moins, incomplet. Dès le début, déjà, l'orientation initiale des études d'Erlich et Hata, était d'un ordre plus général. Ils ne cherchaient pas à tuer particulièrement le tréponème, mais bien les protozoaires : le 606 fut d'abord dirigé contre le typhus récurrent. De là, son usage s'est répandu dans un immense domaine pathologique, et le 914 semble justiciable des mêmes applications.

C'est contre les tuberculoses cutanées et ces lésions, à relations intimes avec elles, groupées par notre maître, le Dr Darier, depuis 1896, sous le nom de tuberculides, que nous avons expérimenté l'action du 914.

Nous étions autorisés à ces recherches par des études analogues, peu nombreuses, il est vrai, et aussi par ce fait, qu'avant l'apparition du 914, le 606 avait donné des résultats intéressants dans des cas différents de la syphilis.

D'abord dans les maladies à protozoaires. Puis, dans les maladies, habituellement traitées par l'arsenic, et, où le salvarsan, arsenic organique et peu toxique, était d'un emploi logique. Puis, enfin, dans un groupe varié d'affections, où le traitement semblait appliqué, sans induction préalable.

Dans le premier groupe de maladies, on avait traité la *fièvre récur-*

(1) Dioxydiamido-arsenobenzolmonomethylène sulfoxylate de soude, ou 914 d'Erlich, obtenu en traitant le 606 par le formaldehydesulfoxylate de soude.

rente avec de bons résultats, et Hata concluait que l'effet du 606 dépassait de beaucoup l'atoxyl, l'arsénophénylglycine, l'acide dichlorophenolarsinique, l'oxyde d'aminophénolarsine.

Nichols, Strong, Noc et Stevenel en signalaient les bons effets dans la framboesia ou pian. Plus récemment Rost, Cottle, Koch, H. Alston, Cockin ajoutaient de nombreuses observations aux précédentes.

Erlich guérissait l'*angine de Vincent* en 4 jours, Rumpel, Gerber, Le Blaye obtenaient des résultats analogues avec des injections intraveineuses. Achard et Flandin, par des applications locales. Plus récemment, en janvier 1912, Silz écrivait un article très documenté sur le traitement des maladies à spirochètes de la cavité buccale par le salvarsan. M^lle^ Lebenthal, dans sa thèse, élargissait les indications du traitement local par le néosalvarsan.

Dans la *balanite érosive,* Milian obtenait un cas de guérison de symbiose fuso-spirillaire de Berdaille et Bataille.

Dans la *maladie du sommeil,* les résultats sont discutés, et, en somme, peu encourageants.

Dans la *malaria,* Nicolle et Conseil, qui ont, les premiers, attaqué par le 606 les hématozoaires, signalent une action manifeste, rapide, mais incomplète, et sans lendemain. De même, Weener et Iversen.

Dans la *filariose,* Reischmann, P. et J. Pilcher ont publié deux cas. Mais la question reste à l'étude.

Dans la bilharziose, le bouton d'Orient, le Kala-Azar, les auteurs, Conor et Johanidès, Nicolle, Cortesi et Lévy, Christomano, n'apportent pas de conclusions fermes. Ce sujet est repris par Füllebarn et Werner. Petersen fait des injections intra-veineuses de salvarsan, à la dose de 0 gr. 40 — 0,60, contre le bouton d'Orient, et les renouvelle au bout de deux semaines.

Dans le second groupe de maladies, on s'est attaqué principalement aux *tumeurs malignes.* Isaac traite le sarcome pigmentaire hémorragique idiopathique, avec récidive. Reiss n'obtient que des résultats passagers. Czerny et A. Coan s'attaquent à des cancers du rectum, de l'estomac, de la langue, de la lèvre inférieure, du plancher de la bouche, à des sarcomes, sans résultats satisfaisants.

Von Bokay, Mayerhofer et Hahn guérissent quelques cas de *chorée.*

Rumpel a de mauvais résultats dans l'anémie pernicieuse. Par contre Mathieu Pierre Weil et Guénot insistent sur les bons effets obtenus au point de vue de la rénovation sanguine chez les syphilitiques.

Géronne et Huggenberg obtiennent deux guérisons de *psoriasis,* Charles Schwabe une aggravation locale, Thiroloix une guérison, Castaigne quatre guérisons. Mais, quel est, dans les cas de psoriasis, le rôle des syphilides psoriasiformes ?

Dans le *lichen plan,* les résultats sont souvent surprenants ; pourtant à ce propos, il nous semble intéressant de signaler le cas d'une de nos

malades, jeune femme syphilitique, traitée au moment de son chancre, d'une façon intensive par le 914, et, qui au bout de trois mois de traitement, nous montre une série de papules typiques de lichen de Willan, sur le bras et le dos des mains.

Dans le troisième groupe, enfin, les résultats du traitement par le salvarsan sont douteux ou peu encourageants : *typhus exanthématique, variole, vaccine, staphylococcies et streptococcies aiguës, fièvre de Malte, épilepsie, lèpre,* avec résultats très peu favorables.

En somme, en dehors de la syphilis, le salvarsan avait rendu des services, bien que ceux-ci fussent souvent inconstants ou discutés.

On s'était peu attaqué à la tuberculose, et l'article de Castaigne et Gouraud, dans le *Journal médical français* du 15 octobre 1911, sur la valeur thérapeutique du 606 dans les maladies non syphilitiques, ne la signale pas.

Emery, Arthur W. M. Ellis, James Mc Intosh dans leurs revues, parues en Allemagne en 1913 n'en parlent pas.

Mais Bernhardt, dans les *Archives allemandes de dermatologie et de syphiligraphie*, rappelle la méthode de Herxheimer-Altmann, par le salvarsan et la tuberculine. Il injecte de l'arsenobenzol, en injections intra-veineuses, à la dose de 0 gr. 30, renouvelée au bout de dix jours et de quatre semaines. Tous les sept ou huit jours, dans l'intervalle, on injecte des doses assez fortes de tuberculine jusqu'à 4 milligrammes. Et il conclut que cette méthode hâte la guérison du lupus, en amenant la résorption totale ou seulement partielle des nodules.

Le Dr Ravaut envisage, le premier, le traitement des tuberculides par le néosalvarsan ; il présente à la Société française de Dermatologie, le 5 juin 1913, 4 malades :

Un syphilitique atteint de tuberculides papulo-nécrotiques.

Un syphilitique porteur d'érythème induré.

Un malade atteint de tuberculides papulo-nécrotiques et d'angio-lupoïde du nez, sans spécificité.

Un lichen scrofulosorum sans syphilis.

Tous quatre rapidement améliorés par le néosalvarsan.

Puis, il publie six observations dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie :*

Un lichen scrofulosorum, à Wassermann négatif, qui reçoit :

0,30 — 0,45 — 0,60 — 0,75. Amélioration au début. Rechute après l'injection de 0,60 et pas de nouvelle amélioration.

Un érythème induré de Bazin, qui reçoit :

0,45 — 0,60 et qui guérit. W. —

Un érythème induré de Bazin, qui reçoit :

0,45 — 0,45 — 0,45 et qui guérit plus lentement. W. —

Une sarcoïde à W. +, qui reçoit :

0,45 — 0,60 — 0,60 — 0,75 — 0,75 et qui guérit.

Un angio-lupoïde, à W. +, qui reçoit :

0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 et qui guérit.

Un lupus érythémateux avec tuberculides papulo-nécrotiques à W. +, qui reçoit :

0,30 — 0,45 — 0,60 — 0,60 — 0,75 — 0,75 et qui guérit.

Donc, des observations du Dr Ravaut, il résulte que, dix fois, en traitant des tuberculides par le néo-salvarsan, il a obtenu soit des guérisons complètes, soit des améliorations notables. Il est vrai que certains de ses malades étaient en plus syphilitiques et avaient un Wassermann positif. Nous remarquons, à ce propos, que le Wassermann de ses tuberculides papulo-nécrotiques a généralement été positif.

Dans nos observations nous nous proposons de montrer des résultats du même ordre, sauf dans quelques points de détail, à propos de la quantité de néo-salvarsan, employée pour le traitement, à propos de la réaction de Wassermann chez les porteurs de tuberculides papulo-nécrotiques.

Nous avons traité vingt et un malades dont les affections peuvent se répartir en :

9 lupus.
2 ulcères lupiques.
1 tuberculose syphiloïde.
2 gommes tuberculeuses.
3 adénites suppurées.
2 lichen scrofulosorum.
2 tuberculides papulo-nécrotiques.
1 érythème induré de Bazin.
2 lupus érythémateux.
1 sarcoïde de Bœck.
1 sarcoïde de Darier-Roussy.

Nos résultats thérapeutiques ont été variables, quelquefois très bons, souvent moins impressionnants, jamais nuisibles ; les observations suivantes en donnent le détail :

Observation I.

M. M..., 17 ans.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat, le 15 octobre 1913.

Ce malade entre pour un *lupus vulgaire non exedens, disséminé* : il occupe, sur *la face*, la joue droite, la paupière supérieure, la face externe du nez, le côté droit du menton. A ce niveau, le lupus est papulo-squameux, papulo-croûteux sur les bords, cicatriciel au centre et squamelleux. De couleurs fortement violacée. Parsemé de lupomes à la périphérie ;

Sur la joue gauche, respectant le nez, l'oreille, les paupières, les lèvres, il passe en fer à cheval sous le menton pour s'unir au lupus du côté opposé. Les bords sont très irréguliers, en carte de géographie. La peau est tendue, presque complètement cicatricielle. Derrière l'aile du nez, on trouve un

point actif. Un autre, en bas de la joue, près du menton : ce sont des zones erythémato-squameuses, en voie d'extension.

Au bras droit, il est situé sur la masse épitrochléenne. A ce niveau, le lupus est serpigineux, à peau centrale érythémateuse, violacée, cicatricielle, assez difficilement plissable, entourée de croûtes confluentes ostréacées, dessinant un tracé polycyclique.

Au bras gauche. — Immédiatement au-dessus de l'épitrochlée c'est une plaque de la largeur d'une pièce de 1 franc, recouverte d'une croûte centrale.

Sur la fesse droite. — C'est un placard, large comme la paume de la main, de forme serpigineuse, à bords ostréacés.

Sur le pied gauche. — A la face dorsale, la lésion lupique est cicatricielle — à la face plantaire, sur le talon antérieur, le lupus est développé en forme serpigineuse.

En outre de ces lésions, dont les gros caractères sont, en plus des lupomes, répandus sur les bords :

Une coloration, violette foncée.

Une bordure, couverte de croûtes ostréacées.

Une peau centrale sans souplesse.

On note encore :

Une cicatrice d'abcès froid au tiers supérieur du sternum.

Une autre au tiers supérieur de l'avant-bras.

L'absence du quatrième doigt droit (spina ventosa).

L'absence du troisième doigt gauche (spina ventosa).

Une cicatrice d'abcès froid à la hanche droite.

De plus, le malade est porteur de ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux, petits, durs, roulant sous le doigt.

Les lésions ont débuté, lorsque notre malade avait 7 ans. La figure fut prise la première. Puis, 2 ans après ce fut le pied, puis le bras, et enfin la fesse, il y a 2 ans 1/2.

Traitement. — Avant son arrivée dans le service, le malade est traité par des scarifications et des rayons Finsen qui l'améliorent.

Chez nous, à partir du 15 octobre, et, depuis lors, de 8 jours en 8 jours, il reçoit des injections intra-veineuses de néosalvarsan.

Soit : 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90 — 0,90. Parallèlement il n'a aucun autre traitement.

Dès la première injection, les lésions pâlissent. Cette décoloration s'accentue aux injections suivantes, et, après la dernière, bien que l'érythème persiste encore, il est très notablement diminué.

Au cours du traitement, les cicatrices s'assouplissent. Les croûtes ostréacées des bords tombent en partie.

Au menton, on note une diminution manifeste des lupomes.

L'etat général est mieux. L'appétit augmente. Les ganglions diminuent de nombre et de volume.

Observation II.

M. B..., 22 ans.

Entrée dans le service du Dr Darier, salle Bichat, le 2 mai 1912.

Pour un *lupus disséminé*.

Ce malade, qui se porte bien habituellement, bien qu'il ait eu vers 12 ans, des ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux, non suppurés, puis une rougeole il y a 6 ans, a vu se développer, depuis cette dernière maladie, des lésions lupiques, qui ont d'abord envahi le nez, les joues, les lèvres. Puis 2 ans après, un placard lupique apparaissait à l'épaule droite. A ce moment la cloison nasale était entamée. Une autre placard apparaissait sur les lombes, puis d'autres sur le mollet droit, sur la face antérieure du thorax. Enfin sur le bras gauche.

Les placards sont fortement rouges, et recouverts de squames et croûtes. Ils ont un centre cicatriciel et ne sont pas exedens. Leurs bords sont très irréguliers.

Traitement. — Le malade est traité par la tuberculine.

17 mai : 5 déci-milligrammes.

23 mai : 10 déci-milligrammes.

Ce qui amène une réaction inflammatoire des placards lupiques, sans grosse atteinte de l'état général.

31 mai : 8 déci-milligrammes.

Température 40° : nausées, vomissements.

6 juin : 5 déci-milligrammes.

Diminution de la réaction locale, température 40° : gastralgie.

12 juin : 5 déci-milligrammes.

Température 39°.

18 juin : 5 déci-milligrammes.

Température 38°, 5 : réaction locale à peine sensible.

Après ce traitement à la tuberculine, les lésions sont nettement améliorées. Les croûtes sont tombées. La peau est lisse et rouge. Les téguments sont plus souples et se laissent plisser.

Le malade reste dans le service.

Le 3 mars 1913. — Ce lupus nodulaire plan est presque partout circiné autour de cicatrices lisses, roses, de bon aspect. On passe au traitement local par le galvano-cautère et les rayons X.

Un nouveau traitement général est essayé, le néosalvarsan.

A ce moment, le *Wassermann du malade* est *nettement négatif*.

Le 18 juillet et ensuite de 8 jours en 8 jours, il reçoit, en injections intra-veineuses :

0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90 — 0,90 — 0,90 de 914,

qu'il supporte parfaitement. Son appétit augmente, ses forces et son état général deviennent plus satisfaisants. Il demande, lui-même, le traitement.

Les lésions locales s'améliorent, à peu près suivant le même type qu'après le traitement à la tuberculine : assouplissement des téguments, diminution de la rougeur.

Observation III.

M. D..., 15 ans et demi.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat, le 10 octobre 1912, pour

un lupus agminé de la lèvre supérieure, ayant débuté il y a 11 mois, sous les narines.

C'est aujourd'hui une masse rougeâtre, respectant les commissures, s'étendant également de chaque côté de la lèvre supérieure, et atteignant, en haut, la pointe du nez et la narine droite. La surface est tomenteuse, végétante, uniformément rouge, mais coupée de points jaunâtres. A la palpation, c'est une masse solide, indolore.

Les lésions s'arrêtent à la face interne des lèvres, mais la gencive est rouge et tuméfiée.

Main gauche. — Sur la face dorsale, cicatrice atrophique de lupus ancien, datant de 3 ans.

Région lombaire, cicatrice atrophique.

On trouve chez ce malade des stigmates d'hérédo-syphilis.

Les incisives sont obliques en dedans avec un léger rétrécissement au collet.

La voûte palatine est ogivale.

Léger degré de surdité bilatérale.

On trouve en plus des végétations adénoïdes.

Mars 1913. — A cette date, le lupus a envahi la muqueuse buccale. Les gencives sont tuméfiées, couvertes de bourgeons charnus mous et rouges. Les dents sont déchaussées. Sur le voile du palais on retrouve le même bourgeonnement.

Au mois de juillet, on fait le Wassermann du malade, qui est *négatif.*

Traitement. — Le malade est traité par les rayons X et les scarifications. Les 2 méthodes font très bien et donnent d'excellents résultats. Mais les scarifications sont tellement douloureuses que le malade s'y soustrait le plus possible. Le lupus au mois de juillet ne semble plus s'étendre, sur la peau.

On met le malade au 914. Le 18 juillet, il reçoit une première injection intra-veineuse de 0 gr. 30 et de 8 jours en 8 jours, 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,75 — 0,90 — 0,90 — 0,90.

Cette première série cicatrise une partie des lésions, fait diminuer le nombre des lupomes, estompe l'érythème et diminue l'œdème. Le malade va remarquablement mieux et en est frappé lui-même. Mais, parallèlement on continuait la radiothérapie.

Le 23 septembre, on refait une deuxième série de 914. Soit : 0,45 — 0,60 — 0,75.

A ce moment, l'état général du malade est excellent. Son appétit augmente. Les lésions locales sont très améliorées.

Sur le nez, on trouve seulement une lésion rougeâtre de la taille d'une pièce de 1 fr. bordée d'une peau cicatricielle tendue, relativement souple, avec, par places, quelques lupomes peu nombreux.

La lèvre supérieure est une vaste cicatrice en fer à cheval, ne contenant presque plus de lupomes ; seulement un petit groupe en haut et à droite et à la commissure des lèvres. Le lupus de la muqueuse buccale a diminué d'étendue. Les papules bourgeonnantes s'affaissent et l'œdème de voisinage disparaît presque.

Le malade, qui entendait mal, entend mieux ; il reparle mieux.

Observation IV.

M. Ch..., 32 ans, infirmier.

Ce malade, infirmier à Saint-Louis, vient se faire soigner dans le service du Dr Darier.

C'est un lupique, porteur d'un *lupus agminé* datant de l'âge de 12 ans, et qui a débuté par le nez.

Le père est vivant, il a 72 ans.

La mère est morte d'un goitre à 57 ans.

Le frère et la sœur, âgés respectivement de 37 et 30 ans, sont bien portants.

Le malade, lui-même, jusqu'à 12 ans, n'a jamais rien eu.

Pour son lupus, on l'a traité par le galvanocautère, les scarifications, le chlorure de zinc, le permanganate de potasse en poudre, les rayons X. Les meilleurs résultats ont été obtenus par les rayons Finsen.

Au *début de juin*, son lupus non exedens, s'étend sur le nez, prend la paupière inférieure des 2 côtés, descend sur les joues, épargne la bouche et la muqueuse buccale, pour gagner, sur les bords du menton, l'angle du maxillaire. Le lobe de l'oreille droite est attaqué. Sur le cou, à droite, légères lésions.

Le malade a des ganglions sous-angulo-maxillaires, cervicaux et rétro-auriculaires, petits, durs, roulant sous le doigt.

Son Wassermann est *négatif*.

Vers le milieu de juin, il nous montre une éruption de syphilides secondaires érythémato-sequameuses, que nous traitons immédiatement par le néosalvarsan.

Son Wassermann alors est positif.

Il reçoit la première piqûre intra-veineuse le 24 juin, soit 0 gr. 45. Puis de 8 jours en 8 jours, 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90 — 0,90 — 0,90 — 0,90.

Quel ne fut pas notre étonnement, après la première injection, de voir le lupus « blanchir », c'est le terme même du malade satisfait.

L'érythème diminue fortement. De nombreux lupomes se cicatrisent, et, le 13 octobre, on n'en trouve plus aucun, sauf, au niveau d'une plaque circulaire, polycyclique, squameuse, située sous le menton, et de 2 ou 3 petites taches de la taille de grains de millet, à la racine du nez.

Le malade se trouve guéri.

Les ganglions lymphatiques ont presque disparu.

Observation V.

Mlle C..., 22 ans.

Entrée le 3 juin 1913, dans le service du Dr Darier, salle Biett, pour un *lupus èxedens végétant*.

Etendu à la face et à la voûte palatine.

Face. — Quatre cinquièmes inférieurs du nez, empiétant sur la joue droite, la joue gauche et la moitié gauche de la lèvre supérieure.

Cette large surface érythémateuse présente nettement à la vitropression des lupomes agminés. Par place, bosselures recouvertes de croûtes et impétigo.

Autour de l'orifice nasal, on trouve des bourgeons humides, ulcéreux. La cloison du nez est atteinte. Le tiers inférieur est atteint par ce lupus d'aspect végétant ulcéreux.

Face intérieure du palais. — Sur la moitié antérieure, on trouve une nappe mamelonnée, rosée, parsemée de bourgeons charnus mous et rouges.

Ce lupus n'est apparu qu'à l'âge de 17 ans, sur l'aile gauche du nez.

On note, en plus, une adénopathie cervicale et sous-angulo-maxillaire des deux côtés.

Il n'y a pas de lésions pulmonaires.

Le Wassermann est négatif.

Traitement. — La malade est traitée par les rayons X et les scarifications, qui donnent d'excellents résultats, raffermissent la masse molle et bourgeonnante des tissus lupiques. On continue ce traitement et parallèlement, on fait des piqûres intra-veineuses de néosalvarsan, de 8 jours en 8 jours, en débutant le 18 juillet par 0 gr. 30. Puis :

0,45 — 0,60 — 0,60 — 0,75 — 0,75 — 0,90.

Ces deux traitements combinés amènent une amélioration notable de la malade. L'érythème persiste nettement, bien qu'il ait diminué. Le nez, jusqu'alors ramolli, durcit. Les lésions ulcérées tendent vers la cicatrisation. Les ganglions diminuent. L'état général s'améliore.

Observation VI.

Mlle G..., 27 ans.

Entrée dans le service du Dr Darier, salle Biett, le 21 avril 1913, pour un *lupus agminé squameux excentrique non exedens.*

Le lupus recouvre la moitié inférieure de la joue droite, tout le menton, le pourtour des deux oreilles, surtout à droite.

Sur la joue droite, sur la joue gauche, au-dessous de l'oreille gauche, cicatrices de lésions lupiques guéries.

De plus, on note des cicatrices d'adénites tuberculeuses suppurées, cervicales.

La première adénite date de 6 ans. Les placards lupiques de 2 ans.

Le lupus est couvert de squames peu adhérents, reposant sur une peau cicatricielle tendue. Sur les bords, la lésion, partout érythémateuse, est particulièrement rouge. On y trouve de nombreux lupomes, à la vitropression. Quelques croûtes sur la bordure.

L'état général de la malade est bon.

On ne trouve rien de particulier à l'auscultation.

Wassermann : négatif.

Traitement. — La malade est traitée à la tuberculine.

1 centimilligr. — 2 cmgr. — 4 cmgr. — 6 cmgr. — 6 cmgr. — 6 cmgr. — 8 cmgr. — 8 cmgr. — 10 cmgr.

Sans amélioration appréciable et sans grosse réaction générale, ni locale.

Puis on la traite par le néosalvarsan. Elle reçoit de 8 jours en 8 jours :

0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90.

Dès la 2e injection, diminution de l'érythème, chute d'une partie des croûtes de bordure. Amélioration notable de l'état général, augmentation de l'appétit.

Les ganglions diminuent.

Malgré tout, le lupus existe toujours, fortement squameux, avec lupomes, dont on n'a pas apprécié la diminution.

On traite alors la malade avec les rayons X et des galvanocautérisations.

3 semaines après la dernière injection de 914, la malade fait une poussée de tuberculides papulo-nécrotiques — ayant débuté par les bras, les jambes et ayant pris ensuite le corps, ne réservant que la tête et le cou — et présentant tous les éléments classiques.

On remet la malade au traitement par le néosalvarsan. Le 9 décembre, elle reçoit 0 gr. 45. Puis 0,60 — 0,75, de 8 jours en 8 jours.

Le 10 décembre son Wassermann est encore négatif. Le contrôle en est fait par M. le Dr Ravaut.

Après la première injection de cette deuxième série de 914, nous trouvons, à la face postérieure du tendon d'Achille, du côté droit, deux ulcérations, à bords violacés, décollés, en pente douce.

Au cours des deux dernières injections, les tuberculides papulo-nécrotiques sèchent, deviennent squameuses, croûteuses. Mais ne disparaissent pas.

28 décembre 1913. — Les tuberculides populo-nécrotiques diminuent de nombre ; celles qui restent sont maintenant uniquement squameuses.

Observation VII.

Mlle M..., 18 ans.

Entrée dans le service du Dr Darier, salle Biett, le 5 mars 1913, pour un *lupus agminé non exedens*.

Etendu à la face dorsale de la main droite, entre les doigts 4 et 5, sur une surface de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Et à la face dorsale du pied gauche, entre les doigts 1 et 2.

La malade a, en outre, des ganglions sous-maxillaires, petits, sans périadénite.

Traitement. — La malade est traitée par le néosalvarsan. Elle reçoit de 8 jours en 8 jours : 0,30 — 0,45 — 0,60.

Elle quitte le service. Les ganglions ont disparu. Les plaques lupiques ne sont plus érythémateuses. L'état général est meilleur.

Observation VIII.

Mlle C..., 18 ans.

Traitée à la Policlinique du Dr Darier, salle Biett, pour un *lupus agminé excentrique, non exedens*.

Ce lupus date de l'âge de 13 ans.

Il s'étend sur la joue droite jusqu'à la hauteur du nez et prend le lobe de l'oreille de ce côté pour passer sur le menton, monter sur la joue gauche jusqu'à la paupière inférieure, respectant de ce côté le lobe de l'oreille.

Le cou est atteint en demi-collier antérieur, qui s'arrête sur la poitrine.

Le lupus est apparu après des adénites cervicales suppurées, guéries à Berck.

Traitement. — On l'a traité par des scarifications, du permanganate de potasse, de la neige carbonique, des rayons X. Les scarifications et les rayons X ayant semblé donner les meilleurs résultats.

Le néosalvarsan que nous avons essayé, tous les 8 jours, en injection intra-veineuses, de : 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90, n'a donné de résultat qu'après les 2 premières piqûres. A cette date, le lupus était moins rouge ; les lupomes plus effacés. Mais le mieux local n'a pas continué. Et, la malade, naturellement robuste, ne s'est pas aperçue d'amélioration de son état général.

Observation IX.

M. P..., 39 ans.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat pour un *lupus agminé avec ulcères lupiques.*

Le lupus prend toute la joue gauche, épargne l'œil, le nez, la bouche, enlève le lobe de l'oreille. Les bords sont polycycliques, en carte de géographie, parsemés de lupomes ; le centre est cicatriciel.

Sur la cicatrice centrale, existe une ulcération, de la taille d'une pièce de 2 francs, à bords taillés à pic, hauts de 1 mm. 5, conduisant à un fond rouge, recouvert d'un enduit diphtéroïde.

Le lupus a débuté à l'âge de 4 ou 5 ans.

Le Wassermann du malade est positif, sans qu'on puisse trouver de syphilis dans ses antécédents. Mais, le malade se plaint de sa vue. L'examen ophtatmologique révèle :

O. D. — Paralysie de la 3e paire.

Choroïdite périphérique, très vraisemblablement d'origine spécifique.

O. G. — Légère myopie. — Pas de lésion du fond de l'œil.

Traitement. — Avant de venir dans le service, le malade a été soigné par des pointes de feu, des scarifications, des rayons X, il y a 6 ans. Chez nous, il est traité par les scarifications et les pointes de feu, puis le 914.

Le 17 juillet, il reçoit 0,60. Puis de 8 jours en 8 jours, 0,75 — 0,90 — 0,90 0,90 — 0,90 — 0,90.

Le pus qui coulait sur les pansements se tarit. L'ulcère diminue de profondeur, dès la 3e piqûre. Le fond s'aplanit, les bords se cicatrisent sur 2 millimètres de largeur. Le lupus blanchit. Mais les lupomes ne disparaissent pas.

Une deuxième série de piqûres, commencée le 23 septembre 1913, de : 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90, n'amène pas de nouvelle amélioration, sinon un accroissement de l'appétit et une augmentation des forces.

Observation X.

M. D..., 15 ans et demi.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat, pour un *ulcère lupique.*

Cet ulcère siège sur la région sous-malléolaire externe et latéro-calcanéenne. Il a débuté il y a 3 ans et tend à s'étendre.

De la taille d'une pièce de 5 francs, de forme triangulaire, on reconnaît, à la lésion, trois zones :

Au centre, une surface surélevée, rosée, recouverte d'une peau cicatricielle, irrégulière, légèrement vitrifiée, avec, par places, surtout en haut et en avant, des croûtes blanchâtres et jaunâtres, assez épaisses, qui cachent une région ulcérée, sur un derme infiltré.

Et cette zone-là s'étend en pente douce vers la deuxième zone, épiderme de formation récente, de teinte rosée tendre et de la largeur de 4 millimètres environ, avec bulles d'impétigo de Tilbury Fox, par places.

Enfin une troisième zône érythémateuse de bordure, de 1 centimètre environ, qui circonscrit le tout par une collerette épidermique, soulevée, prête à partir.

Les poumons du malade sont suspects au sommet ; il a de l'albuminurie.

C'est un enfant de constitution très délicate.

Wassermann négatif.

Traitement. — Après pansements humides pour combattre l'infection surajoutée, on traite le malade par des scarifications et les rayons X.

On fait diminuer ainsi la zone centrale au profit des zones externes, qui diminuent elles aussi pour être remplacées par de la peau saine. Mais le mieux ne continue pas.

Nous traitons le malade par le 914. A partir du 17 juillet et de 8 jours en 8 jours, nous lui injectons dans les veines du pli du coude : 0,30 — 0,45 — 0,45 — 0,60 — 0,75.

La cicatrisation de la zone interne progresse plus vite qu'avec le traitement local seul. L'érythème s'efface. L'état général s'améliore sensiblement, et, le malade quitte le service, presque guéri, bien qu'il soit resté au centre un point ulcéré de la taille d'une lentille, peu profond.

Observation XI.

M. P....

Entré dans le service du Dr Darier, pour *tuberculose syphiloïde*.

Le malade a un frère et une sœur vivants. Il a perdu 4 frères en bas âge.

La syphilis chez lui est inconnue.

Il est atteint d'une double castration bacillaire.

Son Wassermann est positif.

Il présente en outre, actuellement, au pied droit, une lésion osseuse, fistulisée vers le haut et vers le bas — une tuberculose véruqueuse sur le 4e orteil — un ensemble éléphantiasique du pied et des tubercules isolés sur sa face interne.

Sur la cuisse du même côté, sous forme d'un placard de la taille de la main, une cicatrice pigmentée, avec bordure tuberculo-croûteuse irrégulière.

Traitement. — Aucun traitement local. 30 piqûres environ de mercure sans résultat appréciable.

Puis le 27 avril 1913, néosalvarsan intra-veineux 0,45 et de 8 jours en 8 jours : 0,60 — 0,75 — 0,90.

Après la 2e piqûre, diminution de l'éléphantiasis. Puis, dans la suite, disparition à peu près complète.

De plus les lésions de la cuisse ont blanchi et les croûtes sont tombées, à partir de la 2e injection.

Observation XII.

M. B..., 40 ans.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat, le 17 juillet 1913, pour *une gomme bacillaire*.

C'est une lésion, occupant le prépuce et le tiers antérieur du fourreau de la verge. Elle a débuté 3 semaines auparavant par une élevure indurée.

On trouve, en outre, sur la peau, du livedo. La gorge est érythémateuse.

Dans le pli inguinal droit, reste une cicatrice de bubon, incisé en 1905, après chancre mou.

Le malade a eu la varicelle en 1878.

Lésion actuelle. — Actuellement, la lésion gommeuse consiste en une ulcération de la taille d'une pièce de 0 fr. 20, à bords à pic, finement festonnés, avec fond blanc, diphtéroïde, parsemé de points violacés.

En la soulevant, on aperçoit un pertuis, situé en arrière de son centre, et qui conduit dans un trajet de 23 millimètres, d'où s'écoule un liquide sanieux.

L'ulcération repose sur une base, à induration bien limitée, noueuse, dont la nouure s'étend au delà du tiers inférieur du fourreau.

Sauf au voisinage immédiat de l'ulcère, la peau peut être froncée sur cette nouure, qui est adhérente au corps caverneux.

Il n'y a pas d'œdème de voisinage. Le reste du fourreau est intact. Il n'y a pas de cordon de lymphangite.

Les ganglions inguinaux forment de chaque côté une masse volumineuse, dure, adhérente en profondeur et à la peau. Ils se sont indurés il y a une douzaine de jours. Ils ne sont pas fluctuants. Le volume de la masse rappelle celui d'une petite mandarine.

La lésion est peu douloureuse.

Wassermann négatif.

Traitement. — Après avoir essayé les traitements locaux divers, sans résultat, nous mettons le malade au traitement par le 914. Il reçoit, de 8 jours en 8 jours, en injection intra-veineuses, à partir du 22 juillet, 0,45 — 0,45 — 0,60 — 0,60 de néosalvarsan. On n'élève pas davantage les doses car le malade fait de petites réactions fébriles à chaque piqûre.

Dès la première piqûre, l'état de la lésion s'améliore. La fistule se ferme peu à peu La lésion bourgeonne au fond, et, après la dernière piqûre le mieux s'affirme. L'ulcère se cicatrise et le malade sort guéri, ne conservant qu'une cicatrise molle et des ganglions inguinaux, incomplètement disparus.

Observation XIII.

Mlle I..., 23 ans. — *Gomme tuberculeuse.*

Cette jeune fille a des rhumes fréquents et un sommet gauche suspect.

Au mois d'août 1912, on remarquait une grosseur dermo-épidermique dans le creux sus-claviculaire gauche, en arrière du bord postérieur du sterno-cleido-mastoïdien. La malade n'y prit pas garde.

En janvier 1913, elle consulte.

On voit, alors, une masse ramollie, de la taille d'un œuf de pigeon. Les ganglions voisins sont empâtés. La peau est tendue et rougie.

Le Dr Arrou conseille l'extirpation des ganglions. La malade refuse l'intervention.

Son Wassermann est négatif.

Traitement. — Elle est soignée en mars 1913 et de 8 jours en 8 jours par 4 piqûres de néosalvarsan.

Soit : 0,30 — 0,45 — 0.60 — 0,60.

On assiste à une amélioration progressive de l'état général et à une amélioration surprenante de l'état local.

La masse se résorbe presque totalement. Après la troisième injection, une ouverture minuscule se fait, qui donne 3 ou 4 gouttes d'un liquide clair et visqueux. Cette fistulette se referme à la quatrième injection.

La malade a engraissé de 2 kilogrammes, après le traitement. Le poids étant resté stationnaire pendant.

La malade a été revue six mois après. Elle est dans un état absolument satisfaisant. La lésion a complètement disparu.

Observation XIV.

Mlle S..., 16 ans.

Entrée dans le service du Dr Darier, salle Biett, pour *adénite tuberculeuse*.

Cette adénite atteint le groupe sous-maxillaire droit, dont les ganglions tuméfiés sont du volume d'un œuf de poule, avec orifice fistuleux à la surface.

De plus, la malade a un psoriasis nummulaire de la face postérieure du bras gauche ; de tout le bras droit, du membre inférieur gauche.

Traitement. — La malade est traitée par le néosalvarsan. Elle reçoit de 8 jours en 8 jours, en injections intra-veineuses :

0,30 — 0,45 — 0,50 de 914.

Dès la première injection, amélioration sensible de l'adénite, qui disparaît complètement, après fermeture de la fistule, à la fin du traitement.

Le psoriasis, lui, est resté stationnaire.

Observation XV. *Adénite.*

M. A... vient consulter dans le service du Dr Darier pour une adénopathie sus-claviculaire gauche datant de 8 mois environ, de la taille d'un œuf de pigeon. La tumeur est ferme au toucher mais on a tout lieu de supposer que le centre se trouve ramolli ; d'ailleurs les plans superficiels adhèrent au ganglion et la peau se trouve rougie et amincie au point de contact.

Le malade présente par ailleurs des cicatrices d'adénites suppurées datant de son enfance et guéries.

Par ailleurs on observe des ganglions le long de la chaine cervicale, dans l'aiselle gauche au nombre de trois ou quatre avec péri-adénite légère.

Le malade est de souche tuberculeuse et présente au sommet droit des signes de lésions probablement cicatrisées.

W. —

Traitement au 914 : 0,45 — 0,60 — 0,79 — 0,90.

Le malade engraisse de 2 kilogrammes, le mois qui suit le traitement et l'on à une diminution très rapide du volume de tous les ganglions.

Observation XVI.

M. Z..., 24 ans.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat, le 28 mars 1913, pour : *lichen scrofulosorum et adénite suppurée.*

A son entrée, le malade nous montre :

1° Une chaudepisse, datant de février, avec balano-posthite et double adénopathie inguinale, datant de 8 jours ;

2° Sur la face antérieure du tronc, sous la ligne mamelonnaire, et, à droite, un semis de papules péripilaires, de la taille d'un grain de millet, rugueuses au toucher, de couleur rose, brillantes, légèrement squameuses.

Elles sont groupées par place et s'essaiment à la périphérie.

On en trouve de plus rares, dans la gouttière dorsale, et, à la partie supérieure des fesses. Les membres sont à peu près indemnes, de même que la face ;

3° Des cicatrices nombreuses d'abcès froids ;

4° Des adénites sous-maxillaire, cervicale, sus-claviculaire, suppurées avec fistules s'ouvrant sur une peau rouge, tendue, cicatricielle autour des orifices.

De ces fistules, coule du pus jaunâtre. Ces adénites suppurées apparurent à l'âge de 19 ans.

D'ailleurs, le malade tousse souvent. Les sommets sont suspects : submatité sous-claviculaire, inspiration saccadée, expiration prolongée.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive.

Le Wassermann négatif.

Traitement. — Une intra-dermo-réaction d'une goutte de tuberculine de 1 centimilligramme par centimètre cube fait apparaître une hématurie. On ne recommence pas.

Le malade est traité par le néosalvarsan, et reçoit en injections intraveineuses et de 8 jours en 8 jours :

0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90.

Après la 2e piqûre, les adénites allaient mieux : il y avait moins d'empâtement ; et, à la fin du traitement, plusieurs fistules se fermaient, l'érythème de voisinage diminuait.

Mais le *lichen scrofulosorum* pâlissait à peine.

Le malade quitte le service après ces piqûres. Le 26 novembre 1913, nous le revoyons. Ses fistules sont toutes taries et cicatrisées. L'empâtement ganglionnaire a disparu. Le cou a fortement diminué de volume.

La coloration de la peau est normale. Seules, restent les cicatrices.

Le lichen scrofulosorum a presque totalement disparu.

L'état général est excellent.

Pendant son séjour hors du service, le malade n'a subi aucun autre traitement.

Observation XVII.

Mlle D..., 25 ans.

Entrée dans le service du Dr Darier, salle Biett, le 15 juin 1913, pour : *Tuberculides papulo-nécrotiques* et *Lichen scrofulosorum*.

Cette malade présente, depuis 2 mois et demi, sur les membres inférieurs, très variqueux, de petites papules, peu saillantes, rouges, de consistance ferme, disséminées irrégulièrement, de dimension variant de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une lentille.

D'autres sont plus élevées, rouge vineux, profondément indurées,

recouvertes d'une croûte brunâtre, facilement soulevée, qui laisse alors apparaître une dépression à forme de godet, à fond non suintant.

Ces éléments sont groupés en demi-circonférence surtout à la face antérieure du genou et au creux poplité.

On trouve encore des cicatrices nombreuses d'anciennes papules, nulle part déprimées. Il s'agit de *tuberculides papulo-nécrotiques*.

En outre, au pli du coude, on remarque des papules planes, roses ou brunâtres, de surface lisse et brillante, d'où se détache une squame peu adhérente : c'est du lichen scrofulosorum.

Dans le dos, sur les épaules, pustulettes périfolliculaires, acuminées, d'*acnée cachecticorum*.

Aucune de ces lésions n'est prurigineuse.

De plus, la malade présente une adénite bacillaire sous-maxillaire, fluctuante, à peau rosée, amincie tendue.

Une adénopathie cervicale gauche et une adénopathie axillaire, du même côté.

A l'auscultation, on trouve une inspiration saccadée et une expiration prolongée aux sommets.

La malade a fait une fausse-couche de 2 mois en octobre 1912.

Elle est actuellement enceinte de 4 mois et demi et supporte parfaitement sa grossesse.

Son Wassermann est positif.

Traitement. — On la traite, de 8 jours en 8 jours, par des piqûres intraveineuses de néosalvarsan, à partir du 17 juin 1913.

Soit : 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90.

Après la première injection, on ne note aucune amélioration.

Après la deuxième injection, disparition des éléments actifs, cicatrisation.

Après la troisième injection, disparition du lichen scrofulosorum, et les tuberculides papulo-nécrotiques ont fortement diminué.

La malade quitte le service guérie.

Observation XVIII.

M. R..., 37 ans.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat, pour un *lupus érythémateux fixe*.

Datant de 2 mois et demi.

Bilatéral, localisé aux joues et à l'angle interne de l'œil et du nez — en placard typique avec kératose ponctuée et atrophie cutanée — entouré d'une large zone érythémateuse.

Le Wassermann du malade est négatif.

Traitement. — Le malade est traité par le 914. Il reçoit le 16 décembre 1913 : 0 gr. 45 dès la première piqûre, 5 à 6 jours après, l'érythème a fortement diminué.

8 jours après : 0 gr. 60.

L'érythème diminue toujours ; la peau est moins tendue.

Le malade reste dans le service, où nous continuerons le traitement.

Le 30 décembre 1913. — L'érythème s'efface de plus en plus. La kératose ponctuée est très fortement diminuée.

Observation XIX.

Lupus érythémateux de la face et du cuir chevelu.

Entrée dans le service du Dr Darier, le 10 décembre 1913, pour un lupus érythémateux de la face occupant la racine du nez et s'étendant latéralement de part et d'autre de la ligne médiane selon des limites très nettes. La lésion est des plus typiques. On note de l'atrophie cornée et de la kératose ponctuée.

Le début remonte à 10 ans environ.

Cette lésion est traitée par la galvano-puncture.

De plus la malade présente un lupus érythémateux du cuir chevelu ayant déterminé une large nappe d'alopécie. Cette lésion en pleine évolution n'est soumise à aucun traitement local.

W. —

Sous l'influence du salvarsan, administré aux doses suivantes : 0,45 — 0,60 — 0,75, on assiste à une amélioration notable des lésions tant pour ce qui est du cuir chevelu que pour la lésion de la face (Diminution de l'érythème, surtout).

Observation XX.

Mme D..., 43 ans.

Examinée à la Policlinique du Dr Darier, le 12 novembre 1913, pour une *sarcoïde de Boeck*.

Cette malade présente sur la joue droite, à 2 travers de doigt en avant du lobule de l'oreille, une lésion noduleuse et en placard, de la taille d'une pièce de 5 francs.

Cette lésion est constituée par un groupe de trois élevures hémisphériques, dont la plus grosse est du volume d'un gros pois et la plus petite de celui d'une lentille. La saillie antérieure fait partie d'une nodosité dermo-épidermique muriforme. La supérieure est également un prolongement cutané de ce nodule. La dernière, inférieure, est indépendante du nodule profond. Elle est plus molle au toucher et de teinte plus violacée.

La coloration violacée s'étend à l'entour, en s'effaçant progressivement.

L'épiderme n'est pas rétracté ; les poils y ont conservé leurs caractères normaux. Il n'y a aucune tendance à l'ulcération.

La palpation n'est pas douloureuse.

On sent des ganglions cervicaux des 2 côtés, ganglions petits, durs, sans péri-adénite. Quelques ganglions axillaires.

Pas de ganglion sus-épitrochléen.

Quelques petits ganglions inguinaux, lenticulaires, roulant sous le doigt.

La lésion de la face a débuté il y a 6 mois. Cette lésion fonce de teinte au moment des règles.

La malade a eu 5 enfants et une fausse couche, il y a 6 ans.

1er enfant, mort à 11 mois, il y a 19 ans.
2e — vivant, né à 8 mois.
3e — mort à 3 semaines de convulsions.
4e — mort à 2 mois de troubles intestinaux.

5e — vivant, aujourd'hui âgé de 11 ans.
6e — fausse couche, il y a 6 ans.

La malade a eu des douleurs rhumatoïdes, mal définies, du bras droit, il y a un an.

Ses réflexes sont normaux.

Pas d'Argyll.

Wassermann positif.

Traitement. — La malade est traitée par le néosalvarsan. Elle reçoit de 8 jours en 8 jours, et en injections intra-veineuses : 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90.

Dès la première injection, la sarcoïde s'affaisse. Puis après les injections suivantes, l'induration profonde disparait, la rougeur s'efface et la malade guérit complètement.

Observation XXI.

Mme D....

Entrée dans le service du Dr Darier, salle Biett, pour une *sarcoïde de Darier-Roussy*.

La malade nous montre des nouures dermiques et hypodermiques, siégeant aux 2 cuisses, en placards, en noyaux, en cordons.

Début, il y a 4 ans.

La malade a été opérée pour une hydronéphrose.

Son Wassermann est négatif.

Traitement. — Elle est traitée par le néosalvarsan. Reçoit, de 8 jours en 8 jours, 0,45 — 0,60 — 0,75, sans amélioration marquée. On cesse le traitement.

*
* *

Après la lecture de ces observations, nous pouvons remarquer :

1° L'état de la réaction de Wassermann chez nos différents malades.

2° Le rôle du traitement par le néosalvarsan.

La réaction de Wassermann a été positive chez des syphilitiques certains ou probables :

Observation IV : où le malade, dont le Wassermann était négatif, tant qu'il n'avait qu'un lupus, réagit positivement, le jour où il contracte la syphilis.

Observation IX : notre malade avait un Wassermann positif et nous ne trouvions pas chez lui de spécificité, quand l'examen optalmologique nous révéla une choroïdite périphérique, très vraisemblablement d'origine spécifique.

Observation XI : le malade a perdu quatre frères et sœurs en bas âge, ce qui le rend suspect, bien qu'on ne trouve pas autre chose.

Observation XVII : on ne retrouve pas la syphilis, mais la malade a fait une fausse couche, un an avant que nous ne fassions la réaction.

Observation XXI : il s'agit là d'une sarcoïde de Boeck, avec adénite généralisée, sans ganglions sus-épitrochléens, il est vrai, chez une

femme qui a perdu trois enfants en bas âge et qui a fait une fausse couche, et dont le Wassermann est nettement positif.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite dans les observations I, VII, VIII.

Elle a été négative dans tous les autres cas, c'est-à-dire chez six lupiques, dont un cas de tuberculides papulo-nécrotiques, dans deux cas de gomme bacillaire, dans un lichen scrofulosorum, dans un érythème induré de Bazin, dans deux lupus érythémateux, dans une sarcoïde de Darier-Roussy.

Ces résultats concordent avec les résultats signalés par V. Dudumi et F. Saratzeano dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Sur 39 cas de dermatose de nature tuberculeuse, ils signalent 34 cas où le Wassermann fut négatif et 5 cas de réactions positives, où les antécédents syphilitiques étaient niés, mais où les malades guérissaient par le traitement spécifique.

Ils concordent encore à peu près avec les résultats du Dr Ravaut, dans la deuxième série de ses observations. Cependant, dans le cas de tuberculides papulo-nécrotiques, cet auteur considère que le Wassermann est parfois positif (1). Or, nous avons eu, dans notre observation XVI, une tuberculide papulo-nécrotique à Wassermann positif, il est vrai, mais nous la trouvions suspecte de syphilis. Tandis que, dans l'observation VI, le Wassermann a été négatif, dans le service du Dr Darier, et négatif aussi, quand le Dr Ravaut l'a refait lui-même.

Insistons encore sur les lupus érythémateux des observations XVIII et XIX dont les Wassermann étaient négatifs. Rappelons que le Wassermann a été trouvé positif par le Dr Ravaut dans 1 cas, et négatif dans 7 autres cas (2) de lupus érythémateux.

En même temps que nous faisions la réaction de fixation du complément à nos malades, nous faisions la réaction de Noguchi à la luétine, qui s'est partout montrée négative.

*
* *

La deuxième série de nos remarques porte sur l'action du traitement par le néosalvarsan.

Ce traitement a toujours été sans danger. En suivant la méthode des injections intra-veineuses, comme le fixait notre maître, le Dr Darier, à la Société de Dermatologie du 4 juillet 1912, et, en se servant des injections concentrées, selon la technique du Dr Ravaut, nous n'avons jamais eu d'accident sérieux. Depuis le mois de mars 1913, notre expérience se base sur 2 000 piqûres environ.

(1) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (août-septembre 1913), page 475.
(2) *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie* (décembre 1913), page 553.

Bien loin des doses du début, où Schreiber de Magdebourg, Stühmer, injectaient des quantités énormes et très rapprochées, soit, 0 gr. 9, le premier jour, 1 gr. 2, le 3e, 1 gr. 35, le 5e, 1 gr. 5, le 7e, nous donnons le 914 progressivement, de huit jours en huit jours, par série de :

0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90.

Nous tâchons d'injecter quatre à cinq fois 0 gr. 90, quand le malade les supporte bien.

Puis, s'il est nécessaire, nous entreprenons une seconde série, de :

0,45 — 0,60 — 0.75 — 0,90.

Nos malades des observations I, II, III, IV, IX, l'ont fort bien supporté.

Chez les femmes, les doses sont plus faibles et nous nous en sommes généralement tenus à des séries, atteignant une fois 0 gr. 90. Mais on peut, sans inconvénient, recommencer une série un mois environ après la première.

En prenant toutes les précautions de technique, nous n'avons constaté que rarement une fièvre à 39°, qui baisse le lendemain, de la céphalée, rare au début, n'apparaissant que chez les malades longuement traités, des vomissements très peu fréquents.

Le traitement, bien mené, est donc sans danger. Il est de plus utile.

Les effets sont excellents sur l'état général. Le Dr Bernay, de Lyon, le signalait dans un article du *Journal de médecine de Paris,* et nous avons pu le vérifier. Au cours de leur traitement, nos malades constataient que leurs forces augmentaient avec leur appétit. N'obtiendrait-on que ce résultat avec semblable méthode, qu'elle ne serait pas à négliger, chez des bacillaires.

De plus les résultats locaux valent qu'on s'y arrête. S'ils n'ont pas été constants, s'il est impossible de considérer le 914 comme agent thérapeutique infaillible des tuberculoses cutanées, on doit remarquer que souvent il est d'un précieux secours.

*
* *

Dans le lupus, nous avons noté :

Observation I. — Diminution de l'érythème, dans de fortes proportions. Assouplissement des cicatrices. Chute de presque toutes les croûtes ostréacées. Diminution du nombre des lupomes.

Le malade n'ayant aucun autre traitement.

Observation II. — Assouplissement des lésions. Diminution de la rougeur.

Observation III. — Diminution du nombre des lupomes. Effacement de l'érythème. Diminution de l'œdème. Chacun de ces caractères étant très marqués. Affaissement du bourgeonnement des muqueuses.

Observation IV. — Disparition de l'érythème. Cicatrisation de nom-

breux lupomes. Assouplissement des cicatrices. Guérison presque complète.

Observation V. — Diminution de l'érythème. Les téguments lupiques, ramollis, s'affermissent. Tendance à la cicatrisation.

Observation VI. — Diminution de l'érythème. Chute d'une partie des croûtes de bordure.

Apparition de tuberculides papulo-nécrotiques.

Observation VII. — Diminution de l'érythème.

Observation VIII. — Diminution de l'érythème. Les lupomes sont moins nets. Le mieux ne continue pas après la deuxième piqûre.

Observation IX. — L'ulcère lupique ne suppure presque plus. Il tend à la cicatrisation, mais ne se cicatrise pas. Le lupus blanchit. Les lupomes restent stationnaires.

Observation X. — L'ulcère lupique tend à la cicatrisation, mais ne se cicatrice pas complètement. Effacement de l'érythème.

D'où on peut conclure que les résultats, variables, sont toujours caractérisés, pourtant, par :

Une diminution notable de l'érythème, qui bleuit la lésion.

Un assouplissement constant des lupus.

Une chute relative des croûtes et squames, trois facteurs qui rendent le lupique plus présentable.

Nos malades étaient parallélement traités par les rayons X et les scarifications. Mais les résultats n'étaient pas aussi satisfaisants, avant les injections de 914, et, d'ailleurs, le cas de l'observation I, où seul le 914 est en cause, peut servir d'épreuve témoin.

Quant à la question de la disparition totale des lupomes, de la guérison, à proprement parler du lupus, elle nous semble nette : le néosalvarsan ne peut obtenir cette guérison. Mais il y aide certainement.

Et nous avons noté, (observation I, observation III, observation IV) surtout, une diminution manifeste du nombre des lupomes, à partir du moment où furent faites les injections intra-veineuses. L'infirmier C..., de l'observation IV, trouvait qu'il n'avait jamais eu de meilleur traitement ; faisons la part de l'enthousiasme et constatons seulement que nous fûmes nous-mêmes satisfaits.

Mais, chez la malade de l'observation VI, après la première série de piqûres, apparurent des tuberculides papulo-nécrotiques, qui s'effacent maintenant, au cours d'une deuxième série.

Dans un cas de tuberculose syphiloïde, la guérison a été complète.

Dans deux cas de gommes bacillaires la guérison a encore été complète, et cela, relativement rapidement, puisque, dans l'observation XII, il a fallu 4 piqûres, la plus forte étant de 0 gr. 60, et dans l'observation XIII, il a fallu le même nombre de piqûres.

Et nous arrivons là aux cas, où il nous semble que le traitement par le 914 soit vraiment efficace. Il s'agit des adénites bacillaires. Chez

chacun des malades précédents, les ganglions avaient, au cours des injections, diminué de volume et de nombre : c'étaient des ganglions simplement indurés. Mais, chez nos malades, des observations XIV, XV et XVI, où les adénites étaient suppurées, nous avons obtenu des guérisons complètes, qui se manifestaient déjà, à la deuxième injection.

*
* *

Quant aux tuberculides, elles nous ont donné des résultats discutables. Déjà, nous avons parlé de ces tuberculides papulo-nécrotiques, ayant apparu à la fin d'une série d'injections de 914, chez une malade, qui, d'ailleurs, avait antérieurement, été soigné par la tuberculine. Ces tuberculides s'effacent, à l'heure actuelle, mais lentement après trois nouvelles piqûres de 914 : 0,45 — 0,60 — 0,75.

Un lichen scrofulosorum, observation XVI, n'avait presque pas changé, immédiatement après une série de 914, et nous renonçions à en injecter davantage. Mais, six mois après, nous revoyons le malade, à peu près complètement guéri. Quel a été le rôle du traitement?

Un autre lichen scrofulosorum disparaît en trois injections de 0,45 — 0,60 — 0,75. Une tuberculide papulo-nécrotique sur le même malade est très fortement et très rapidement améliorée.

Un érythème induré de Bazin est guéri en trois injections.

Deux lupus érythémateux sont forts améliorés (avec diminution franche de l'érythème et de la kératose ponctuée).

Une sarcoïde de Boeck est guérie (1) au bout de deux injections. Par contre, une sarcoïde du type Darier-Roussy n'est pour ainsi dire pas modifiée par le traitement.

Les résultats sont donc assez particuliers à chaque type de tuberculide, sans qu'il soit possible de dire, qu'ils soient en rapport évident avec l'état du Wassermann ; le traitement par le néosalvarsan ne peut donc qu'imparfaitement, éclairer un diagnostic douteux, entre syphilis et tuberculides.

*
* *

En résumé, les tuberculoses cutanées et tuberculides, bénéficieront largement du traitement par le 914 seul, ou combiné à la tuberculine (méthode de Herxheimer-Allmann), mais ce dernier est insuffisant et demande à être complété par les traitements locaux ou généraux, tels que l'héliothérapie, la finsenthérapie, les rayons X, la radiumthéra-

(1) Il est juste de dire que chez cette malade la réaction de Wassermann était franchement positive, ainsi que la réaction de Noguchi. De plus, la malade a été présentée aux Drs Brocq et Thibierge qui pensèrent à la nature syphilitique possible de la lésion.

pie, les scarifications, les igniponctures, méthodes qui sans être spécifiques ont toutes fait leurs preuves.

Le 914 fait très bien dans le traitement des adénites bacillaires.

D'autre part, la réaction de Wassermann, dont la valeur a été discutée récemment dans quelques cas de tuberculides, nous a semblé constamment négative quand la syphilis était absente, de même d'ailleurs que la réaction de Noguchi, qui a été pratiquée parallèlement chez presque tous nos malades.

BIBLIOGRAPHIE

Toneff, Action thérapeutique du 606 en dehors de la syphilis. *Thèse,* Montpellier, 1912 (1).

H. Alston, Salvarsan in Yaws. *Britisch Medical Journal,* 6 janvier 1912.

Bernay, Le néosalvarsan dans la tuberculose et les états anémiques. *Journal de Médecine de Paris,* 1912, p. 975-977.

Bernhardt, Über die Behandlung des Lupus vulgaris nach Herxheimer Altmann (Salvarsan-Tuberkulinmethode). *Archiv. für Dermatologie,* 1913, vol. 114, p. 401.

Cockin, Treatment of 22 cases of yaws by salvarsan injections. *Journal of tropical medecine and hygiene,* 16 septembre 1912.

Cottle, Salvarsan in frambœsia. *United States Naval medicinal Bulletin,* 6 janvier 1912.

Dudumi et F. Saratzeano, La réaction de Wassermann en Dermatologie. *Annales de Dermatologie,* 1913, p. 600.

Arthur W.-M. Ellis, Review of American litterature, on Salvarsan, appearing october 1911, to october 1912. *Zeitschrift für Chimiothérapie,* etc. Leipzig, 1913.

E. Emery, Referät sur l'emploi du Salvarsan et du néosalvarsan en France du 1er août au 1er février 1913. *Zeitschrift für Chimiothérapie,* etc. Lepzig, 1913, Ref ii 385-414.

Fülleborn und Werner, Ueber Salvarsanwirkung bei Bilharziose. *Deutsche Med. Wochenschrift,* 1912, p. 351.

Iversen, *Zeitschrift f. Chimiothérapie,* 1913. p. 415-433.

James Mc Intosh, Salvarsan thérapy in England : 7st August. 1911 to 1st sept. 1912. *Zeitschr. f. Chimiothérapie,* 1913.

Koch, Ueber frambösiebeilung durch Salvarsan. *Berliner klinische Wochenschrift,* 30 décembre 1912.

Mlle Lebenthal, Essai de traitement local par l'arsenobenzol. *Thèse,* Paris, 1912.

Mathieu, P. Weil et Louis Guénot, De la rénovation sanguine déterminée chez les syphilitiques par le dioxydiamidoarsenobenzol, etc. *La Presse médicale,* 1914, no 2, p. 13.

(1) Pour la bibliographie de l'application thérapeutique du 606 en dehors de la syphilis avant l'apparition du 914, se reporter à la bibliographie de cette thèse.

O. Petersen, Die Salvarsanbehandlung der Orientbeule (Leishmaniose). *Munchener Mediz. Wochens.*, 1912, p. 2491.

P. Ravaut, Les effets curatifs des injections de néosalvarsan chez quatre malades atteints de tuberculides diverses. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie,* 5 juin 1913, p. 308.

P. Ravaut, Action du néosalvarsan et réaction de Wassermann chez des malades atteints de tuberculides diverses. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1913, p. 470.

P. Ravaut, Lupus érythémateux avec réaction de Wassermann positive; amélioration par le Salvarsan. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie,* 4 décembre 1913, p. 551.

Rost, Le Salvarsan dans la framboesia. *Munchener Medizinische Wochenschrift,* 1912, n° 1.

Rost, Die Salvarsan behandlung der frambœsie. *Medizinische Gesellschaft zu Kiel,* 18 juillet 1912.

Schreiber (de Magdebourg), Ueber neosalvarsan. *Munchener Med. Wochens* 1912, p. 905.

Stühmer, Klinische Erfahrungen mit neosalvarsan. *Deustche Med. Wochens.* 1912, p. 983.

J. Zilz, Ueber die lokale Salvarsanbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Spirochätenerkrankungen im Beriche der Mundhöle. *Münchener Med. Wochenschrift,* 1912, p. 20.

LE NÉOSALVARSAN A LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE BORDEAUX (1913). INCIDENTS ET ACCIDENTS

Par

MM. **Morin** et **Joulia**
Internes du service.

Pendant notre année d'Internat dans le Service de M. le Pr Dubreuilh, nous avons vu traiter la plupart des syphilitiques hospitalisés par les injections intra-veineuses de néosalvarsan.

Depuis le 24 janvier 1913 date à laquelle l'administration a commencé à le fournir aux services hospitaliers, jusqu'au 31 octobre, il a été employé à la clinique dermatologique, 159 grammes de ce produit. Cette quantité se répartit sur une centaine de malades auxquels il a été fait 192 injections. Avant cette date, une vingtaine de malades avaient déjà bénéficié d'échantillons envoyés à la clinique par les fabricants.

Dans presque tous les cas observés, les résultats immédiats nous ont paru excellents. Nous ne pouvons évidemment juger encore les résultats éloignés. Cependant nous avons cru intéressant de noter les rares accidents, les incidents et plus particulièrement les réactions fébriles qui ont suivi les injections.

Celles-ci ont toujours été faites suivant la méthode de Ravaut : solution faite extemporanément et toujours concentrée, puisque même pour les plus fortes doses, nous n'avons jamais dépassé 15 à 18 centimètres cubes d'eau distillée.

Dans ces conditions nous n'avons jamais eu d'accidents locaux (jamais de phlébite en particulier) sauf lorsque, au moment de la piqûre, quelques gouttes du liquide avaient passé dans le tissu cellulaire. Il se produisait alors une douleur assez vive immédiatement et dans la journée un peu de gonflement inflammatoire de la région, le tout cédant très rapidement sous l'influence d'un simple pansement humide.

Les accidents généraux graves ont été très rares. Par contre les petits incidents (poussées thermiques, nausées, céphalées) ont été très fréquents.

Nous nous proposons ici d'étudier d'abord les réactions fébriles. Nous passerons ensuite en revue les divers accidents que nous avons observés. Nous consacrerons enfin un paragraphe spécial à l'action bienfaisante du néosalvarsan sur l'évolution de la grossesse chez quelques femmes syphilitiques.

Etude des réactions fébriles.

Nous avons étudié ces réactions dans 85 cas : 57 hommes et 28 femmes. — 52 de nos malades (41 hommes et 11 femmes) ont présenté de la fièvre au cours du traitement. Cette élévation de température s'est produite en général le jour même de l'injection et dans la majorité des cas après la première injection. Parfois très peu accusée, elle est au contraire dans certains cas très violente, ce qui nous a amené à diviser les réactions thermiques en faibles de 37°,4 à 37°,9, en fortes de 38° à 38°,9, en très fortes de 39° et au-dessus.

Nous nous sommes demandés d'abord la cause de ces réactions, et ayant éliminé les diverses causes autrefois incriminées (eau distillée et altération du médicament en particulier) nous avons cherché d'abord si la dose initiale avait une grande influence sur la violence de la poussée thermique. Dans les limites de notre expérience, ceci ne nous a pas paru évident. En effet, les doses initiales employées ont été le plus souvent de 0 gr. 45 ou de 0 gr. 60.

I. — Dans le 1er cas (0 gr. 45).

Sur 24 hommes : 7 n'ont présenté aucune réaction.
14 ont eu une réaction forte.
3 — faible.

Sur 22 femmes : 12 n'ont eu aucune réaction.
7 ont eu une réaction forte.
3 — une réaction faible.

En somme sur 46 cas, nous avons :

21 fois réaction forte.
6 — faible.
19 — nulle.

C'est-à-dire que dans 3/5 des cas environ, il y a réaction.

II. — Avec des doses initiales de 0 gr. 60, d'autre part,

27 hommes ont eu : 16 fois réaction forte.
3 — faible.
8 — nulle.

6 femmes : 0 fois réaction forte.
1 — faible.
5 — nulle.

En somme sur 33 cas : 16 réactions fortes.
4 — faibles.
13 — nulles.

Ici encore la moyenne des réactions est de 3/5 approximativement.

Enfin dans 1 cas, nous avons commencé par 0 gr. 30, nous avons eu une réaction forte, et dans 5 cas (hommes) par 0 gr. 75, nous avons eu :

2 réactions fortes.
2 — faibles.
1 — nulle.

Nous ne pouvons donc tirer aucune conclusion de ces chiffres.

Plus féconde en enseignements, nous a semblé la notion de traitement mercuriel antérieur. Nous avons repris notre statistique à ce point de vue et voici les résultats que nous avons obtenus.

1° Malades n'ayant subi aucun traitement spécifique avant la 1re injection de néosalvarsan.

Sur 32 hommes : 28 réactions fortes.
2 — faibles.
2 — nulles.

Sur 14 femmes : 5 réactions fortes.
1 — faible.
8 — nulles.

En somme, 46 syphilis non traitées ont donné dans :

33 cas, réaction forte.
3 cas, — faible.
10 cas, aucune réaction.

2° Malades ayant subi un traitement antérieur quelconque (arsenic ou mercure).

Sur 25 hommes : 9 réactions fortes.
7 — faibles.
9 — nulles.

Sur 14 femmes : 2 réactions fortes.
2 — faibles.
10 — nulles.

En somme, sur 39 syphilis traitées, nous avons :

11 réactions fortes.
9 — faibles.
19 — nulles.

Il faut cependant noter que sur les 9 hommes qui ont présenté une forte réaction, il s'agissait dans 3 cas de syphilis maligne précoce avec mauvais état général — deux de ces malades avaient contracté leur maladie aux colonies et l'un d'entre eux avait, avant le traitement 37°,5 tous les soirs. — Dans 3 autres cas, le traitement mercuriel an-

térieur avait été à peu près nul (60 grammes de sirop de Gibert dans un cas par exemple). Il nous semblerait donc juste de faire entrer ces 3 derniers cas dans la catégorie des syphilis non traitées.

En tous cas, il nous semble ressortir très nettement de ces chiffres qu'un syphilitique non traité a environ 2 chances et demie ou 3 contre une d'avoir une poussée thermique à sa première injection de néosalvarsan alors que le malade traité a pour lui 2 chances de n'en pas avoir. Et cette notion va nous permettre d'expliquer maintenant d'une manière très claire les réactions différentes que provoque une même dose de néosalvarsan et inversement que des doses faibles puissent produire des réactions violentes alors que des doses beaucoup plus fortes n'en produisent pas. En effet si nous mettons en regard des quantités de 914 employées à la clinique, les poussées thermiques qu'elles ont déterminées, nous voyons :

1° Que dans le cas où on a fait une injection initiale de 0 gr. 30, le malade qui a présenté une forte réaction n'avait subi qu'un traitement très faible (60 grammes de sirop de Gibert).

2° Dans 14 cas de réactions fortes après 0 gr. 45 (dose initiale) chez les hommes :

10 fois il n'y avait eu aucun traitement antérieur.

2 fois un traitement très faible (un de ces malades avait pris 30 grammes de sirop de Gibert pendant 2 jours seulement, l'autre, hérédo-syphilitique, avait été traité uniquement à l'iodure, plus une piqûre de 0 gr. 02 de biiodure).

2 fois le traitement avait été sérieux (ici encore il s'agit de syphilis soit franchement maligne, soit à évolution rapide : éruption psoriasiforme croûteuse).

3° Dans 16 cas de poussées thermiques violentes après injection de 0 gr. 60 de Neosalvarsan.

12 malades n'avaient eu aucun traitement antérieur.

4 seulement un traitement sérieux. (Ici encore nous avons affaire 2 fois à la syphilis maligne, dont un cas de récidive après salvarsan et une fois à une syphilis tonkinoise datant de 7 ans, s'accompagnant d'un état général précaire, albumine dans les urines, etc., et n'ayant subi aucun traitement depuis 2 ans.)

4° Les 2 cas où nous avons eu des réactions fortes en commençant par des doses de 0 gr. 75, il n'y avait pas eu de traitement antérieur.

Les chiffres que nous avons donnés jusqu'ici ne s'appliquent qu'aux hommes ; chez les femmes, la dose initiale de 0 gr. 45 n'a donné lieu que dans 7 cas à une réaction thermique intense, 5 fois il s'agissait de malades non traitées antérieurement, les 2 autres avaient eu un traitement faible (sirop de Gibert 30 grammes, l'une 8 jours, l'autre 6).

Avec des doses initiales de 0 gr. 60, nous n'avons jamais observé de réactions intenses. Ceci doit tenir à ce que d'abord on n'injecte pas

volontiers de pareilles doses à une femme pour commencer, surtout si elle n'a subi aucun traitement antérieur, et ensuite à ce que d'une manière générale, les femmes nous ont paru réagir moins que les hommes à doses égales. Cependant ce manque de réaction peut n'être qu'apparent et nous croyons que notre statistique changerait un peu de physionomie à cet égard si l'on prenait régulièrement la température des femmes dans la nuit qui suit l'injection ; celle-ci étant faite dans la matinée, vers 10 ou 11 heures, la température prise vers 3 ou 4 heures pour la contre-visite, est encore le plus souvent normale. Mais nous avons maintes fois observé vers 11 heures ou minuit chez les femmes traitées, de l'agitation, de la céphalée, voire même de la température constatée au thermomètre, mais qui n'a malheureusement pas été notée régulièrement.

Il s'agissait donc peut-être chez les femmes de réaction retardée plutôt que d'absence de réaction.

En général, nous avons fait à nos malades trois injections, souvent quatre, surtout lorsqu'on commençait par de faibles doses et que nous avions affaire à des sujets très infectés. Cependant il est très difficile de faire accepter à beaucoup d'entre eux qu'une seule injection de ce « merveilleux 606 » ne les ait pas guéris à tout jamais, lorsqu'ils ont vu les accidents disparaître si rapidement et malgré nos recommandations, ils nous quittent pour ne plus revenir, dès la première piqûre. Ceci pour expliquer la grande majorité des injections n° 1 dans les tableaux ci-contre que nous avons établis pour montrer le moment de la réaction thermique maxima.

HOMMES	R. TRÈS FORTE	R. FORTE	R. FAIBLE	PAS DE RÉACTION
Injection n° 1.	16	17	8	16
Injection n° 2.	3	11	2	25
Injection n° 3.	1	2	4	15
Injection n° 4.	0	1	0	10

Donc sur 20 réactions très fortes (au-dessus de 39°) 16 se sont produites au moment de la 1re injection c'est-à-dire dans 4/5 des cas.

Sur 31 réactions fortes, 17 à la première, soit un peu plus de la moitié des cas.

Sur 14 réactions faibles, 8 à la première, soit encore un peu plus de la moitié.

Sur 66 réactions nulles, 16 seulement à la 1re injection, soit approximativement le quart seulement des cas.

Si nous lisons le tableau dans le sens horizontal maintenant, nous

voyons que la 1re injection a donné lieu à des réactions 41 fois sur 57, que la seconde injection donne encore un taux de 16 réactions sur 41. Enfin la 3e et la 4e injections ont donné l'une 7 réactions sur 22 cas et l'autre 1 réaction sur 11 cas. On peut en conclure que les chances de poussées thermiques diminuent avec le nombre d'injections.

Voici maintenant le même tableau établi pour les femmes.

FEMMES	R. TRÈS FORTE	R. FORTE	R. FAIBLE	PAS DE RÉACTION
Injection n° 1.	3	4	3	18
Injection n° 2.	0	3	3	13
Injection n° 3.	0	0	0	11
Injection n° 4.	0	0	0	3

Comme nous le disions plus haut, il semble toujours que les femmes réagissent moins. Cependant toutes les réactions très fortes se sont produites à la 1re injection et à partir de la 2e il n'y a jamais eu aucune réaction.

Quant au moment de la journée où se produit la poussée thermique, nous avons pu l'établir, grâce au zèle de la cheftaine de notre salle des hommes qui a pris chez 32 malades la température de 2 heures en 2 heures à partir du moment de l'injection. Celle-ci était faite à la visite du matin, c'est-à-dire à peu près vers 10 heures. La température ne commence guère à s'élever dans tous ces cas avant 3 heures de l'après-midi ; et vers minuit tout est fini.

En examinant les courbes de température, nous avons distingué 3 types : un premier, le plus fréquent de beaucoup (28 sur 41 graphiques), présente une forme en clocher simple, dont le sommet est à 5 heures le plus souvent. A côté de ce type, il en existe deux autres qui se rencontrent moins souvent, l'un (7 sur 41) est formé de deux maxima entre lesquels la température tombe parfois au-dessous de 37°, l'autre par une courbe en plateau, aux angles arrondis où la température s'élève et s'abaisse progressivement.

D'ailleurs ces différentes allures de la courbe thermique ne nous ont paru en rapports constants avec aucune circonstance clinique (traitement antérieur — nombre d'injections — malignité de la syphilis). Et nous ne croyons pas pouvoir en faire état jusqu'ici pour le pronostic, ni pour les indications du traitement.

D'ordinaire, le lendemain de l'injection il n'y a plus de température. Mais dans une dizaine de cas, nous avons pu relever des réactions prolongées, retardées ou récidivées. Nous allons étudier rapidement ces

anomalies. Nous disons qu'il y a réaction prolongée lorsque après une réaction thermique le jour même de l'injection, la fièvre persiste encore pendant un ou deux jours. Nous en avons observé 4 cas, et deux de ces malades ont présenté des accidents assez graves. Les réactions retardées sont celles qui apparaissent seulement le lendemain d'une injection qui n'a été suivie d'aucune poussée thermique immédiate. Sur 5 ou 6 cas elles se sont produites 3 fois au moment d'une 3e ou d'une 4e injection de 914, et 2 fois ont accompagné encore des accidents assez graves. — Les malades qui ont une réaction récidivée refont le lendemain de l'injection une poussée thermique ordinairement plus faible, mais analogue à celle de la veille. Nous en avons observé 2 cas — une fois il s'agissait d'une syphilis maligne précoce. Bien qu'en général ces formes anormales semblent apparaître tout à fait au hasard et sans aucune règle constante, nous croyons devoir leur attribuer une certaine valeur pronostique surtout lorsqu'elles se reproduisent plusieurs fois chez le même malade, elles nous semblent manifester un certain degré d'intolérance naturelle vis-à-vis du médicament et commander la prudence dans le maniement des doses.

Accidents. — Nous n'avons observé que de rares accidents, éphémères le plus souvent, en particulier jamais de décès. Nous les grouperons suivant les différents appareils qu'ils ont affectés et par ordre de fréquence. Nous avons à signaler d'abord des troubles digestifs: 3 de nos malades (2 hommes et une femme) ont présenté, sans qu'on puisse accuser d'autres circonstances que l'injection de 914, des vomissements répétés, de la diarrhée, et des coliques pendant 2 ou 3 jours. Aucun d'entre eux n'avait subi de traitement mercuriel antérieur et on ne peut invoquer la malignité particulière de la syphilis.

Du côté du système nerveux, nous avons observé 3 fois des accidents sérieux, mais dans un cas au moins le malade est aussi coupable que le médicament. Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, qui était porteur de lésions secondaires buccales et n'avait jamais subi de traitement spécifique. On lui fit une injection de 0 gr. 45 de néosalvarsan le 29 mai. Pas de réaction thermique le soir, mais le 30 ayant voulu malgré nos recommandations reprendre son travail dès 6 heures du matin, il eut une heure environ après son lever une courte syncope sans gravité d'ailleurs, 3 autres injections de 0 gr. 60 lui furent faites dans le mois qui suivit et ne déterminèrent plus aucun accident, sauf une poussée thermique (du type anormal) à la dernière.

Notre 2e malade était un Espagnol d'une trentaine d'années, entré pour des lésions secondo-tertiaires du gland, n'ayant jamais eu, à ce qu'il nous dit, de crises épileptiques ou hystériques, et ne présentant pas de stigmates d'éthylisme. Pas de traitement antérieur.

Une première injection de 0 gr. 60 pratiquée le 5 août donne une

réaction de 38°,6 dans la soirée et amène une amélioration rapide des lésions, sans autre incident que quelques nausées sans importance. Le 19 août 2e injection de 0 gr. 60. Cette fois réaction violente: 38°,8, forte céphalée. Le malade se sent très fatigué, abattu et présente encore de la fièvre tous les soirs pendant 3 à 4 jours.

Le 22, vers 4 heures de l'après-midi, brusquement, sans prodromes, sans cri initial, il est pris de convulsions à type surtout tonique. La crise dure 4 à 5 minutes et se termine par quelques secousses cloniques. Pas de morsure de la langue. Pas de relâchement des sphincters. Le malade reste un peu obnubilé toute la soirée et ne semble pas avoir le souvenir de ce qui lui est arrivé. Mais deux jours après, complètement rétabli il réclame avec insistance son exeat.

Les accidents les plus graves se sont produits chez une femme de 46 ans, scléreuse, entrée salle D pour des lésions ulcéreuses de la face et une glossite datant de 7 à 8 ans. Pas de traitement antérieur. Le 25 avril, injection de néosalvarsan de 0 gr. 60 bien supportée. Pas de réaction thermique.

Le 27, la garde-malade s'aperçoit que la femme L. ne se sert que très difficilement de son bras droit. La gêne augmente dans la journée du 28 et l'impotence s'étend même au membre inférieur. Le 29 au matin, la malade est aphasique avec hémiplégie droite. Le déficit prédomine cependant au membre supérieur. Un traitement mixte, iodo-mercuriel, est institué et les lésions semblent rétrocéder un peu. Le 25 juillet à sa sortie de l'hôpital, les lésions de la face sont nettement améliorées. La malade a recouvré, quoique incomplètement, l'usage de sa jambe droite. Elle parle encore difficilement, mais se fait parfaitement comprendre maintenant. Seul le membre supérieur droit reste encore à peu près impotent et semble évoluer vers la contracture.

La malade, revue fin décembre, parait aller mieux. L'hémiplégie a regressé en partie, sans contracture ; mais il existe des troubles intentionnels de la parole et du mouvement qui sont très marqués. Aussi M. le Pr agrégé Verger, qui l'a examinée, croit à du ramollissement de la zone rolandique gauche par slérose des vaisseaux ou par artérite syphilitique. Par conséquent, pour lui, le néosalvarsan ne serait nullement cause de l'accident survenu chez notre malade.

Enfin dans un cas de syphilis maligne traité de diverses manières depuis 3 ans, ayant en particulier récidivé après une injection de Salvarsan, nous avons vu se produire une esquisse d'hémiparésie droite après 4 injections de néosalvarsan (2 de 0 gr. 60, 1 de 0 gr. 75 et 1 de 0 gr. 90). Le malade entré avec des lésions ulcéreuses et phagédéniques du gland avait en outre des arthropathies multiples et de la fièvre à 37°5 tous les soirs. Dans l'intervalle des injections, piqûres de bi-iodure. Sous l'influence du traitement et dès la 2e injection, la fièvre disparaît, les arthralgies aussi ; et le malade est transeaté le 14 oc-

tobre dans le service de M. le Pr Pitres, présentant un peu de diminution des forces du côté droit avec un commencement d'atrophie musculaire des deux membres de ce côté. Revu à la consultation le 15 novembre, il se sent tout à fait bien. Ses forces sont complètement revenues et il n'existe plus de différences sensibles entre le volume des masses musculaires des deux côtés. Chauffeur à bord d'un paquebot, il reprend son pénible travail et s'est embarqué pour le Brésil.

Chez une femme de 22 ans, couverte d'une éruption croûteuse, d'une roséole très abondante, s'étendant sur tout le corps et envahissant même le visage, nous avons pratiqué avant tout traitement antérieur une injection de 0 gr. 45 de néosalvarsan le 22 mai. Le 23, forte réaction thermique et iritis suraiguë à l'œil gauche. Le lendemain l'œil malade allait mieux, mais l'œil droit se prenait à son tour. Des injections intra-musculaires de bi-iodure à raison de 0 gr. 02 tous les deux jours, et un traitement local banal (collyre à l'atropine) ne réussirent à calmer ces accidents à bascule qu'au bout de 4 à 5 jours. Trois autres injections (une de 0 gr. 60 et deux de 0 gr. 75 de néosalvarsan) sont pratiquées dans le courant du mois qui suit, n'amènent aucune réaction fébrile et la malade quitte l'hôpital le 20 juin ne souffrant plus du tout des yeux, les lésions cutanées en voie de disparition.

Signalons enfin quelques troubles de l'appareil génital chez la femme. Une de nos malades atteinte de métro-annexite subaigue a fait une poussée violente du côté de son petit bassin et de son péritoine avec fièvre à 39°,8 5 ou 6 jours après une injection de 0 gr. 45 de néosalvarsan précédée d'un traitement antérieur très faible (sirop de Gibert, 8 jours). — Une autre, enceinte de 8 mois et bacillaire, a eu quelques coliques utérines et une poussée congestive du côté de ses lésions pulmonaires se traduisant par une ou deux hémoptysies sans gravité, une semaine environ après une injection de 0 gr. 45 de néosalvarsan. Cette malade, très indocile, avait été traitée au 914 déjà au début de sa grossesse, avait été exéatée par mesure disciplinaire et avait dû évidemment se traiter très peu ou très mal, car nous l'avions réadmise avec une floraison superbe de condylomes vulvaires. Accidents pulmonaires et utérins se calmèrent d'ailleurs très rapidement, puisque cette femme accoucha normalement le 13 juin d'un enfant très bien portant et que nous avons pu revoir en état de santé très satisfaisant en août, les lésions pulmonaires étant stationnaires (2e degré).

En résumé, nous n'avons à déplorer qu'un résultat vraiment malheureux et encore faut-il incriminer certainement pour une bonne part l'âge de la malade et l'état de ses artères. Dans tous les autres cas, les troubles n'ont été que passagers, mais nous insistons à dessein sur ce fait que tous se sont produits chez des malades n'ayant subi aucun traitement spécifique antérieur.

Avant de terminer la liste des principaux accidents que nous avons

observés, signalons un résultat malheureux éloigné qui a suivi de bien près le traitement par le 914. Il s'agit d'un jeune homme atteint d'un chancre survenu fin juin et présentant à son entrée à l'hôpital une roséole nette. Pas de traitement antérieur. Durant le mois d'août, il lui est fait 3 injections de néosalvarsan bien supportées, sans incident. Depuis, malgré nos conseils, le malade n'a suivi aucun traitement mercuriel, et, en octobre, il est pris d'accidents oculaires graves consistant en iritis et neurorétinite survenus à l'œil gauche.

Pour finir, disons un mot de 5 femmes enceintes qui ont été traitées à la clinique dermatologique. 2 d'entre elles n'ont pu être retrouvées. Les 3 autres ont accouché normalement en temps normal, d'enfants sains.

Il s'agissait une fois d'une grossesse de 2 mois au début du traitement. Accouchée le 13 juin à la Maternité d'un enfant de 4 kilogrammes, ne présentant aucun stigmate cutané ou viscéral de syphilis. Placenta, poids 580 grammes. La mère et l'enfant revus en août se portent bien. L'enfant se développe normalement.

Une autre femme enceinte de 5 mois, présentant des condylomes vulvaires depuis 2 ou 3 mois, et traitée par 4 injections de néosalvarsan (0 gr. 45, 0 gr. 60 et 2 fois 0 gr. 75) avec des injections de bi-iodure dans l'intervalle pendant 1 mois, puis du sirop de Gibert pendant sa grossesse, a accouché à la clinique obstétricale le 4 octobre d'un enfant sain pesant 2 kgr. 900, le placenta pesait 420 grammes. La mère revue en novembre se porte bien; l'enfant se développe normalement.

Enfin une grossesse de 8 mois accompagnée de roséole, traitée par une injection de 0 gr. 45 de néosalvarsan et une dizaine de bi-iodure, s'est terminée le 28 janvier par un accouchement normal à la Maternité. Enfant 2 kgr. 350, placenta 400 grammes. Nous n'avons pu revoir l'enfant qui se développait normalement durant les premiers jours de sa vie et ne présentait aucune trace apparente de syphilis,

De cette longue énumération des faits, nous voudrions maintenant tirer quelques conclusions pratiques.

Tout d'abord nous ferons ressortir l'innocuité relative et le peu de toxicité du néosalvarsan dont la méthode de Ravaut rend actuellement l'administration si facile.

Les réactions fébriles, ordinairement peu intenses chez des malades récemment et sérieusement traités au mercure ne nous arrêteront guère, sauf lorsqu'elles affectent un type anormal, retardé ou prolongé, auquel cas, il faut craindre une intolérance individuelle au médicament et se méfier plus particulièrement des accidents nerveux.

Ces accidents, comme d'ailleurs tous ceux que nous avons observés, semblent plus fréquents et plus graves chez les malades qui n'ont pas

subi de traitement mercuriel antérieur. Le mercure semble atténuer beaucoup la réaction d'Herxheimer, plus encore que l'emploi de doses initiales faibles de néosalvarsan.

Le mercure fait admirablement le lit du 606 et pour éviter tout inconvénient dans l'administration de ce remède vraiment remarquable quand ce ne serait que par la rapidité de ses effets, le meilleur moyen nous semble encore de soumettre toujours les malades à un traitement mercuriel sérieux avant la première dose de néosalvarsan.

RECUEIL DE FAITS

SUR UNE DENT D'HUTCHINSON UNILATÉRALE

Par **Ch. Audry.**

La dent d'Hutchinson, la vraie (celle qui comporte l'implantation oblique, divergente par le haut, convergente par le bas, et l'encoche du bord libre), cette dent d'Hutchinson ne peut plus être rapportée qu'à une localisation des spirochètes pâles dans le bourgeon inter-maxillaire (1).

Habituellement, l'invasion des spirochètes s'effectue de telle sorte que l'une et l'autre incisive sont atteintes. Mais il n'est pas impossible qu'un seul os incisif, et une seule incisive soient lésés.

En fait, les faits de ce dernier genre sont peu connus. En voici cependant un exemple.

X... est une fille de 14 ans ; elle est sourde (labyrinthite précoce) et muette totalement ; elle a été soignée pour une kératite interstitielle double, guérie d'ailleurs par le traitement spécifique. Elle présente des lésions cutanées ulcéro-gommeuses disséminées typiques ; elle offre en outre tous les accidents d'une néphrite hémorragique chronique, et une R. W. positive.

Tous ces accidents ont guéri par l'arsénobenzol, sauf bien entendu la surdi-mutité.

Mais c'est sur sa dentition que je désire attirer l'attention. En général, cette dentition est bonne et normale. Seule l'incisive supérieure gauche médiane présente une disposition anormale.

Sa forme est régulière, et sa largeur normale ; la couleur un peu grise est celle des autres dents.

Le bord libre est un peu inégal, mais n'a pas l'encoche vraie, caractéristique.

Mais : par rapport à l'incisive médiane supérieure droite, l'incisive supérieure gauche médiane est plus courte d'un bon tiers. L'extrémité inférieure de son bord interne arrive à peu près au contact de la médiane de l'autre côté ; mais en haut, ce même bord s'en écarte notablement.

Elle est donc implantée très obliquement de dehors en dedans.

En outre, elle est moins longue que sa congénère, car son angle inféro-externe qui s'écarte notablement en dedans de l'incisive latérale ne des-

(1) On sait que M. Pasini a coloré des spirochètes dans l'invagination dentaire.

cend pas plus bas que le niveau de l'union du quart inférieur de celle-ci avec ses trois quarts supérieurs.

Enfin, si, en haut et en dedans, en émergeant de la gencive elle s'écarte sensiblement de l'autre incisive médiane, en haut et en dehors elle se colle étroitement contre le collet de l'incisive latérale.

On rapprochera cet état de l'écartement interincisif que M. Gaucher a signalé chez quelques hérédo-syphilitiques ; mais il s'en distingue et ne peut être considéré que comme une dent d'Hutchinson unilatérale privée d'encoche du bord libre.

Toutefois, on est amené à en envisager un peu différemment la pathogénie. En effet, si la déformation de la dent même permet d'admettre une lésion du germe dentaire, il faut supposer une altération des os incisifs pour expliquer la déviation.

On est ainsi conduit à l'hypothèse que dans notre cas, l'os incisif gauche seul a été atteint par les spirochètes, à l'exclusion du germe même de la dent correspondante.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

I. — Étude bactériologique et expérimentale.

Quelques formes rares de kératite syphilitique chez le lapin, par Danila et Stroe. *Société de Biologie,* 1913, p. 1241.

En inoculant du virus syphilitique à des lapins les auteurs ont pu réaliser certaines formes particulières de kératite, panus crassus total, kératite ponctuée, phlycténulaire. E. Vaucher.

Un parasite intracellulaire se transformant en spirochæte, trouvé par la méthode de coloration in vitro dans l'agar (jelly method), dans les lésions syphilitiques et le sang circulant durant la période secondaire (An intracellular parasite developping into spirochætes ; found by the jelly method of in vitro staining in syphilitic lesions and in the circulating blood during the secondary stages of the disease), par E. Halford Ross. *British Medical Journal,* 14 décembre 1912, p. 1651.

Travail important : En employant la méthode de coloration, in vitro, dans la gelée d'agar de H.-C. Ross, on trouve dans les leucocytes mononucléaires du sang de cobaye, des corps déjà signalés par Kurloff qui les considéra comme des parasites, appelés corps de Kurloff ou *Lymphocitozoon cobayæ* ; ils évoluent vers la forme de spirochætes qui nagent librement dans le sang : d'où l'hypothèse que ces spirochætes sont des microgamètes ou éléments mâles.

Ils produisent chez le cobaye une maladie caractérisée par de l'anémie avec production de nodules ou de tumeurs hépatiques et spléniques, composées d'amas de mononucléaires contenant des corps de Kurloff. Cette maladie, très fréquente chez les cobayes en Angleterre, est transmissible de cobaye à cobaye par le coït et transmissible aussi de la mère au fœtus.

Cropper a trouvé ces mêmes parasites dans les vésicules séminales du ver de terre et par la méthode de Ross on a pu observer l'évolution des corps de Kurloff vers la forme de spirochætes libres dans le sang.

De même *chez l'homme et chez l'homme syphilitique seul,* E.-H. Ross a trouvé dans les mononucléaires du chancre et d'ulcérations syphilitiques les corps de Kurloff, et a pu surprendre leur transformation en spirochætes libres dans le sang de la période secondaire.

Les parasites trouvés chez le cobaye, les vers de terre et l'homme syphilitique sont analogues. On peut en inférer que les spirochætes sont des microgamètes ou éléments mâles, les corps de Kurloff des macrogamètes ou éléments femelles : la preuve ne serait donnée que si on constatait leur conjugaison, mais on en trouve une preuve dans l'existence durant les périodes avancées de la syphilis secondaire de cellules particulières, grandes comme des globules rouges ou plus, jusqu'au volume d'un gros éosino-

phile, sphériques, rappelant les mastzellen mais s'en différenciant, et existant exclusivement chez les syphilitiques. Mc Donach a d'ailleurs surpris la fécondation de ces macrogamètes par le Treponema.

Il y a beaucoup à dire sur l'histoire du parasite de la syphilis et Schaudinn pourrait bien n'avoir trouvé qu'un des stades de son évolution, le stade de microgamète ou spirochète; déjà en 1879, Klebs, puis Losdorfer et Döhle ont décrit des inclusions cellulaires spécialès chez les syphilitiques. En 1905, Siegel décrivit son Cytoryctes lues qui présente une évolution vers des corps flagellés spirochætiformes extracellulaires. Schaudinn critiqua cette découverte et quelques mois après découvrit le spirochæte pallida.

D'après ces faits, R. fait les hypothèses suivantes très intéressantes : *la maladie du cobaye serait à la syphilis ce que le cow-pox est à la variole.*

G. Petges.

Présence du treponema pallidum dans un cas de méningite syphilitique associée à la paralysie générale et dans la paralysie générale, par Marinesco et Minea. *Société de Biologie,* 1913, p. 709 et 975. *Revue neurologique,* 15 mai 1913, n° 9, p. 581 (avec 2 figures) et n° 10, p. 661.

Dans un cas de méningite syphilitique associée à la paralysie générale, l'autopsie a montré des lésions diffuses de méningite plus marquées au niveau des scissures et caractérisées par une forte accumulation de lymphocytes et de cellules plasmatiques autour des vaisseaux. Çà et là on rencontre des gommes miliaires avec cellules géantes. Les tréponèmes se retrouvent isolés, ou disposés en groupes au voisinage des vaisseaux altérés. Malgré les altérations manifestes de la substance corticale, les auteurs n'ont pas réussi à déceler le tréponème à ce niveau. Sur 26 cas de paralysie générale les auteurs n'ont trouvé le tréponème que dans un seul cerveau. Les spirochètes en grand nombre offrent une topographie analogue à celle décrite par Noguchi, ils sont localisés principalement au niveau de la troisième couche de l'écorce.

E. Vaucher.

Présence du treponema pallidum dans le cerveau des paralytiques généraux. *Société de Biologie,* 1913, p. 794.

Présence constante du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux morts en ictus. *Société de Biologie,* 1913, p. 1009, par A. Marie, Levaditi et Bankowski.

Mémoire détaillé (*Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1913 (Analysé par Levaditi dans *Bulletin de l'Institut Pasteur*).

1° Sur 24 cerveaux de paralytiques généraux les auteurs ont trouvé des tréponèmes dans deux cas au niveau de l'écorce cérébrale. Chez un de ces malades, la paralysie générale avait débuté depuis sept ans ; le tréponème persiste donc très longtemps au niveau du cerveau des sujets atteints de paralysie générale. Les spirochètes existent dans le cerveau des paralytiques généraux beaucoup plus fréquemment que ne le montrent les recherches récentes ; mais la méthode employée pour les déceler est encore imparfaite. Les auteurs ont constaté dans un cas de paralysie générale le tréponème décelable par la méthode de Durin et celle de Fontana.

2° Dans cette seconde note les auteurs montrent qu'en utilisant une

méthode appropriée, et en examinant chaque circonvolution cérébrale on trouve le tréponème dans tous les cas, six cas positifs sur six examinés (examen ultramicroscopique, méthodes de Durin, de Fontana-Tribondeau et de Lœffler). Le nombre des parasites était très grand dans trois cas, aussi grands que sur certains frottis de chancre ; dans trois autres cas ils durent être recherchés avec soin. Ces foyers nombreux contenant des spirochètes sont autant de syphilomes du cortex laissant après eux une sclérose équivalente à l'induration postchancreuse. L'ictus apoplectiforme semble être dû a ces poussées parasitaires au niveau de l'écorce cérébrale. E. VAUCHER.

Un cas de gommes syphilitiques chez un nouveau-né. Répartition des tréponèmes, par C. SAUVAGE et L. GERY. *Annales de l'Institut Pasteur,* 1913, n° 6, p. 489.

La constatation de gommes volumineuses dans les organes du nouveau-né hérédo-syphilitique est exceptionnelle. L'on rencontre assez fréquemment des gommes miliaires, mais ce n'est guère qu'au bout de plusieurs mois, la fin de la première année et surtout dans la syphilis héréditaire tardive que l'on peut voir les lésions gommeuses ayant atteint de notables proportions. La plupart des auteurs signalent l'absence ou la rareté des tréponèmes dans les gommes volumineuses. Seuls Gastou et Girauld ont toujours trouvé des spirochètes en grande abondance dans les foyers gommeux.

Chez un enfant hérédosyphilitique mort cinq jours après sa naissance, les auteurs ont trouvé plusieurs gommes volumineuses, quelques-unes atteignant le volume d'une noisette, siégeant dans le parenchyme hépatique et dans les lobes supérieurs des deux poumons. Ils ont fait une étude très complète de la structure histologique de ces gommes et du tissu pulmonaire et hépatique avoisinant.

Ils ont recherché par la méthode de l'imprégnation à l'argent les tréponèmes dans le foie, les deux poumons, les surrénales, les reins, le placenta et dans deux bulles de pemphigus. Ils n'en ont trouvé que dans le foie et dans le poumon droit. Encore la répartition des parasites restait-elle soumise à une règle étroite ; dans le poumon, ils en ont trouvé en grande abondance dans la gomme du sommet droit ; partout ailleurs les tréponèmes étaient introuvables. S. et G. n'ont pu déceler aucun tréponème dans la gomme du lobe gauche du foie, ni dans les portions du parenchyme scléroséé ; au contraire, ils étaient très abondants dans la gomme du lobe droit.

E. VAUCHER.

II. — Étude clinique.

Chancre.

Chancre syphilitique de la caroncule lacrymale (Initiales klerose an der Caruncula lacrimalis), par F. JAMPOLSKY. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 17, p. 669.

Observation recueillie sur une femme de 40 ans. Guérison rapide par le Salvarsan.

J. en connaît six autres observations publiées. Le syndrome est constant : œdème des paupières, chemosis bulbaire, tuméfaction, infiltration et ulcé-

ration superficielle de la caroncule; peu de sécrétion; point de douleurs, ni de photophobie; vue normale.

Autrefois, la guérison en était longue. Dans ce cas, le Salvarsan a agi très promptement. Ch. AUDRY.

Chancre intra-urétral (Endourethral chancre), par E.-H. MARSH. *New-York medical journal,* 7 septembre 1912, p. 481.

Deux cas semblables observés en quelques jours :

1. Homme de 38 ans, présente depuis six semaines, après trente et un jours d'incubation, un écoulement considéré tout d'abord comme blennorrhagique : il n'existe pas de brûlures durant la miction; l'urine sort en jet fin, ou par gouttes. L'examen montre un écoulement séreux, sans gonocoque, avec un méat rouge, induré jusqu'à un centimètre dans le canal de l'urètre. Un deuxième chancre existe dans le sillon balonoprépulial. On constate de la polyadénopathie, de la roséole et des plaques muqueuses buccales. Guérison locale rapide par le mercure.

2. Homme de 30 ans atteint d'un écoulement purulent urétral, avec présence de diplocoques décolorés par le Gram. Malgré un traitement antigonococcique les douleurs, l'écoulement, la rougeur persistent. Après deux semaines le méat est induré, et bientôt l'induration s'étend presque dans le canal urétral. Guérison locale rapide par le mercure. G. PETGES.

Foie.

Syndrome de Banti d'origine syphilitique (Sindrome de Banti de origen sifilitico), par URRUTIA. *Revista clinica de Madrid,* t. IX, nº 9, 1er mai 1913, p. 329.

Il s'agit d'une cirrhose du foie probablement atrophique avec une rate démesurément hypertrophiée, anémie, leucopénie et lymphocytose chez un homme modérément buveur, ayant longtemps séjourné aux Philippines, syphilitique depuis 25 ans. Deux injections de 0,35 de Salvarsan le remettent en état. Il paraît actuellement rationnel de considérer tout syndrome de Banti comme syphilitique avant de le livrer au chirurgien, même en l'absence d'antécédents spécifiques ou de Wassermann négatif.

J. MÉNEAU.

Généralités.

Localisation régionale de lésions syphilitiques tertiaires, gommes cutanées à aspect d'ulcères variqueux (Localización regional de lesiones sifilíticas terciarias, gomas cutaneos con aspecto de úlceras varicosas), par BARAIL. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, avril-mai 1913, nº 4, p. 225.

Les lésions prises pour des ulcères variqueux à fond sale et anfractueux étaient en réalité des gommes syphilitiques, chez une femme de 44 ans avec adénopathies généralisées typiques et Wassermann positif. Le traitement spécifique amena la guérison et le Wassermann redevint négatif.

J. MÉNEAU.

Syphilis d'évolution atypique, par H. GOUGEROT. *Paris médical,* 21 juin 1913.

Le 2 juillet 1911, un malade a un chancre qui est traité par deux injec-

tions de 606 ; il n'a pas de phénomènes secondaires, mais sept mois après, il présente des accidents tertiaires; le 606 paraît avoir avancé la période tertiaire. De cette observation, l'auteur tire des déductions pratiques sur la nécessité de revoir au moins deux fois par an les syphilitiques anciens paraissant guéris, et de pratiquer chez eux la réaction de Wassermann pour entreprendre un traitement si elle est positive. E. Vaucher.

Réflexions sur les progrès récents en syphiligraphie (Remarks ou recent progress in connexion with syphilis), par d'Arcy Power. *British Medical Journal,* 7 décembre 1912, p. 1603.

Bonne revue générale des grandes lignes de la syphiligraphie tant au point de vue clinique que thérapeutique : confirme les idées généralement admises en France. G. Petges.

La syphiligraphie en 1913, par G. Milian. *Paris médical,* 1er mars 1913, nº 13, p. 301.

Revue annuelle où M. expose les recherches faites en l'année 1912 dans tous les domaines de la syphiligraphie. E. Vaucher.

Hérédo-syphilis.

Syphilis de seconde génération (cas cliniques) [Sifilis de segunda generacion (casós clínicos)], par S. de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, février-mars 1912, nº 3, p. 182.

Un ménage, actuellement décédé, eut 14 enfants ; 11 moururent avant terme ou en bas âge. Des 3 survivants, l'un, hérédo-syphilitique, se maria. Il eut à son tour 8 enfants, dont 7 moururent en bas âge. L'unique survivant a 6 mois. Le malade est un type complet de dégénéré avec stigmates évidents d'hérédo-syphilis. Wassermann positif. Au résumé, 14 morts sur 22 enfants hérédo-syphilitiques de 1re et 2e générations. J. Méneau.

Observations cliniques sur le pronostic de la syphilis congénitale (Klinische Beobachtungen über die Prognose der kongenitalen Syphilis), par K. Marcus. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 97.

Conclusions :

Ni l'ancienneté de la syphilis maternelle, ni les symptômes apparents de cette dernière n'ont une influence nette sur l'état de l'enfant.

Le traitement spécifique pendant la grossesse exerce une influence extraordinairement utile.

Cependant, il faut poursuivre le traitement afin de prévenir les récidives et de maintenir la séroréaction négative. En procédant de la sorte, on obtient des résultats excellents. D'après les résultats obtenus à l'asile pour hérédosyphilitiques de Stockholm (Lillaheuret), on n'a vu qu'une seule récidive sur 26 des enfants ayant quitté l'asile (la durée d'observation la plus longue étant de 13 ans) et 3 récidives sur 69 enfants de l'asile.

Il est d'ailleurs certain que le traitement intra-utérin exerce, au point de vue clinique et sérologique, une influence des plus précieuses sur l'évolution ultérieure de la syphilis congénitale. Ch. Audry.

Fécondité anormale des parents syphilitiques, associée avec des malformations des enfants (Unusual fertility in syphilitic parents, asso-

ciated with anomalous involvement of the Children), par H.-F. Watson. *British Medical Journal,* 26 avril 1913, p. 877.

Observation familiale intéressante par les points suivants : un ménage russe a six enfants nés en vingt-deux mois, de novembre 1910 à septembre 1912, par un habile jeu de grossesses jumellées ; les deux parents nient la syphilis qu'une recherche attentive permet de mettre en évidence ; parents et enfants ont une réaction de Wassermann positive. Les enfants sont atteints de malformations de gravité variée depuis les doigts en surnombre jusqu'à la paralysie et l'idiotie.

Les manifestations syphilitiques s'accusent à chaque nouvelle grossesse. Absence d'avortement. G. Petges.

Cardiopathies mitrales familiales par syphilis héréditaire, par Milian et Sauphar. *Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 6 février 1913, n° 4, p. 255.

Dans une famille de 4 enfants, 3 étaient atteints de cardiopathies : une âgée de dix-huit ans était atteinte d'un rétrécissement mitral pur ; les deux autres âgées de seize et douze ans présentaient une insuffisance mitrale. Aucun antécédent morbide n'expliquait ces cardiopathies.

Le Wassermann fut positif chez deux d'entre elles et réactivé par le traitement biioduré chez la troisième.

La mère de ces enfants était une hérédosyphilitique, et, en outre, leur père était lui-même syphilitique. L'hérédosyphilis peut donc déterminer des cardiopathies mitrales se développant d'une manière progressive pour ne devenir apparentes qu'à la puberté. E. Vaucher.

Le Salvarsan dans le traitement de la syphilis infantile (El Salvarsan en el tratamiento de la sifilis de los niños), par A. Sainz de aja. *Actas dermo-sifiliograficas,* IVe année, avril-mai 1912, p. 237.

L'A. a traité 18 hérédo-syphilitiques ; il a pratiqué 58 injections dont 3 seulement ont produit des nodules douloureux. Les solutions à 1/500 et 1/400 ont été également inoffensives, mais les dernières se sont montrées plus irritantes et plus douloureuses. La tolérance a été parfaite, mais chez le nourrisson, il n'est pas utile d'injecter plus de 0,06 (24 centimètres cubes de la solution à 1/400). L'A. n'a eu que 2 morts et encore pour des causes indépendantes de la syphilis (athrepsie, bronchopneumonie intercurrente). Il recommande de préférence les injections multiples ; 0,04 injectés en 4 jours ont une action plus curative que 0,04 injectés en une seule fois. Les doses réfractées employées seules ou associées au mercure sont la méthode de choix pour le traitement de la syphilis infantile. Les injections uniques des doses élevées sont dangereuses, tant par la quantité du médicament que par la difficulté de ne les faire qu'intra-musculaires et des complications consécutives (douleur, infiltration, suppuration). Le traitement indirect de la nourrice est moins efficace ; si on le pratique, il faut toujours lui associer le mercure. J. Méneau.

Leucoplasie.

Leucoplasie commissurale coexistant avec un chancre syphilitique. Réinfection syphilitique possible, par L. Landouzy et Marcel Pinard. *Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 1912, n° 38, p. 909.

Le malade âgé de trente ans entra à l'hôpital pour un chancre induré du prépuce ; il présentait en même temps une plaque de leucoplasie commissurale. Or cet homme a eu il y a huit ans une ulcération du gland suivie de céphalée nocturne, de lassitude générale. Il est donc vraisemblable qu'il s'agissait d'une lésion syphilitique et que le chancre actuel doit être considéré comme le résultat d'une réinfection. Dans ce cas la leucoplasie de ce malade serait liée à sa première contamination syphilitique. E. VAUCHER.

Un cas de leucoplasie commissurale sans préexistence de syphilis, par L. QUEYRAT et H. BOUTTIER. *Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 1912, nº 38, p. 906.

Un homme de cinquante-deux ans a eu tout récemment un chancre syphilitique de la lèvre inférieure actuellement cicatrisé.

On constate chez lui un petit triangle de leucoplasie au niveau de chaque commissure labiale. Cette leucoplasie ne doit pas être imputée à la syphilis car on ne trouve dans le passé du malade aucun accident vénérien en dehors de son chancre récent. Il faut donc admettre que dans certains cas exceptionnels la leucoplasie n'est pas due à la syphilis. E. VAUCHER.

Médiastin.

Syphilome intrathoracique (probablement broncho-pulmonaire) confondu avec un cancer du médiastin. Retour à la santé depuis deux ans. Examen radiologique avant et après le traitement (hectine et Salvarsan), par BENSAUDE et ÉMERY. *Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 30 janvier 1913, nº 3, p. 137.

Le malade fut pris il y a deux ans d'accidents de compression des organes du médiastin. Plusieurs médecins crurent à l'existence d'un cancer pulmonaire, mais la découverte d'une gomme du nasopharynx montra la véritable nature des lésions. Celle-ci s'affirma, du reste, à la suite d'un traitement par le 606 qui fit rapidement disparaître tous les accidents. L'examen radioscopique montrait avant le traitement, au niveau du tiers inférieur du poumon droit, une ombre triangulaire à base dirigée vers le médiastin. Sous l'influence du traitement on vit peu à peu cette ombre disparaître et les images pulmonaires redevenir normales. E. VAUCHER.

Os.

Un cas d'hyperostoses syphilitiques héréditaires des os longs, par MM. LÉVY-BING et DUROEUX. *Annales des maladies vénériennes,* février 1913, nº 2, p. 116.

Une jeune fille de 19 ans entre à Saint-Lazare pour une métrite gonococcique. En outre elle présente des lésions osseuses disséminées et l'examen radiographique révèle des lésions d'ostéite de l'avant-bras droit, de l'avant-bras gauche, des jambes droite et gauche. Ce sont des lésions de syphilis héréditaire tardive ; le Wassermann est positif. La mère a eu deux fausses couches ; un frère présente des lésions osseuses analogues. La malade est traitée par des injections de calomel puis par un traitement mixte mercuriel et ioduré ; un mois plus tard il y a une grande amélioration locale et générale. Le traitement a agi sur les lésions osseuses jeunes, mais n'a eu aucune action sur les hyperostoses anciennes constituées depuis longtemps. E. VAUCHER.

Cas remarquable de syphilis osseuse (Caso notable de sífilis ósea), par J.-S. Covisa. *Actas dermo-syfiliográficas,* Ve année, octobre-novembre 1912, no 1, p. 22.

Un soldat, âgé de 46 ans, eut la syphilis à 27 ans. Elle provoqua à cette époque des douleurs méningo-myélitiques, de l'iritis, puis par la suite des lésions du squelette du nez avec destruction de la cloison et déformation typique. Il y a 18 mois, survinrent des douleurs ostéocopes nocturnes dans le tibia gauche avec grande tuméfaction de cet os. Six mois après, le tibia commença à s'incurver en avant, la marche ne devint possible qu'avec l'aide d'une canne. La radiographie montre que le processus gommeux ostéomyélitique et ostéopériostique a produit une véritable ostéomalacie du tibia avec incurvation exagérée de la jambe. J. Méneau.

Ostéo-arthrite du coude d'origine syphilitique, insuffisance mitrale (Osteo-artritis del codo de origen sifilitico ; insuficiencia mitral), par Covisa. *Actas dermo-sifiliograficas*, février-mars 1912, IVe année, no 3, p. 172.

Il s'agit d'un homme de 53 ans ayant eu il y a 6 ans une crise particulièrement sévère de rhumatisme aigu. Syphilis, il y a 4 ans ; chancre préputial suivi de roséole, céphalalgie et arthralgies. Traitement insuffisant. Il y a 1 an, les douleurs se localisèrent au coude droit qui est gonflé, surtout à la partie inférieure de l'humérus ; douleur à la pression. Mouvements limités, membre en demi-flexion. En raison d'une insuffisance mitrale, vestige du rhumatisme dont a souffert le malade, on ne lui injecte que 0,25 de Salvarsan. Tous les 4 jours, on répète la dose qui est bien tolérée, soit en tout 1 gr. 25 de Salvarsan, auquel on adjoint trois injections de 0,08 d'huile grise à 50 pour 100. La lésion du coude est guérie, sauf un peu de douleur à la pression dans la région épitrochléaire et une légère limitation du mouvement d'extension. Ce cas montre l'efficacité et la tolérance parfaite des lésions valvulaires pour le Salvarsan employé à petites doses. Ce n'est pas l'endocarde, mais le myocarde dont les altérations constituent une sérieuse contre-indication du Salvarsan. J. Méneau.

Parotide.

Syphilome de la parotide, par M. Letulle et Vuillet. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 19 juin 1913, no 21, p. 1149.

Un homme de 40 ans présentait au niveau de la parotide droite une tumeur qui menaçait de s'exulcérer. Une biopsie montra qu'il ne s'agissait ni de tuberculose, ni de sporotrichose mais probablement d'un syphilome. Le Wassermann était positif. Après trois injections intraveineuses de 0,30 centigrammes de 606 la tumeur régressa et guérit rapidement.

E. Vaucher.

Peau.

Infiltration gommeuse syphilitique prise pour un phlegmon, par Meaux Saint-Marc. *Annales des maladies vénériennes,* avril 1913, no 4, p. 293.

Un malade de 49 ans soigné en mai 1911 pour des accidents de syphilis ignorée est guéri par des piqûres de benzoate. En janvier 1913 il présente une infiltration de l'avant-bras gauche, tuméfaction, œdème du poignet,

vives souffrances, etc. Le diagnostic de phlegmon est porté malgré la lenteur de l'évolution de cette infiltration qui dure depuis six mois. L'incision ne fait pas sortir de pus mais un peu de sérosité sanglante. Le Wassermann étant fortement positif on fait un traitement mixte qui améliore considérablement le malade. E. VAUCHER.

La syphilis maligne précoce, par Louis BRIN. *Gazette des Hôpitaux* (Revue générale), 28 juin 1913, n° 73, p. 1189.

On doit entendre sous ce nom les cas dans lesquels la malignité de l'affection se caractérise dès la période secondaire par l'apparition de lésions ulcéreuses de la peau, plus ou moins étendues, associées à des symptômes généraux de gravité variable, le caractère ulcéreux des syphilides constituant l'élément essentiel de la maladie.

Après une étude historique et étiologique, B. rappelle les travaux de Buschke, Queyrat, Carle et Tomasczevski qui ont montré l'absence de tréponèmes à la surface des ulcérations cutanées, malgré des examens répétés.

Il existe deux signes prémonitoires très particuliers de cette forme de syphilis ; c'est d'abord la tendance précocement ulcéreuse de l'accident primitif ; c'est ensuite l'absence de manifestations cutanées et muqueuses qui sont pour ainsi dire constantes dans la syphilis secondaire. Buschke, Queyrat et Carle ont attiré l'attention sur l'absence de roséole et de plaques muqueuses chez la plupart de leurs malades.

B. passe ensuite en revue les caractères locaux des ulcérations de la syphilis maligne précoce et les signes généraux qui les accompagnent. Il fait remarquer que le pronostic n'est pas particulièrement sévère. La réaction de Wassermann se montre bien souvent négative, car l'organisme est trop profondément touché pour pouvoir réagir par la production d'anticorps spécifiques.

Le traitement local (pansement à l'eau oxygénée au tiers), associé au traitement spécifique (mercure, iodure et surtout 606), doit être employé.

E. VAUCHER.

Sur une forme rare de syphilis secondaire (syphilide cutanée verruqueuse) (Ueber eine seltene Form von sekundärer Lues [Syphilis cutanea verrucosa]), par M. DUNJANOWITSCH. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. XX, p. 212.

Une femme de 38 ans présente des lésions cutanées disséminées, surmontées de masses cornées dont l'affection laisse voir une surface granuleuse et saignante, papillomateuse, insérée sur une base rouge et infiltrée. Ces lésions étaient disséminées sur le tronc, les membres, etc. En outre, plaques muqueuses buccales, etc. Sur les coupes, groupes de spirochètes qu'on ne retrouvait plus sur des éléments excisés 3 jours après l'administration du Salvarsan. Ch. AUDRY.

Pemphigus simple ou syphilitique ? (Pénfigo simple ¿ pénfigo sifilitico ?), par M. G. ALVAREZ. *La Pediatria española,* 15 juin 1913, IIe année, n° 9, p. 162.

A propos d'un enfant atteint de pemphigus considéré à tort comme syphilitique et mort d'atrepsie, la nourrice et l'enfant de celle-ci étant restés

indemnes, A. fait le diagnostic entre le pemphigus simple des nouveau-nés et le pemphigus syphilitique. Outre les signes déja connus, il insiste sur l'importance du poids du nouveau-né qui n'arrive pas en moyenne à 3 kilogrammes quand il est syphilitique, la rhinite spécifique précoce et les fissures chéloïdiennes de l'anus. Le diagnostic se déduit surtout de l'ensemble des symptômes. En cas de doute, le laboratoire trancherait la question. J. Méneau.

Syphilides pustuleuses simulant la variole chez une négresse (A Pustular Syphiloderm in a Negress simulating Variola), par Kirby-Smith. *New-York Medical Journal,* 9 novembre 1912, p. 961.

Les manifestations secondaires de la syphilis ne se présentent que rarement sous l'aspect de syphilides pustuleuses et cette variété d'éruption peut facilement se confondre avec une autre dermatose, telle que l'acné pustuleuse ou la variole en l'absence des signes habituels de la syphilis et de tout commémoratif. Lorsque, par surcroit, la variole règne à l'état épidémique le diagnostic peut devenir très délicat. Tel est le cas relaté ici.

Le sujet, une jeune négresse de 20 ans, se présente au cours d'une épidémie de variole pour être vaccinée. Le médecin remarque alors une éruption ressemblant beaucoup à une éruption variolique, elle durait depuis 3 semaines. Les éléments étaient acuminés, pustuleux pour la plupart, quelques-uns représentaient les divers stades du développement allant de la petite papule à la pustule. La distribution en était remarquable, la face dorsale des mains était indemne, quelques rares lésions disséminées sur la face, le front et la partie supérieure du corps, d'autres, au contraire, très confluentes vers les extrémités, particulièrement sur la paume des mains et la plante des pieds.

Un examen général de la malade montrait par ailleurs des symptômes de syphilis, de l'adénopathie généralisée, quelques plaques muqueuses dans la bouche, quant aux symptômes subjectifs ils se bornaient à une céphalée légère et à quelques douleurs osseuses survenant la nuit. Le Wassermann fut nettement positif. Plus tard, confirmant le diagnostic, une iritis double se développa.

Sous l'influence du traitement, l'iritis et les lésions cutanées disparurent très rapidement. S. Fernet.

Pelade.

Pelade et syphilis (Pelada y sifilis), par J. de Azua. *Actas dermosifiliograficas,* IVe année, avril-mai 1912, n° 4, p. 230.

Un syphilitique, âgé de 20 ans, est atteint en même temps de pelade généralisée. Azua tente un traitement spécifique, espérant juguler les deux maladies du même coup, d'après l'hypothèse émise par Sabouraud des rapports de causalité qui paraissent exister parfois entre elles. Le Salvarsan améliore rapidement les phénomènes syphilitiques, mais quant à la pelade, la partie soumise à un traitement local a seule repoussé, tandis que celles soumises à l'unique influence du traitement général n'ont eu aucune amélioration ; quelques-unes mêmes ont continué à grandir. J. Méneau.

Un cas de pelade décalvante totale dans le cours d'une infection syphilitique guérie après deux injections de Salvarsan (Un caso de

pelada decalvante total en el curso de una injección sifilitica, curada después de dos inyecciones de Salvarsan), par H. Sampelayo. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, février-mars 1912, nº 3, p. 161.

Un homme de 30 ans a en 1904 un chancre syphilitique. Quelques mois après, survient une alopécie en plaques qui en vingt-cinq jours aboutit à une pelade décalvante généralisée (cuir chevelu, sourcils, barbe et moustache). Ni les lotions excitantes habituelles, ni l'huile grise ne donnent de résultats. Cinq ans après, la pelade décalvante persistant, le malade, dont le Wassermann est positif, est soumis à deux injections intra-veineuses de 0,60 de Salvarsan. Six mois après, la pelade est absolument guérie, il reste une simple bordure ophiasique en arrière. Pour l'auteur, la pelade est bien un syndrome à étiologie diverse mais souvent d'origine syphilitique, comme le prétend Sabouraud. Regidor croit à une guérison spontanée. Azua ne peut admettre l'influence curative du Salvarsan sur la pelade. Peut-être a-t-il simplement amélioré l'état général du malade, d'où repercussion favorable sur la pelade, qui a bien aussi pu guérir toute seule. J. Méneau.

Pharynx.

Deux observations d'hémorragie mortelle par gommes pharyngées (Dos observaciones de hemorragia mortal par gomas faringeos), par J. de Azúa. *Actas dermo-sifiliográficas,* Ve année, octobre-novembre 1912, nº 4, p. 23.

Observation I. — En 1900, A. traita un paysan d'une trentaine d'années atteint de syphilis maligne précoce. Peu de semaines après le chancre qui présentait un aspect hémorragique, apparurent de grosses lésions papulo-pustuleuses et tuberculo-gommeuses profondes et à fond hémorragique. Au pharynx, derrière l'amygdale gauche, il y avait une ulcération énorme et profonde à fond putrilagineux hémorragique, entourée d'une zone étendue d'œdème inflammatoire. L'état général était très mauvais. Tout à coup le malade rendit par la bouche 200 grammes de sang. L'hémorragie s'arrêta vite d'elle-même, mais reparut le lendemain foudroyante à gros bouillons et le malade tomba mort au milieu de la salle. Pas d'autopsie, mais rupture probable de la carotide ou de la maxillaire interne.

Observation II. — En octobre 1912, l'a. eut dans son service un laboureur de 53 ans, syphilitique depuis probablement une trentaine d'années. Depuis le mois de mars il avait des douleurs dans le côté gauche du pharynx. En mai, il rendit une petite quantité de sang par la bouche. Les douleurs cédèrent au mercure, mais revinrent bientôt telles qu'il ne put plus prendre que des aliments liquides. Au milieu du voile du palais, une ulcération gommeuse peu profonde mais très étendue. Pas d'infarctus appréciables. Wassermann positif. Le 23 octobre, injection de 0,2 de néosalvarsan. L'affection parut d'abord s'améliorer, mais le 28 survint une hémorragie assez violente de plus de 500 grammes qui parut d'abord céder. Le 29, l'hémorragie se reproduisit deux autres fois en quantité minime, puis à 5 heures du matin le lendemain le malade mourait subitement emporté par une hémorragie foudroyante. A l'autopsie, on trouve la carotide externe rompue par une ulcération qui la sectionnait presque. Le poumon présentait des lésions gommeuses ulcérées, mais aucun signe que le sang ait pu pro-

venir de là. La gravité toujours possible des lésions pharyngées entraîne toujours un pronostic réservé et nécessite l'emploi de moyens thérapeutiques énergiques, Salvarsan ou néosalvarsan, à moins de contre-indications.

J. Méneau.

Rein.

Néphrite au cours de la syphilis secondaire (Nephritis in Secondary Syphilis), par Perkes Weber. *Edinbourgh medical Journal,* avril 1913, p. 348.

Un malade âgé de 22 ans, syphilitique depuis quatre mois et traité par des injections mercurielles, entre à l'hôpital pour albuminurie. On trouve de l'œdème généralisé, une ascite, un hydrothorax. Urine : de 400 centimètres cubes à 1 200 centimètres cubes, contenant jusqu'à 48 pour 1000 d'albumine ; cylindres hyalins et cellules épithéliales ; pas de cylindres granuleux ou épithéliaux, pas de sang. Pouls, 84. Température normale. Wassermann positif. Pas d'accidents cutanés. L'état du malade nécessite trois thoracenthèses successives et reste sensiblement stationnaire pendant 4 mois, après lesquels il s'améliore progressivement et le malade quitte l'hôpital après 11 mois de séjour. A ce moment, il urine 2 500 centimètres cubes ; l'urine contient encore 2 pour 1 000 d'albumine. La réaction de Wassermann est négative.

Le traitement appliqué fut le suivant : au début, traitement classique des néphrites aiguës. Puis, traitement mixte mercuriel et iodé à faibles doses qui ne fut pas supporté. On pratiqua alors deux injections intraveineuses de Salvarsan de 0,10 et de 0,20, l'amélioration progressive semble avoir succédé à ces injections.

P. W. compare ce cas aux affections syphilitiques secondaires du foie, à certains ictères graves avec atrophie aiguë évoluant au cours de la syphilis secondaire. Il affirme la nature syphilitique de l'affection étant donnée la grande quantité d'albumine et la précocité d'apparition de l'affection, ce qui semble écarter l'hypothèse d'une néphrite mercurielle. Il propose pour ces cas la dénomination de « nephritis syphilitica præcox ».

P. W. recommande une extrême prudence dans l'administration du traitement spécifique dans les cas analogues. S. Fernet.

Réinfection.

7 cas de réinfection syphilitique. Considérations sur les intoxications graves par le Salvarsan (7 Fälle von Reinfektio syphilitica und Betrachtungen über schwere Salvarsan-intoxikationen), par Antoric. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 11, p. 508.

Tous ces cas appartiennent à la pratique de Gennerich ; 3 ont déjà été publiés Dans tous ces cas, le traitement avait été : calomel et Salvarsan.

Gennerich et A. attribuent l'intoxication par le Salvarsan à la rétention et à l'accumulation du remède ; ce n'est pas, comme le veut Wechselmann, au traitement mercuriel qu'il faut faire jouer alors un rôle étiologique, mais bien plutôt à des intolérances personnelles. Il ne faut pas dépasser 0,50 de Salvarsan en une seule dose, chez un homme robuste. Ch. Audry.

Système nerveux.

Neurotropisme syphilitique, par P. Carnot et J. Dumont. *Paris médical,* 26 avril 1913, n° 21, p. 497.

D'un syphilitique mort à 44 ans de paralysie générale, naissent 7 enfants. La première, une fille, est atteinte dans son adolescence (16 ans) de crises gastriques de tabétiques qui durent actuellement encore (à l'âge de 34 ans), puis de signes de tabes à évolution très lente. La seconde enfant présente une cardiopathie congénitale. Le troisième et le quatrième sont normaux ; les cinquième et sixième meurent en bas âge ; enfin le dernier est atteint à 21 ans d'une hémiplégie hérédosyphilitique non douteuse (lymphocytose et albumose du liquide céphalorachidien qui régressa par le traitement), mais se termina par mort subite. Il avait des stigmates multiples d'hérédosyphilis et le Wasserman était positif. E. VAUCHER.

Méningite aiguë chez un syphilitique récent (Meningitis aguda en un sifilitico reciente), par P. E. NUÑEZ. *Revista de los hospitales Montevideo,* janvier 1913, n° 51, tome VI, n° 1, p. 21.

Un sergent d'artillerie de 28 ans, atteint de syphilis remontant à 2 mois, traité par une injection intraveineuse de 0,30 de Salvarsan sort deux jours après de l'hôpital, les lésions secondaires (roséole, syphilides papuleuses et périanales ulcéreuses) ayant disparu. 20 jours après, méningite aiguë typique, Wassermann positif. La ponction lombaire confirme le diagnostic. On prescrit 6 injections de 0,02 de bi-iodure de mercure, guérison, à noter la rareté de la méningite aiguë à la période secondaire, l'apparition de la méningite vingt jours après l'injection de Salvarsan, et la possibilité de traiter ces méningites par l'injection intra-rachidienne de 606. J. MÉNEAU.

Les méningites syphilitiques. Méningites cliniques : cérébrales et spinales, aiguës et chroniques. Méningites latentes : secondaires et tertiaires. Méningites para-syphilitiques, par H. ROGER. *Paris médical,* 19 avril 1913, n° 20, p. 477.

Revue générale. E. VAUCHER.

Le liquide céphalorachidien dans la syphilis et la parasyphilis nerveuse, par Henri ROGER. *La Presse médicale,* 16 avril 1913, n° 31, p. 305.

Revue générale de la question. E. VAUCHER.

Contribution à l'étude de la syphilis céphalo-rachidienne, par Mme Nathalie ZYLBERLAST. *Revue neurologique,* 30 juillet 1913, n° 14, p. 63.

Observation et autopsie d'une malade atteinte de syphilis cérébrale et médullaire. Cliniquement il n'y avait pas de symptômes médullaires ; l'autopsie montra l'existence de lésions diffuses de méningite et surtout de trois gommes, l'une dans la région pariétale gauche ayant comprimé et détruit complètement l'écorce cérébrale ; une autre siégeant dans la moelle cervicale et la troisième dans la moelle dorsale. Z. attire l'attention sur la rareté des gommes du système nerveux central. E. VAUCHER.

Epilepsie et syphilis cérébrale héréditaire tardive. Guérison par l'iodothérapie, par Paul BONCOUR. *Progrès Médical,* 14 juin 1913, n° 24, p. 315.

Observation d'un enfant qui présente à 12 ans une première crise d'épilepsie suivie d'autres crises rapprochées. Un traitement bromuré n'amenant aucune amélioration, on institue un traitement ioduré, car la mère

était nettement spécifique. Depuis cette époque, grâce à un traitement ioduré (iodostariné), trois mois se sont écoulés sans crise.

E. VAUCHER.

Névralgie du trijumeau et paralysie faciale due à la syphilis (Neuralgia del trigemino y parálisis facial por sifilis), par GARCIA DEL MAZO. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, avril-mai 1912, n° 4, p. 220.

Femme de 25 ans. Syphilis en novembre 1911, chancre lingual. Traitement irrégulier et incomplet. En avril 1912, apparition de névralgie du trijumeau et de paralysie faciale. Les lésions périphériques des nerfs crâniens sont dues à une insuffisance de traitement et elles se rencontrent surtout au commencement de la période secondaire, à la suite de chancres extra-génitaux. J. MÉNEAU.

Prurit tabétique et arsénobenzol, par PUJOL. *Progrès médical,* 22 février 1913, n° 8, p. 100.

Prurit localisé très tenace présentant des paroxysmes douloureux intolérables s'accompagnant d'une lichénification légère des téguments, survenu au cours d'un tabes sans incoordination. Echec de tous les traitements. Guérison après l'administration d'arsénobenzol à doses faibles et répétées. E. VAUCHER.

Sur la question de la parasyphilis (Zur Frage der Parasyphilis), par SCHOENBORN et CEINTZ. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 11, p. 484.

S. et C. n'ont pas de peine à démontrer qu'actuellement la conception des affections parasyphilitiques telles que les a comprises et définies Fournier, de la métasyphilis comme l'ont décrite Möbius et Strümpell, ne résiste pas à la critique, et qu'elle est devenue inutile. Ch. AUDRY.

Syphilis cérébrospinale avec symptômes ataxocérébelleux du type Friedreich, par H. CLAUDE et ROUILLARD. *Revue neurologique,* 30 mai 1913, n° 10, p. 705.

Malade âgé de 28 ans, atteint de troubles ataxiques à type Friedreich et de troubles mentaux très prononcés. Tous ces accidents commencèrent il y a deux ans et ont progressé depuis quelques mois. L'abolition des réflexes tendineux, l'ataxie et les troubles de l'équilibre, l'existence d'une cyphoscoliose et d'une déformation de la voûte plantaire font penser à la maladie de Friedreich. Par contre il existe des troubles mentaux, du tremblement de la langue et des troubles de la parole qui éveillent l'idée d'une paralysie générale. Le liquide contient beaucoup de lymphocytes et le Wassermann est positif. On est donc amené à discuter l'hypothèse d'une affection complexe d'origine hérédosyphilitique, dans laquelle la diffusion des lésions anatomiques expliquerait la coïncidence de ces deux syndromes.

E. VAUCHER.

Les atrophies musculaires progressives syphilitiques. La myélite syphilitique amyotrophique, par A. LÉRI et A. LERONGE. *Gazette des Hôpitaux,* 17 mai 1913, n° 55, p. 885.

Revue générale et bibliographie. E. VAUCHER.

Sur les parergies toxiques des injections intraveineuses de Salvarsan causées par l'alcalinité du verre (Durch Alkaliabgabe der Glaser bedingte toxische Nebenwirkungen nach intravenösen Salvarsan injektionen [Glasfahler]), par R. Matzenauer. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 11, p. 406.

M. a constaté que réellement, un certain nombre de verres cédaient des alcalins (des silicates habituellement) aux solutions. Il admet donc que dans certains cas, non dans tous, assurément, cet état du verre peut jouer un rôle dans l'étiologie des accidents toxiques. Ch. Audry.

Salvarsan et liquide céphalo-rachidien pendant la syphilis précoce. Nouvelles recherches sur le liquide céphalo-rachidien pendant la syphilis latente (Salvarsan und Liquor cerebrospinalis bei Frühsyphilis, nebst ergänzender Liquoruntersuchungen in der Latenzzeit), par K. Altmann et G. Dreyfus. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 9, p. 464.

Sur 8 malades dont le liquide céphalo-rachidien a été examiné pendant le chancre, aucun n'a présenté une réaction Wassermann positive du liquide. 6 ont offert de l'augmentation de pression, 2 qui avaient une réaction Wassermann positive dans le sang, présentaient des altérations légères, mais certaines (albumine, cellules lymphatiques).

Sur 21 malades au début de la période secondaire, tous avaient une réaction Wassermann positive dans le sang, négative dans le liquide ; 10 d'entre eux présentaient une pression augmentée, 14 offraient des altérations histo-chimiques.

Sur 35 malades en pleine syphilis secondaire, 11 avaient une réaction Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien (tous, dans le sang), et 22 présentaient des altérations histo-chimiques.

Sur 2 tertiaires, la réaction Wassermann, positive dans le sang, était négative dans le liquide ; 1 des deux malades offrait des altérations histo-chimiques.

Examinant l'action du Salvarsan, A. et D. constatent d'abord que l'augmentation de pression a toujours disparu.

Chez un porteur de chancre (sur 2) (doses faibles), le liquide sain est devenu pathologique après le traitement.

Sur 14 cas de syphilis secondaire au début, 1 est resté normal, 1 est devenu lésé, 2 se sont aggravés, 2 n'ont pas été modifiés, 6 ont guéri, 1 est resté stationnaire.

Sur 18 cas de syphilis secondaire, 1 sain est devenu malade ; 16 liquides malades ont présenté 2 améliorations et 8 guérisons.

Le tertiaire est revenu à la normale.

Passant à l'étude de la question au cours de la syphilis latente, A. et D. ont trouvé le liquide céphalo-rachidien normal chez 80 malades sur 104, ce qui montre que beaucoup de localisations syphilitiques nerveuses guérissent spontanément. De 24 autres, 8 seulement offraient des altérations considérables. Cependant, la plupart de ces malades offraient de la céphalée, des douleurs.

Les altérations ont présenté une résistance thérapeutique considérable enfin Ravaut, Vincent ont vu évoluer ensuite des maladies graves ; de sorte

qu'en période de latence, la persistance de lésions dans le liquide céphalo-rachidien indique probablement une lésion nerveuse existante, et leur valeur clinique est considérable.

En résumé, le Salvarsan améliore presque toujours les altérations du liquide céphalo-rachidien pendant les premières périodes ; si cette amélioration manque, cela tient à l'insuffisance des doses. Ch. AUDRY.

Tremblement.

Tremblement d'origine syphilitique (Temblor de origen sifilitico), par J.-S. COVISA. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, février-mars 1912, n° 3, p. 159.

Jeune homme de 26 ans sans antécédents pathologiques importants, syphilitique depuis 6 ans. Depuis plus de 4 ans, faiblesse de la jambe droite qui a été le siège principal de douleurs nocturnes. Il y a 3 ans, légère perte de connaissance, n'ayant laissé aucune trace. Il y a 2 ans, paralysie faciale droite guérie en 3 mois par l'électricité. Il y a 6 mois, tremblement bien prononcé du bras droit, ayant laissé une grande perte de forces dans ce bras. Après avoir subi des traitements irréguliers, le malade a été guéri par un traitement au calomel et au Salvarsan. La cause du tremblement reste inexpliquée. Les divers symptômes présentés par le malade semblent avoir été les prodromes d'une syphilis cérébrale grave, sans les signes d'alarme de Fournier et le tremblement serait d'origine purement syphilitique. J. MÉNEAU.

Vaisseaux.

Le syndrome de Raynaud et la syphilis (Raynaud's Syndrome and Syphilis), par H. SEMON. *British Medical Journal,* 8 février 1913, p. 278.

Hutchinson, Gaucher ont attiré l'attention sur les rapports de la syphilis et de la maladie de Raynaud ; S. insiste sur ce sujet et signale quatre observations nouvelles favorables à cette thèse. G. PETGES.

Les maladies syphilitiques de l'aorte (Die syphilitische Aortenerkrankungen), par OBERNDORFER. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 10, p. 505.

Sur 1 436 autopsies on a trouvé 99 cas d'aortite syphilitique. O. rappelle que c'est depuis les recherches d'Haller et de son élève Döhle qu'on a saisi l'importance de l'aortite syphilitique. Sur un total de 71 cas diagnostiqués, 67 fois la R. W. avait été positive (Gruber).

Les lésions débutent au commencement de l'aorte, sur les valvules ; on les constate sous forme d'épaississements cicatriciels disséminés, de taches cicatricielles d'un bleu gris, de dilatation du vaisseau, etc... Ces lésions se retrouvent, plus ou moins développées, sur tout le trajet aortique jusqu'à l'origine du tronc cæliaque. Il n'est pas rare que les altérations de l'origine aortique envahissent les orifices des coronaires, toutes lésions faciles à distinguer de l'artériosclérose.

Au microscope, petits infiltrats inflammatoires autour des vasa vasorum (mononucléaires, lymphocytes, plasmazellen), les capillaires sont dilatés ; leur endothélium proliféré ; il se forme un tissu de granulations qui détruit les éléments élastiques, et le processus peut aboutir à l'oblitération des

vaisseaux. Il existe aussi de l'inflammation au pourtour des nerfs (ce qui explique les douleurs de l'aortite syphilitique).

Les lésions ne sont pas bornées à l'adventice ; mais en suivant les vaisseaux, elles entourent la couche moyenne ; autour des infiltrats inflammatoires, on découvre souvent des infiltrats hémorragiques. On a souvent observé des cellules géantes, mais ce sont simplement des cellules géantes à corps étrangers, développées autour des éléments nécrosés.

Sur les 99 malades, 10 avaient succombé à une maladie autre que l'aortite. Cliniquement : douleurs, dyspnée, etc. La R. W. rend les plus grands services pour le diagnostic.

La fréquence de l'aortite syphilitique est considérable, et cette connaissance nouvelle est très importante. Ch. Audry.

Sur la syphilis de l'aorte (Ueber die Syphilitische Aortenerkrankung), par T. Dencke. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 10, p. 441.

En 4 ans, D. a rencontré 200 cas d'aortite dont il a retenu 173 observations.

Il donne d'abord un historique de cette question, en particulier depuis le travail de Doehle (1885). En 1906, Reuter y a découvert des spirochètes, puis est venue la R. W.

D. compte 148 hommes pour 24 femmes. 77 hommes avouaient la syphilis, et l'ancienneté de celle-ci était en moyenne de 20 ans. Mais il faut savoir que la maladie reste longtemps silencieuse. Un cas se rapportait à l'hérédosyphilis.

Sur 164 malades, la R. W. a été positive 142 fois. Le plus souvent, l'aortite se manifeste par des douleurs. D. n'admet pas que l'alcoolisme joue un rôle étiologique.

Anatomiquement, les lésions ont leur maximum au niveau de l'aorte ascendante et de l'insertion des valvules semi-lunaires. Elles consistent en petites taches épaissies, des pertes de substances circonscrites de la tunique moyenne. On n'observe de plaques calcaires que chez les sujets âgés.

Cliniquement : un type est caractérisé par les phénomènes d'angor, un autre par l'insuffisance aortique, un troisième par l'anévrysme. En ce dernier cas, l'examen radiologique rend de grands services au début.

Les complications les plus fréquentes occupent le système nerveux central (troubles papillaires, etc.).

Le traitement antisyphilitique n'agit qu'à la condition d'être énergique. D. recommande principalement les frictions mercurielles, l'iodure de potassium.

La question du Salvarsan n'est pas éclaircie. Ch. Audry.

Vessie.

Syphilis de la vessie, par Lévy-Bing et Duroeux. *Annales des maladies vénériennes,* avril 1913, n° 4, p. 241.

Grâce à l'emploi du cystoscope les lésions vésicales de la syphilis sont mieux connues qu'autrefois. Elles peuvent être isolées ou se manifester en même temps que des accidents de la peau et des muqueuses ; le chancre de la vessie n'existe pas. Les symptômes sont ceux de toute cystite ; le cys-

toscope peut révéler à la période secondaire des exanthèmes avec de véritables plaques muqueuses. A la période tertiaire on rencontre des ulcérations ou des tumeurs papillomateuses. Les ulcérations peuvent se compliquer de perforation avec péritonite ou avec fistules vésicovaginales. Le traitement mixte améliore et guérit rapidement ces cystites.

E. VAUCHER.

III. — Étude biologique.

Expérimentation avec la réaction par la luetine de Noguchi (Experience with Noguchi's luetin reaction), par Howard Fox. *Journal of cutaneous diseases,* août 1912, p. 465.

La réaction de Noguchi a été obtenue avec une suspension de spirochæte pallida en culture pure, tué par la chaleur. Étudiée sur 100 cas sans donner de résultats absolument constants elle permet d'espérer dans l'avenir de cette nouvelle méthode, utile surtout quand la réaction de Wassermann ne donne pas un résultat probant. G. PETGES.

La réaction cutanée à la luetine dans le diagnostic de la syphilis (The luetin skin test in the diagnosis of syphilis), par A.-G. RYTINA. *Medical Record,* 1er mars 1913, p. 384.

Travail consciencieux et documenté étudiant les procédés biologiques de diagnostic de la syphilis basé sur les modes de réaction de Von Pirquet et surtout par la luetine de Noguchi, dont il est inutile de rappeler ici le mode de préparation, au moyen de cultures polyvalentes de spirochætes stérilisées par la chaleur, au bain-marie à 60° pendant une heure, et par addition de 0 gr. 50 de tricrésol; conservation à la glacière. On injecte dans le derme 0 cmc. 07 de cette culture diluée dans moitié de sérum physiologique stérilisé; injection témoin d'un liquide analogue non ensemencé de spirochætes. La réaction est positive ou négative. Noguchi a montré trois modes de réactions quand la réaction est positive : papuleuses, pustuleuses, torpides; dans cette dernière, au bout de plusieurs jours, quand on croit la réaction négative, on observe une évolution vers une des autres formes. R. a pu se rendre compte que la réaction de Noguchi est inoffensive; qu'elle est spécifique; qu'enfin elle est très simple mais demande une certaine expérience pour l'interprétation des résultats. La création d'ampoules de luetine favoriserait l'extension de la méthode.

R. a constaté que dans la syphilis primaire et secondaire non traitée, la réaction est le plus souvent négative, mais avec une grande proportion de résultats positifs si les malades ont été traités : ici donc la réaction de Wassermann est préférable. La réaction à la lutéine est positive dans 100 pour 100 des syphilis tertiaire, latente et congénitale; elle a un grand pourcentage de résultats positifs dans la parasyphilis : ici elle est donc supérieure à la réaction de Wassermann. G. PETGES.

Sur la dermo-réaction dans la syphilis et ses rapports avec la réaction de Wasserman (Die Hautreaktion bei Lues und ihre Beziehung zur Wassermannschen Reaktion), par R. MÜLLER et O. STEIN. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 11, p. 408.

M. et S. ont employé un antigène fabriqué avec les surrénales, le foie et

le poumon d'un hérédo-syphilitique, et ont procédé à la manière de Klausner et Fischer.

Ils ont considéré comme positive toute réaction locale violente, érysypéloïde, habituellement circonscrite, souvent infiltrée.

En tous les cas de syphilis tertiaire avec R. W. positive, la réaction a été positive.

Sur 30 sujets en période secondaire, 6 ont réagi. Dans un cas de syphilis maligne, la R. W. était négative pendant que la cuti-réaction était positive.

Sur 12 porteurs de chancre, 2 réagissent positivement, dont un avait encore une R. W. négative.

Sur 12 cas de syphilis latente avec R. W. positive, une seule fois la cuti-réaction fut positive ; elle le fut 2 fois sur 6 cas de syphilis latente avec R. W. négative. Ch. Audry.

Emploi d'extraits végétaux dans la réaction de Wassermann, par L. Tribondeau. *Comptes rendus de l'Académie des sciences,* 27 janvier 1913, p. 340.

T. prépare son antigène en traitant les farines (d'avoine, de lentille, de pois, etc.) par l'alcool absolu, l'acétone ou l'éther jusqu'à ce que le dissolvant n'entraine plus apparemment de substance. La farine ainsi traitée est reprise par l'alcool ou l'acétone. Le meilleur antigène et le plus abondant a été obtenu avec la farine de pois. Il faut étudier avec soin la valeur antigénique du produit avant de s'en servir. L'extrait de pois est un bon antigène car il est très riche en lécithine et en cholestérine. Ces extraits végétaux, très faciles à préparer, ont sur les extraits animaux la supériorité de n'être ni hémolytiques, ni anticomplémentaires. E. Vaucher.

L'antigène dans la réaction de Wassermann, par A. Desmoulières. *Annales des maladies vénériennes,* février 1913, n° 2, p. 113.

D. a préconisé l'emploi pour la réaction de Wassermann d'un antigène à base de cholestérine dissoute dans une macération alcoolique de poudre de foie épuisée par l'éther.

Cet antigène doit être conservé à une température voisine de 15° et non à la glacière. Il doit être dilué dans du sérum physiologique préalablement amené à une température voisine de 20°. Le titrage doit être fait avec soin afin de déterminer la dose de complément dilué permettant d'obtenir dans le témoin antigène une hémolyse totale en une demi-heure. On n'interprétera les résultats qu'après centrifugation en utilisant l'échelle colorimétrique préconisée par l'auteur.

Celui-ci a préparé d'autre part un antigène complètement artificiel dont la formule est : Cholestérine pure, 1 gramme ; Solution de 0,50 de lécithine dans Q. S. d'alcool absolu pour faire 100 centimètres cubes, 10 centimètres cubes ; Solution renfermant 37 grammes de savon de soude sec dans 1000 centimètres cubes d'alcool à 60°, 3 centimètres cubes ; Alcool absolu Q. S. pour faire 100 centimètres cubes.

Dans 150 expériences environ portant sur un nombre sensiblement égal de sérums normaux et de sérums syphilitiques, le résultat a été le même que celui obtenu avec un bon antigène de foie d'hérédosyphilitique. E. Vaucher.

Sur l'utilisation de l'extrait de cœur de veau additionné de cholestérine dans la réaction de Wassermann (Ueber die Brauchbarkeit von Rinderherzextrakten mit Cholesterinzusatz bei der Wassermannschen Reaktion), par R. Bottler. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 259.

L'extrait alcoolique de cœur de veau, additionné de cholestérine donne dans la réaction Wassermann des résultats excellents ; meilleurs que ceux obtenus avec l'extrait alcoolique de cœur seul, surtout au début de la syphilis, et pendant les périodes de latence. Ch. Audry.

Le traitement spécifique et la réaction de Wassermann, par Gourari. *Paris médical,* 16 août 1913, n° 37, p. 262.

G. a étudié la valeur de la réactivation biologique de la réaction de Wassermann. Suivant les indications de Milian il emploie systématiquement l'injection provocatrice dans tous les cas de syphilis latente avec Wassermann négatif, et dans les affections du système nerveux lorsqu'on relève la syphilis dans les antécédents et que la réaction est négative. Il utilise également la réactivation dans les cas d'accidents cutanés ou muqueux présentant quelques difficultés au point de vue diagnostic.

Enfin l'injection provocatrice peut être une pierre de touche de la stabilité de la guérison de la syphilis. E. Vaucher.

Interprétation des résultats de la réaction de Wassermann (The interpretation of the results of the Wassermann test), par Craig. *The Journal of the American Medical Association,* 22 février 1913, p. 565.

Craig apporte une statistique de 10 000 réactions pratiquées au laboratoire militaire de Washington sur 5 216 individus. Il trouve 89,4 pour 100 de résultats positifs à la première période, 95,6 pour 100 à la deuxième, 86,8 pour 100 à la troisième, 65,4 pour 100 à la période latente, 89,2 pour 100 dans la syphilis héréditaire et 68,1 pour 100 dans la parasyphilis. Article concis mais de grand intérêt. S. Fernet.

Les résultats contradictoires de la réaction de Wassermann (Contradictory findings in the Wassermann test), par Wolbarst. *New-York Medical Journal,* 22 février 1913, p. 378.

Les résultats de la réaction dépendent de l'habileté et de la compétence de l'opérateur. Dans le cas de réaction positive, lorsqu'elle doit décider d'un diagnostic hésitant, il est de toute nécessité de la faire pratiquer par plusieurs opérateurs compétents.

Sur 37 cas soumis à des examens multiples, pratiqués par différents opérateurs, on a trouvé une concordance des résultats dans 26 cas (70 pour 100), des résultats absolument différents dans 5 cas (14 pour 100), une légère discordance dans 6 cas (16 pour 100). Dans la pratique de même que dans la littérature, chaque résultat de la réaction devrait être suivi du nom de l'opérateur. Le choix du médecin qui doit pratiquer une réaction de Wassermann doit être aussi attentif que celui d'un consultant ou d'un expert dans toute autre branche de la médecine. S. Fernet.

Le sérodiagnostic de la syphilis (Revue générale des travaux de l'année dernière) (Die Serodiagnose der Syphilis, Sammelreferat über die

Arbeiten des letzten Jahres), par A. Glück. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 115, p. 722.

Rien à ajouter au titre de ce travail, très utile. La bibliographie (pour 1912) porte sur 120 articles. Ch. Audry.

IV. — Étude thérapeutique par l'arséno-benzol.

Généralités.

Les remèdes actuels de la syphilis et leur emploi dans la pratique (Die Jetzigen Heilmittel der Syphilis und ihre Anwendung in der Praxis), par F. Touton. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1913, n° 13, p. 573.

Revue de l'état actuel de la question. Exposé intéressant ; mais rien de nouveau. Ch. Audry.

Contribution à l'étude de l'arsénothérapie dans la syphilis. Deux nouveaux dérivés arsenicaux, le 1116 et le 1151. Étude chimique, expérimentale et clinique, par de Beurmann, Mouneyrat et Tanon. *Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 30 janvier 1913, n° 3, p. 155.

Les deux nouveaux dérivés arsenicaux 1116 et 1151 proposés pour le traitement de la syphilis présentent les caractéristiques suivantes :

Faible toxicité, bonne tolérance, absence de pouvoir congestif, neurotrope et coagulant ; dissolution instantanée qui peut être effectuée sans aucun outillage accessoire à l'abri de l'air dans des conditions d'asepsie absolue, à l'aide des nouvelles ampoules auto-injectables.

Pouvoir trypanosomicide et spirillicide très actif. La dose thérapeutique totale semble être pour l'homme de 1,50, pour la femme de 1,20 à 1,35 répartis en trois injections à doses égales, espacées de huit jours chacune.

La tolérance de ces nouveaux corps est en général très bonne ; ils ne provoquent pas de fièvre, ou les réactions sont si rares, qu'ils permettent le traitement ambulatoire de la syphilis.

Les accidents syphilitiques, ainsi que les tréponèmes que contiennent les lésions, disparaissent très vite sous l'influence du 1116 et du 1151, et ce sont les lésions muqueuses qui rétrocèdent avec la plus grande rapidité.

Ces nouveaux dérivés peuvent également être employés en suspension huileuse pour les injections intramusculaires. Les injections musculaires ne provoquent jamais de nécrose ni d'inflammation durable, mais donnent lieu à une douleur plus ou moins vive. E. Vaucher.

De l'emploi des arsénos aromatiques par voie rectale, en thérapeutique infantile, par E. Weill, A. Morel et G. Mouriquand. *Archives de médecine des enfants,* juillet 1913, n° 7, p. 513.

La voie rectale paraît surtout indiquée chez l'enfant pour l'administration des arsénos aromatiques. Les auteurs rapportent un certain nombre d'observations cliniques qui montrent l'action des composés arsenicaux :

1° Sur certaines lésions curables de l'hérédosyphilis tardive ;

2° Dans certains cas de chorée grave ou moyenne.

D'autre part, les auteurs ont établi par des preuves expérimentales et des dosages de l'arsenic dans l'urine, la réalité de l'absorption de l'arsenic

par la muqueuse rectale. Ils pensent qu'il faut réserver cette médication rectale aux cas qui ne relèvent pas des doses massives de 606.

E. VAUCHER.

Influence des découvertes nouvelles sur le traitement de la syphilis dans les stations hydrominérales (Über den Einfluss der modernen Syphilisforschung auf die Syphilisbehandlung in Badeorten), par TOUTON. Tirage à part dans *Arztliche Festchrift zur Eröffnung der Städtischen Kaiser Friedrich Baden in Wiesbaden.*

Contrairement à Neisser et à Jadassohn, T. estime que le meilleur mode de traitement de la syphilis latente est une cure de néosalvarsan associé à une cure de frictions mercurielles, à une cure de bains et de boissons dans des thermes salins.

T. s'appuie principalement sur les bons résultats obtenus dans la poursuite de la disparition de la R. W. Ch. AUDRY.

Technique.

Titrage des solutions de Salvarsan pour injection intraveineuse (Titucación de las soluciones de Salvarsan por inyección intravenosa), par A. SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, février-mars 1912, nº 3, p. 153.

L'A. préfère la solution à 1/500. L'injection est plus rapide, en raison de la moindre quantité de liquide pénétrant dans l'appareil circulatoire, d'où moins d'élévation de la tension sanguine et moins d'efforts nécessaires de la part du cœur et du rein. Diminution du traumatisme veineux. Aucun inconvénient à redouter. J. MÉNEAU.

Mode d'administration du Salvarsan et du néosalvarsan : infusion ou injection (Die Anwendung der Salvarsans und Neosalvarsans, Infusion oder Injektion), par C. STERN. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, nº 13, p. 691.

S. emploie le néosalvarsan en solution concentrée dans de l'eau (0,90 de néosalvarsan pour 6 à 8 grammes d'eau) et l'injecte avec la seringue où il fait directement la solution (la première publication de Ravaut sur ce procédé date du 6 février. N. d. T.).

On peut aussi injecter l'ancien Salvarsan en solution concentrée : jusqu'à 0,30 ou 0,40 dans 8 grammes d'eau additionnée de 10 gouttes de soude à 15 pour 100. Avec 10 grammes d'eau on peut dissoudre et neutraliser des doses supérieures. La seule différence est que pour le néosalvarsan l'eau pure suffit, et qu'avec l'ancien Salvarsan il faut alcaliniser jusqu'à neutralisation. Ch. AUDRY.

La technique des injections intramusculaires huileuses d'arsénobenzol dans le traitement de la syphilis, par F. BALZER. *La Presse médicale,* 2 avril 1913, nº 27, p. 261.

B. emploie le néosalvarsan en solution huileuse préparé par Lafay, à la dose de 30 centigrammes par injection. Il a utilisé également d'autres préparations arsenicales de Mouneyrat. Pour éviter les douleurs d'une injection trop abondante B. fait à chaque séance deux injections de 15 centigrammes, l'une dans les muscles de la région lombaire, l'autre à la

fesse. Ces injections ne sont pas très douloureuses. Dans la syphilis à la période de chancre ou au début de la roséole, B. fait de 4 à 6 injections qui suffisent généralement, puis le malade est soumis à un traitement mercuriel et au bout de quelques mois on lui refait 3 injections. Il faut se guider sur la réaction de Wassermann.

B. n'a jamais observé d'accident grave après ces injections huileuses.

E. Vaucher.

La posologie du 606, par G. Milian. *Paris médical,* 12 juillet 1913, n° 32, p. 147.

Exposé très détaillé du traitement à faire suivre à un syphilitique pris au début de sa syphilis.

M. préconise d'abord des injections intraveineuses de Salvarsan, puis un traitement mixte mercuriel et ioduré suivi à nouveau d'injections de Salvarsan. Il expose en détail les doses de mercure et de Salvarsan à employer.

Lorsque la cure est terminée insister sur la surveillance clinique et biologique (R. de Wassermann tous les trois, puis tous les six mois). Si le Wassermann reste négatif voir si l'on peut le réactiver.

M. expose ensuite les précautions à prendre chez les malades intolérants ou atteints d'affections organiques diverses, ulcère de l'estomac, cardiaques, brightiques, etc. Il insiste sur la nécessité des petites doses.

Il y a des syphilitiques qui guérissent rapidement, d'autres ont des accidents subintrants et irréductibles. Ne pas craindre de répéter les injections en se disant bien que leur répétition n'entraine nullement d'accidents d'intoxication chronique. Les cures prolongées et répétées sont particulièrement indispensables chez les tabétiques et les paralytiques généraux, si l'on veut obtenir un résultat réel et durable. E. Vaucher.

Résultats cliniques.

Sur le néosalvarsan (Erfahrungen über Neosalvarsan), par W. Lier. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 11, p. 410.

D'après 425 injections.

Le néosalvarsan est d'un emploi facile et donne d'excellents résultats pendant les périodes précoces ; il réussit aussi très bien dans les formes malignes, ulcéreuses, à condition d'employer des doses fortes ; dans les formes sèches, il agirait plus faiblement que le mercure. Il est particulièrement utile dans les cas où le traitement mercuriel a provoqué des accidents d'intoxication (bouche, reins), et s'associe bien au mercure dans le traitement des localisations nerveuses tardives (dites métaluétiques).

Ch. Audry.

Expériences sur le néosalvarsan (Experiences with neosalvarsan), par Kaufman. *New-York Medical Journal,* 22 mars 1913, p. 598.

K. publie les résultats obtenus par l'emploi du néosalvarsan en injections intramusculaires (solution glycérinée additionnée de quelques gouttes d'eucaïne à 1/100). Il conclut que le néosalvarsan est aussi actif que le Salvarsan ; administré par la voie intra-musculaire, il agit moins rapide-

ment mais son action paraît être plus durable. On n'observe ni abcès, ni nécroses ; la douleur n'est pas constante et elle est insignifiante.

S. Fernet.

Le néosalvarsan, premières impressions cliniques (El neosalvarsan, primeras impresiones clinicas), par J. de Azua. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, février-mars 1912, n° 3.

Le néosalvarsan possède une action thérapeutique aussi sûre et encore plus intense que celle du Salvarsan. Il est probable que cette plus grande intensité est due à la tolérance de plus fortes doses d'arsenic employé sous cette forme Il est suffisant d'employer chez les sujets sans tares morbides des doses de 60 à 80 centigrammes pour des hommes de plus de 50 kilogrammes et de 40 à 50 pour les femmes du même poids, on peut ensuite, si ces doses sont bien tolérées, augmenter de 10 à 20 centigrammes dans les injections suivantes, sans dépasser 1 gr. 20 à 1,30 chez les hommes et 0,90 à 1 gramme chez les femmes ; on peut donner de 6 à 8 injections. Chez les sujets présentant les mêmes contre-indications que pour le Salvarsan, on commence par 0,10 à 0,15 et on ne dépasse pas 75 à 80 centigrammes. Les injections devront être séparées de 4 à 7 jours au moins et davantage s'il survient une réaction dangereuse. On préviendra la névrose faciale acoustique et optique motrice qui suit l'injection en associant le mercure (huile grise) au néosalvarsan entre et après les injections de celui-ci. La médication ne pourra qu'y gagner en efficacité. Le néosalvarsan est plus pratique que le Salvarsan, il ne nécessite pas l'emploi de la lessive de soude mais réclame plus de précautions pour éviter sa facile oxydation. Il devra être préparé immédiatement avant de s'en servir : on le dissoudra sans agiter dans le récipient qui n'atteindra pas 30°, on évitera de chauffer les dissolutions et on les préservera autant que possible du contact de l'air. En raison de l'action hémolytique de l'eau instillée, on emploiera une solution saline de 0,1/15 à 0,1/10, le véhicule étant de l'eau ou du sérum à 4/1000. Pour éviter la réaction inflammatoire provoquée par le néosalvarsan dans le tissu cellulaire, on met dans l'appareil un peu d'eau distillée ou de sérum avant la solution médicinale. Les injections musculaires de néosalvarsan sont mieux tolérées qu'avec le Salvarsan. L'injection intra-veineuse reste la méthode de choix. Chez les enfants au sein, on préférera les injections répétées dans le tissu cellulaire de solutions à 1/500 (de 0,005 à 0,02). J. Méneau.

Le traitement de la syphilis par le néosalvarsan peut-il être ambulatoire (Darf Neosalvarsan ambulant angewandt Werdun ?), par Touton. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1913, n° 11, p. 484.

Oui, s'il est administré comme il convient. Ch. Audry.

Sur la signification de la fièvre consécutive à une première injection de Salvarsan, par Jeanselme et Jacquet. *Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 23 janvier 1913, n° 2, p. 133.

La fièvre qui suit la première injection de Salvarsan doit être considérée comme une fièvre spécifique. Les autres agents de la médication spécifique produisent les mêmes effets chez les syphilitiques si l'injection intraveineuse est faite d'emblée à doses massives. La réaction thermique consécutive à la première injection est donc une loi générale qui peut se formuler ainsi.

Chez tout syphilitique en période active, l'injection intraveineuse à dose suffisante d'un agent quelconque de la médication spécifique (Salvarsan, enésol, cyanure de mercure) provoque une fièvre de première injection ; cette poussée fébrile ne se reproduit pas aux injections subséquentes, même si la dose est plus forte. E. VAUCHER.

Résultats obtenus dans le traitement des spirochétoses locales par le salvarsan et le néosalvarsan (Die bisherigen Erfahrungen mit der Salvarsan-ein Neosalvarsanbehandlung der lokalen Spirochætosen), par GERBER. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 12, p 634.

Petite revue d'ensemble avec bibliographie. L'angine de Vincent, les gingivites et stomatites mercurielles ou simples, certaines formes de glossites, le scorbut, le noma, les abcès péridentaires, les pulpites sont heureusement traitées par le salvarsan et le néosalvarsan.

Dans les formes sérieuses, il faut pratiquer l'injection intra-veineuse ; dans les formes légères, les applications locales donnent des résultats excellents. Ch. AUDRY.

Traitement par le Salvarsan de la syphilis jeune, par JEANSELME et VERNES. *Paris médical,* 29 mars 1913, n° 17, p. 401.

Les auteurs publient la statistique intégrale de tous leurs cas de syphilis primaire qui ont été traités par le Salvarsan.

D'après leur expérience ils concluent, qu'employer des doses trop faibles et trop espacées, c'est aller au devant d'un échec au point de vue de la stérilisation. Cette stérilisation ne se produit pas ou n'est qu'apparente et cet échec est dû à l'emploi de doses trop faibles de Salvarsan, 1 gramme, 1gr,10, 1gr,50.

Les sujets en état de syphilis primaire qui ont été traités avec succès sont au nombre de treize. Dans ces treize cas qui ont été étudiés par tous les moyens d'investigation dont on dispose à l'heure actuelle, durant une période d'observation qui n'a jamais été moindre de cinq mois et qui pour certains s'est prolongée pendant dix-sept et dix-neuf mois, J. et V. n'ont pu dépister aucun indice pouvant faire supposer que la syphilis est encore en activité. Ils insistent sur l'importance de la réaction de Wassermann pratiquée de temps en temps pour s'assurer qu'elle reste négative.

E. VAUCHER.

Cas de syphilis secondaire grave ; guérison remarquable par le Salvarsan (Caso de sifilis secondaria grave ; notable curación por el Salvarsan), par CRIADO. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, février-mars 1912, n° 3, p. 170.

Un laboureur de 36 ans, atteint de syphilis secondaire, est traité par les injections mercurielles solubles. Les arthralgies, les plaques muqueuses, les syphilides disparaissent, sauf à la face. Un traitement insuffisant laisse reparaître la syphilide qui se généralise en s'accusant surtout à la face où existent d'énormes infiltrats papuleux, rappelant par endroits les tumeurs du mycosis et formant en d'autres une véritable nappe rouge infiltrée. A la région fronto-temporale, on trouve une ulcération un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs. L'état général est mauvais et celui de la bouche empêche tout traitement mercuriel. On pratique une injection de 0,30 de

Salvarsan ; dès le 4e jour, l'amélioration est remarquable. La semaine suivante on pratique une 2e injection de 0,30. Vingt jours après, le malade était complètement guéri. J. Méneau.

Indications pour l'emploi du Salvarsan dans la syphilis du nez et de la gorge (Indications for the use of Salvarsan in syphilis of the nose and throat), par L. Goodale. *The Boston Medical and Surgical Journal,* octobre 1912.

L'auteur expose les résultats de son expérience s'étendant à plus de 36 cas de syphilis traitée par le Salvarsan. On fit dans tous les cas une injection intraveineuse sans provoquer de troubles digestifs, si ce n'est quelques vertiges s'accompagnant de sensations nauséeuses. Il préfère l'emploi du Salvarsan à celui des autres médications dans les conditions suivantes :

Tout d'abord lorsqu'il est nécessaire d'entraver rapidement le développement de l'infection pour des raisons d'ordre social ou autre ; 2° dans les cas offrant une tendance à la stomatite mercurielle ; 3° chez les malades dont les lésions récidivent sans cesse ; 4° dans le but d'établir un diagnostic rapide lorsqu'il est nécessaire d'être fixé sur la nature d'une lésion comme dans une gomme de la cloison ; enfin dans ces formes de syphilis tertiaire qui ont un développement lent, analogues aux gommes serpigineuses de la peau. S. Fernet.

Traitement de la mère et de l'enfant par le Salvarsan (Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder), par M. Holth. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 10, p. 462.

Dans 8 cas, excellents résultats chez les femmes enceintes.

5 enfants vinrent à terme et ont paru sains depuis ; 3 autres ont présenté des accidents ultérieurs, presque toujours légers. Ch. Audry.

Du traitement des femmes syphilitiques enceintes par le Salvarsan, par L. Jeanselme, A. Vernes et M. Bloch. *Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 23 janvier 1913, n° 2, p. 130.

Dix-huit femmes syphilitiques enceintes ont été traitées par des injections intraveineuses de 20, 30 et 40 centigrammes de Salvarsan. Ces injections au nombre de quatre à six chez chaque malade étaient renouvelées de semaine en semaine.

Quatorze femmes présentant au cours de leur grossesse des signes de syphilis récente et active traitées ainsi ont accouché à terme d'enfants vivants, en général de poids normal. Sur aucun de ces enfants on n'a relevé de stigmates d'hérédo-syphilis ; 4 ont succombé à une époque rapprochée de leur naissance, mais à des causes accidentelles.

Deux femmes syphilitiques d'ancienne date ayant déjà eu plusieurs fausses-couches ont pu grâce au traitement par le 606 mener à bien leur grossesse.

E. Vaucher.

Le traitement par le Salvarsan des femmes syphilitiques en état de gestation, par Jeanselme. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique,* janvier 1913, p. 27.

Travail fait avec la collaboration de MM. Vernes, Chevallier et Bloch.

Les premiers essais de traitement par le 606 chez la femme enceinte

furent désastreux (mort, avortement), mais ils pouvaient être imputés bien plus à l'abus des injections trop fortes qu'au médicament.

Il faut avant d'injecter du 606 à une femme enceinte s'assurer de l'intégrité parfaite des divers organes et en particulier du rein.

En général, le traitement consiste en 5 ou 6 injections espacées de huit en huit jours, les premières de 0,20 à 0,30, les suivantes de 0,30 à 0,40.

Dans les cas où le traitement a été commencé au début de la grossesse, on peut faire une seconde série d'injections deux mois après la première. S'il existe de l'albuminurie, il est plus prudent de ne pas dépasser 10 à 15 centigrammes.

La dose moyenne injectée à chaque malade a été de 1,30 à 2,40 en six injections. Il faut toujours débuter par des doses faibles, 0,25 à 0,30. La fièvre n'apparaît habituellement qu'après l'injection initiale ; c'est ainsi que chez les syphilitiques en activité, une première dose de 0,15 à 0,20 centigrammes peut déterminer une poussée fébrile à 39°, alors qu'une seconde dose de 0,40 à 0,50 est tolérée sans fièvre. Chez la femme enceinte les réactions (nausées, vomissements, diarrhées) ne sont pas exagérées. Jamais on n'observa soit une oligurie marquée, soit un accroissement notable d'une albuminurie antérieure.

Dans certains cas, après une injection, sont survenues quelques coliques utérines et une augmentation des mouvements du fœtus, mais ces phénomènes ont vite disparu.

Le 606 n'a pas provoqué d'avortement, il est certain qu'il a annihilé dans bien des cas l'action fœticide de la syphilis. Deux femmes sur 16 ont expulsé un fœtus mort et macéré. Les femmes ont accouché à terme ou presque et les suites de couches ont été normales.

14 femmes ont mis au monde des enfants vivants qui étaient tous en vie le huitième mois après leur naissance ; quatre enfants sont morts après le huitième mois, mais non de syphilis. Deux femmes ayant un Wassermann positif et ayant mis plusieurs fois au monde des enfants mort-nés, furent traitées et accouchèrent de beaux enfants.

Le Salvarsan permet donc de mener à bien une grossesse qui, sans lui, se serait terminée presque infailliblement par l'expulsion prématurée du fœtus. E. VAUCHER.

Le Salvarsan dans la Paralysie générale (Salvarsan in general paresis), par TROWBRIDGE. *The Journal of the American medical Association,* 8 février 1913, p. 429.

Observations de huit cas de paralysie générale traités par le Salvarsan intraveineux. T. conclut que le Salvarsan est tout aussi impuissant dans cette affection que tous les autres médicaments. Légère amélioration passagère, mais, dans certains cas, on ne fait que hâter la terminaison fatale.

S. FERNET.

Le Gérant : Pierre AUGER.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

ÉTUDE CYTOLOGIQUE SUR LES GLANDES CUTANÉES

par MM.

J. Nicolas, Cl. Regaud et M. Favre.

En poursuivant des recherches sur l'étude cytologique des glandes de la peau chez l'homme notre but a été de préciser certains détails de leur structure, et surtout d'étudier les modifications fonctionnelles des éléments cellulaires actifs de ces glandes.

Nous avons en particulier porté notre attention sur la présence et le rôle dans ces cellules glandulaires des formations mitochondriales.

On désigne sous le nom de mitochondries (μιτος, filament, χονδρον, article ou segment de membre) des corpuscules du protoplasma, ayant la forme de filaments longs et flexueux, de bâtonnets, de grains disposés en chapelet ou de grains non ordonnés entre eux, organites caractérisés non seulement par une forme précise, mais encore par des réactions microtechniques, une composition chimique et des propriétés physiologiques qu'on commence à entrevoir.

Ces éléments, déjà vus notamment par Altmann, qui les avait nommés filaments végétatifs et bioblastes (1890), ont été décrits avec plus de détails par Benda (1869) qui les nomma mitochondries. Ils ont fait l'objet d'innombrables recherches de la part des histologistes contemporains. Ils ne sont pas un artifice de préparation, mais on les voit dans les cellules vivantes. Ils existent dans toutes les cellules, au moins à un certain moment de leur existence; dans beaucoup de cellules, ils constituent, par leur ensemble, un appareil permanent, le chondriome.

L'intérêt des mitochondries résulte de l'importance fondamentale qu'on s'accorde à leur attribuer dans les actes physiologiques et probablement aussi pathologiques de la cellule.

I. — *Structure fine des glandes sudoripares de l'homme particulièrement mitochondries et phénomènes de sécrétion.*

Nos recherches ont porté principalement sur de petits morceaux de peau saine de l'homme adulte prélevés au cours d'opérations chirurgicales dans les régions suivantes : pulpe digitale, région axillaire, scrotum, nez. Ces fragments ont été examinés au point de vue des formations mitochon-

driales et des phénomènes protoplasmiques en rapport avec la sécrétion sudorale, par la méthode de Cl. Regaud (fixation au bichromate-formol, mordançage à la solution de bichromate de potassium à 3 pour 100 prolongé de 8 jours à 1 mois, coloration à l'hématoxyline-ferrique).

Dans les préparations ainsi obtenues, les cellules myo-épithéliales

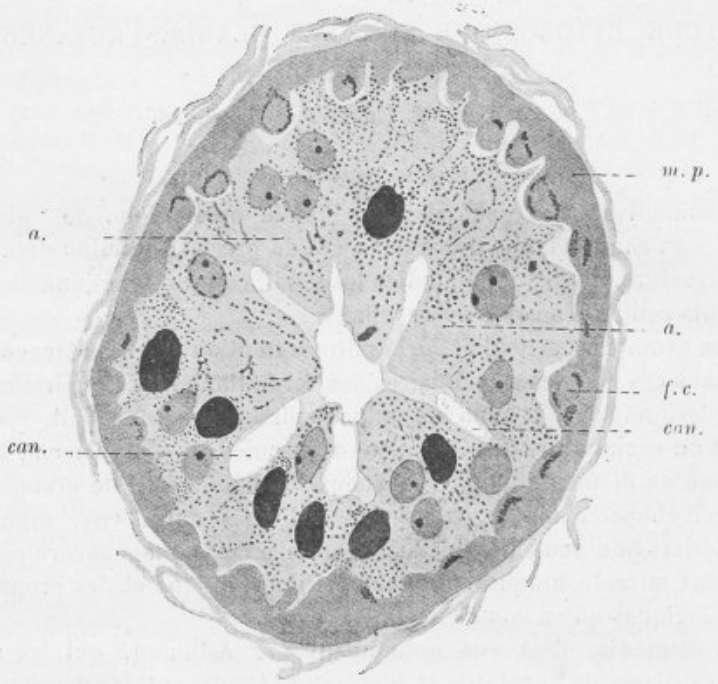


Fig. 1. — Coupe transversale du segment dit « sécréteur » d'une glande sudoripare.

Homme jeune; peau de la pulpe du gros orteil; fixation par le mélange de bichromate et de formol pendant quatre jours; mordançage dans la solution de bichromate pendant cinquante-quatre jours; coloration par l'hématoxyline ferrique.

m.p., membrane propre, non distincte ici de la couche des fibres cellules myo-épithéliales, et doublée en dehors de fibres connectives et élastiques; *f.c.*, coupes des renflements nucléaires des fibres-cellules myo-épithéliales; *a*, cellules sudoripares, contenant des formations mitochondriales, mais dans lesquelles les grains de ségrégation ne sont pas colorés; *can.*, canalicules intercellulaires, irréguliers et coupés en divers sens (Grossissement: 1/380).

des glandes sudoripares sont généralement incolores, les noyaux des cellules glandulaires sont tantôt incolores, tantôt teints en noir, variations de chromaticité habituelles dans les glandes. Les bandelettes obturantes ne sont pas colorées. Seuls sont mis en évidence les grains de ségrégation, les vésicules lipoïdes, les mitochondries.

Nous examinerons successivement l'aspect des deux segments principaux dont se compose le trajet intradermique du canal sudoripare: d'abord le segment dit sécréteur, partie initiale du tube glomérulé, ensuite le segment dit excréteur, plus étroit que le précédent, contenu

d'abord dans la partie glomérulée de la glande puis qui s'en dégage pour rejoindre l'épiderme par un trajet flexueux.

A. — Segment dit sécréteur. — Dans les fibres-cellules myo-épithéliales, nous avons observé des granulations très fines rassemblées autour du noyau ou aux extrémités du fuseau protoplasmique périnucléaire. Ces granulations sont probablement des mitochondries sans que nous osions

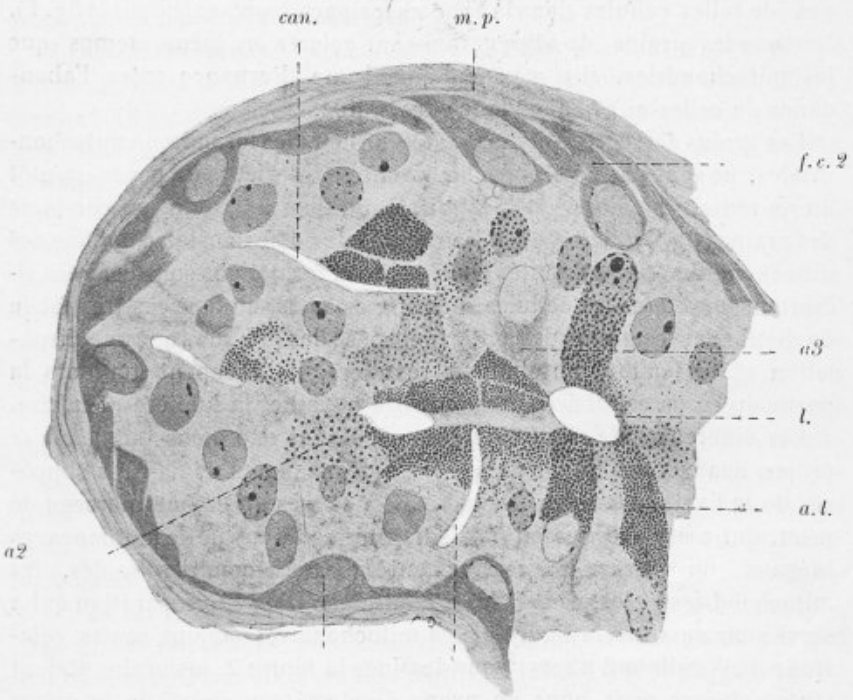


Fig. 2. — Coupe oblique du segment dit « sécréteur » d'une glande sudoripare. Même pièce de peau que pour la figure 1, mais autrement mordancée.

m p., membrane propre ; *f. c. 1*, fibres cellules myo-épithéliales, coupées transversalement au niveau de leur noyau ; *f. c. 2*, autres fibres de même nature, coupées obliquement ; *l*, lumière principale du tube glandulaire ; *can.*, canalicules intercellulaires ; *a1*, *a2*, *a3*, cellules glandulaires, montrant des grains de ségrégation et des vacuoles, à divers stades fonctionnels (Grossissement : 1/380).

l'affirmer, en raison de ce fait que ces granulations forment souvent des flaques où l'on ne réussit pas à les distinguer les unes des autres.

Les *cellules glandulaires* renferment toujours des mitochondries. Ces organites se présentent tantôt sous la forme de grains dispersés sans ordre, tantôt sous forme de chaînettes de grains (chondriomites), tantôt sous forme de bâtonnets courts et plus ou moins incurvés. Ces variétés morphologiques sont réparties indifféremment, semble-t-il, et paraissent équivalentes. Le diamètre des grains et des filaments est plutôt gros. Leur situation est quelconque, et nous ne leur avons pas

trouvé d'ordonnance définie par rapport à la lumière principale du tube glandulaire ou de ses diverticules intercellullaires. Toutes les cellules glandulaires contiennent des formations mitochondriales, mais en quantité très variable. Certaines cellules volumineuses, sphériques et comprimant leurs voisines, d'apparence gonflée et de structure protoplasmique claire, en sont presque entièrement dépourvues (il n'y avait pas de telles cellules dans le tupe sudoripare représenté dans la fig. 1). Lorsque les grains de ségrégation sont colorés en même temps que les mitochondries, il y a généralement une alternance entre l'abondance de celles-ci et l'abondance des grains.

Les grains de ségrégation, comme d'ailleurs les formations mitochondriales, ne sont pas colorables dans toutes les pièces de peau : tantôt on ne réussit à colorer que les mitochondries, à l'exclusion complète des grains (fig. 1), tantôt on obtient les grains à l'exclusion complète des mitochondries (fig. 2), tantôt enfin les deux formations sont colorées simultanément dans les cellules sudoripares. Il est en tout cas très facile de distinguer les grains des mitochondries : les premiers ont une disposition et un calibre absolument réguliers, ils occupent toujours la partie du corps cellulaire située entre le noyau et la lumière canalaire.

Les différences de résultats microtechniques que nous signalons à propos des cellules sudoripares sont indépendantes de hasards supposés de la fixation. Lorsqu'on étudie des coupes du même morceau de peau, qui a été découpé en plusieurs fragments en vue de mordançages inégaux, ou observe successivement les mitochondries seules, les mitochondries et les grains, les grains seuls. Dans la préparation qui a servi pour dessiner la figure 1, les mitochondries étaient seules colorées ; dans celle qui a servi pour dessiner la figure 2, les grains étaient seuls colorés ; mais nous en avons d'autres, provenant de la même pièce, où l'on voit les deux formations.

Les grains et les mitochondries sont d'ailleurs colorés avec une électivité parfaite, en noir d'encre : cela dit, pour bien établir que les résultats que nous avons obtenus sont absoluments différents des états « vaguement granuleux » du protoplasma des cellules sudoripares, dont il est question dans mainte description antérieure.

Nous n'avons pas vu les grains de ségrégation descendre au-dessous de la partie moyenne du noyau, tandis que les mitochondries, qui existent toujours dans la partie infranucléaire, montent ordinairement aussi dans la partie supranucléaire.

Tandis que les variations d'abondance des mitochondries, quoique certaines, ne sont pas aisément classifiables (du moins d'après les préparations que nous avons pu faire jusqu'à présent), les variations des grains de ségrégation sont au contraire des plus régulières. A ce point de vue, il y a lieu de distinguer quatre variétés d'aspect des cellules sudoripares : *a*) cellules dont la région supranucléaire est complète-

ment bourrée de grains tous égaux et équidistants ; *b*) cellules dont la région supranucléaire contient à la fois des grains et de petites vacuoles non colorées, régulières, donnant au protoplasma un aspect spongieux ; *c*) cellules dont la région supra-nucléaire ne contient que des vacuoles, sans aucun grain ; *d*) cellules dont la région supranucléaire est formée de protoplasma homogène, et ne contient ni grains ni vacuoles. Le tube sudoripare représenté par la figure 2 montre des exemplaires de ces divers aspects.

Il est certain que ces aspects différents correspondent à des stades successifs dans le fonctionnement de la cellule sudoripare : maturation, accumulation, dissolution des grains. Mais il serait nécessaire que des expériences méthodiques nous aient apporté la certitude, pour l'exacte sériation de ces stades.

Il y a une similitude remarquable entre les images que nous avons observées dans les cellules sudoripares, lorsqu'elles sont bourrées de leurs grains de ségrégation, et celles que les mêmes conditions de fixation permettent d'observer dans les cellules séro-zymogènes des glandes salivaires. Mais, tandis que les relations entre les mitochondries et les grains sont évidentes dans la cellule séro-zymogène, au point que la transformation sur place des mitochondries en grains est un fait facile à observer (Regaud et Mawas, 1909), nous n'avons pas encore réussi à obtenir la même démonstration pour la cellule sudoripare. Nons avons seulement observé l'alternance des grains et des mitochondries, lorsque les deux formations sont mises en évidence dans la même préparation. Voici peut-être l'explication de cette différence de résultats : dans les cellules salivaires étudiées par Regaud et Mawas, les formations mitochondriales étaient représentées surtout par de longs bâtonnets flexueux (chondriocontes), sur le trajet desquels les ébauches des grains de ségrégation apparaissent comme des renflements en grains de chapelet. Dans la cellule sudoripare, au contraire, il n'y a que de très courts bâtonnets et surtout des mitochondries granuleuses : la transformation de celles-ci en ébauches de grains serait *a priori* un phénomène peu facile à voir. Nous espérons obtenir la démonstration définitive de la formation des grains aux dépens de granulations mitochondriales dans les cellules sudoripares, en étudiant un autre objet que les glandes de l'homme, afin de mettre les glandes expérimentalement dans des conditions de fonctionnement mieux déterminées que celles qu'on peut avoir en prenant au hasard la peau humaine.

Parmi les granulations mitochondriales colorées en noir d'encre dans toute leur épaisseur, il y a de rares mitochondries, qui sont à la fois plus grosses et d'aspect vésiculeux : leur centre est incolore. Nous croyons que ces mitochondries vésiculeuses sont en rapport avec la formation des gouttelettes de graisse, qu'on a trouvées depuis longtemps en abondance très variable dans les glandes sudoripares. Voici

un fait qui nous semble en faveur de cette interprétation : nous avons, par la même méthode, mis en évidence parfois dans les cellules sudoripares, de plus grosses vésicules, dont le centre incolore est circonscrit par un anneau mince coloré en noir. Ces dernières formations sont certainement des enclaves graisseuses en voie d'accroissement ; il est vraisemblable qu'elles représentent un état plus avancé des mitochondries vésiculeuses.

Nous avons aussi rencontré dans les cellules sudoripares des corps bacilliformes droits, renfermant en leur milieu une vacuole incolore,

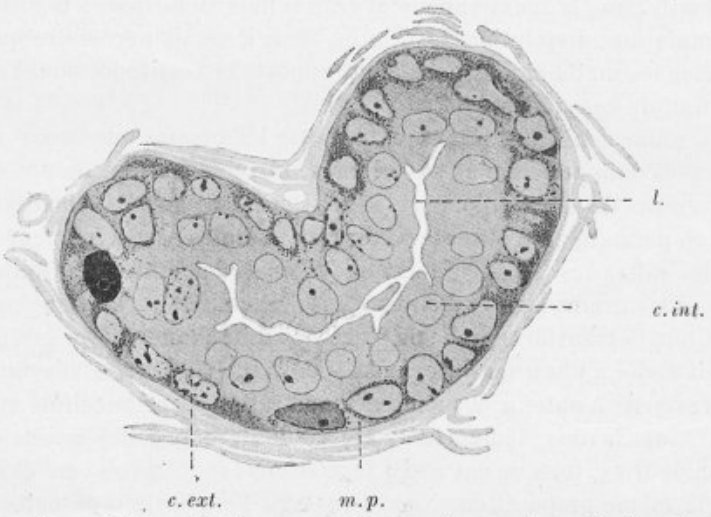


Fig. 3. — Coupe d'un coude du segment dit « excréteur » d'une glande sudoripare. Même préparation que celle qui a servi à dessiner la figure 1.

m. p., membrane propre ; *l*, lumière glandulaire ; *c. ext.*, couche cellulaire externe, dont les cellules contiennent des mitochondries ; *c. int.*, couche interne (Grossissement : 1/380).

rappelant certains microbes avec leur spore. Nous ne savons pas encore leur signification.

B. — Segment dit excréteur. — On sait que l'épithélium de ce segment est formé de deux assises cellulaires superposées.

Les cellules de la *couche externe* ont un noyau très gros relativement au corps cellulaire. Ce noyau, de forme un peu irrégulière, contient un ou deux nucléoles et des croûtelles chromatiques colorables en noir. Le protoplasma est parsemé d'une grande quantité de mitochondries granuleuses, dont la plupart ont une situation périnucléaire très évidente. Nous n'avons pas observé de variations bien nettes de ces mitochondries.

Les cellules de la *couche interne* bordent le canal glandulaire, très étroit et pourvu de diverticules intercellulaires rudimentaires. Dans la région juxta-canalaire, le protoplasma de ces cellules est très dense,

homogène un peu à la manière d'une cuticule. Au point de vue des mitochondries, ces cellules internes se sont présentées à nous dans deux conditions opposées. Dans certaines pièces de peau, elles étaient complètement dépourvues dc mitochondries, dans d'autres, elles en renfermaient un assez grand nombre. Nous ne savons pas s'il s'agit ou non d'une variation cyclique.

*
* *

A notre connaissance, les mitochondries des glandes sudoripares n'ont été ni décrites, ni figurées jusqu'à présent. Il n'en est peut-être pas de même des grains de ségrégation.

La plupart des auteurs décrivent le protoplasma des glandes sudoripares comme vaguement « granuleux ». Cet état correspond sans doute à des mitochondries et à des grains mal conservés par une fixation non appropriée. « Le corps cellulaire, dit Branca (1), en parlant des cellules sudoripares en général, est semé de granulations de taille inégale, qui se rapportent à deux types ; les unes sont constituées par de la graisse ; les autres, après l'action du xylol et de la térébenthine, se colorent en noir avec l'hématoxyline au fer ou l'acide osmique ; ce sont peut-être des granulations pigmentaires. » Cette phrase, qui résumait l'état actuel de nos connaissances sur la structure du protoplasma et les enclaves sécrétoires des cellules sudoripares, ne répond plus à la réalité. Il y a bien des enclaves de nature grasse dans les cellules sudoripares, elles y sont variables selon les régions du tégument que l'on considère, mais leur présence constante permet d'attribuer à ces cellules une fonction pimélogène (Renaut). Il y a aussi des enclaves naturellement colorées, qui se confondent parfois avec les gouttelettes graisseuses (graisse colorée), ou bien constituent peut-être, dans certains cas, des corps distincts. Mais nous avons aussi vu des grains de ségrégation parfaitement authentiques, homologues de ceux qu'on connaît dans beaucoup de cellulaires glandulaires.

On ne les a guère vus jusqu'à présent, parce qu'on avait coutume de fixer les glandes de la peau avec des fixateurs acétiques qui détruisent ces graisses.

On considère généralement la portion dite excrétante du tube sudoripare comme n'ayant aucun rôle glandulaire. Branca qualifie de cuticule rigide et résistante la bordure protoplasmique dense des cellules. « La présence de cette formation, ajoute-t-il, indique assez qu'il ne se passe aucun phénomène de sécrétion au niveau du canal sudorifère. »

Cette conclusion nous semble trop affirmative. Nous ne concevons plus

(1) Branca (A.), Tégument externe et ses dérivés (*Traité d'Anatomie humaine* de Poirier, Charpy et Nicolas, éd. de 1912, t. V, fasc. 2).

les canaux excréteurs des glandes comme des tuyaux à parois inertes n'ayant qu'un simple rôle d'évacuation. Nous croyons qu'en général, les canaux dits « excréteurs » des glandes ont un rôle sécréteur, plus ou moins important ou effacé, selon les cas. Il y a longtemps qu'on a émis et cherché à démontrer cette idée pour les canaux « excréteurs » des glandes salivaires. Nous pensons qu'elle s'applique aussi au segment « excréteur » des glandes sudoripares. La présence de mitochondries dans les deux couches cellulaires de ce segment, et les variations de ces mitochondries dans les cellules de la couche externe sont des symptômes non douteux d'une activité glandulaire encore imprécise.

II. — *Mitochondries des glandes sébacées de l'homme et signification générale de ces organites du protoplasma.*

Nous avons étudié les glandes sébacées dans de petits morceaux de peau humaine prélevés à une certaine distance d'un épithélioma du nez, chez une femme adulte. Il y a là, on le sait, des glandes sébacées s'ouvrant directement à la surface de la peau.

Les pièces ont été traitées par les méthodes que nous avons indiquées dans l'article précédent, consacré aux glandes sudoripares.

Des deux espèces de cellules qui constituent l'épithélium des glandes sébacées (cellules de la formation cloisonnante, cellules à évolution sébacée), seules les cellules sébacées nous ont montré des mitochondries. On admet que les cellules de la formation cloisonnante sont des cellules sœurs des cellules sébacées, c'est-à-dire qu'elles proviennent comme celles-ci de l'assise génératrice de la glande, mais il ne se forme pas de graisse dans leur protoplasma.

Il est facile de suivre l'évolution des cellules sébacées, depuis la couche génératrice indifférenciée, jusqu'au moment où elles éclatent pour former le sébum, à la condition de considérer un certain nombre d'acini de la même glande : car dans un même acinus, tous les stades ne sont pas simultanément présents, du moins en chaque point d'une seule coupe.

Les cellules les plus jeunes, celles qui forment la couche génératrice, sont disposées en une seule assise, à la façon de croissants, en divers points de la périphérie de tout acinus. Les plus jeunes de toutes ne contiennent pas encore de gouttelettes de graisse. On y voit néanmoins de nombreuses mitochondries, la plupart granuleuses, quelques-unes en forme de bacilles courts.

Dans les cellules, encore situées contre la vitrée, ou bien déjà repoussées en dedans de la couche génératrice, mais dont le protoplasma commence à montrer quelques gouttelettes de graisse, petites et largement séparées les unes des autres, les mitochondries sont plus

nombreuses que dans les cellules précédentes. Ces mitochondries sont en majeure partie de forme granuleuse, mais les éléments bacilliformes sont plus nombreux et des filaments plus longs commencent à apparaître. Il y a autour du noyau une couronne épaisse et compacte de granulations mitochondriales, tandis que des granulations, des bâtonnets et des filaments se répandent de là entre les travées protoplasmiques qui séparent les gouttelettes graisseuses.

Parmi les granulations mitochondriales on voit quelques mitochon-

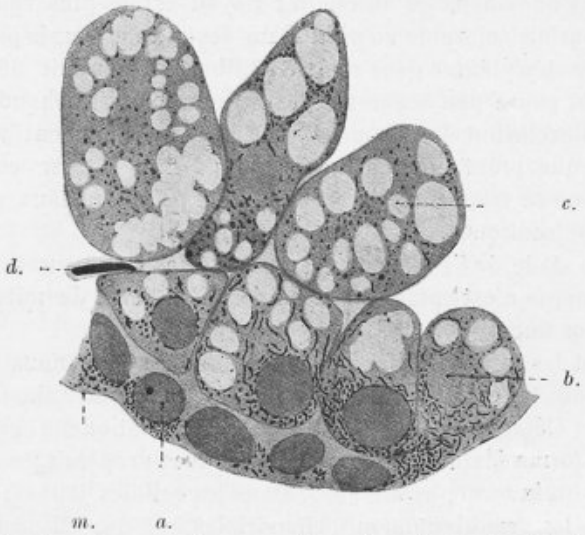


Fig. 4. — Fragment de coupe d'un acinus de glande sébacée.
Peau du nez de l'homme.

m, vitrée ; *a*, cellules de la couche génératrice ; *b*, cellule sébacée en évolution ; *c*, grosse cellule, avec des gouttelettes de graisse (vésicules) sur le point de confluer ; *d*, cellule de la formation cloisonnante.
Fixation par le mélange de bichromate de potassium et de formol, pendant quatre jours ; mordançage dans le bichromate pendant trente-sept jours. Hématoxyline ferrique (Grossissement environ 1/400).

dries vésiculeuses à centre incolorable. Quelquefois une formation vésiculeuse est développée le long d'un filament. Dans les cellules sébacées plus volumineuses, le contour cellulaire devient parfaitement net, tandis qu'il était invisible et comme masqué dans les jeunes cellules. Les gouttelettes de graisses dissoutes par les réactifs ont laissé à leur place des vacuoles arrondies, de grosseur inégale et encore largement séparées par des travées protoplasmiques épaisses. Les mitochondries sont encore très nombreuses mais elles ne sont plus accumulées en aussi grand nombre autour du noyau ; elles sont principalement réparties dans les travées protoplasmiques presque toutes sous forme de longs chondriocontes.

Dans les cellules sébacées très volumineuses, les gouttelettes de graisse sont épaisses et serrées ; les travées protoplasmiques interva-

cuolaires sont amincies; les chondriocontes ne sont plus guère représentés et se sont semble-t-il transformés en mitochondries granuleuses. Ces granulations mitochondriales, très nombreuses, sont souvent en bordure autour des vacuoles, formant autour de celles-ci des couronnes assez régulières.

Près du centre des acini sébacés, on voit des cellules très grasses, arrondies, dont le protoplasma criblé de gros trous n'est plus qu'une sorte de délicate dentelle : les gouttelettes de graisse ont commencé à confluer les unes dans les autres. Le noyau est le plus souvent déjà ratatiné, parfois colorable en noir. Dans ces cellules, sur le point d'éclater et de se désintégrer pour mettre en liberté le produit de sécrétion qu'elles ont peu à peu accumulé, les granulations mitochondriales persistent, à l'exclusion des filaments; ces granulations ont les mêmes caractères que précédemment, pour leur forme et leur colorabilité, mais elles ne se trouvent plus guère qu'aux points nodaux des trabécules protoplasmiques.

A aucun stade de l'évolution des gouttelettes graisseuses, leur paroi protoplasmique n'est colorable en noir, sauf à l'état de mitochondries vésiculeuses fines.

Tels sont les faits relatifs aux mitochondries que nous avons pu observer dans les cellules sébacées. On peut les résumér ainsi. La forme initiale de l'élément mitochondrial est la granulation; à cette forme succède la forme filamenteuse, enfin de nouveau reparait pour persister jusqu'à la fin la forme granuleuse. Dans les cellules jeunes, à un certain stade, les granulations mitochondriales ont une disposition périnucléaire prédominante; plus tard, elles se répandent dans tout le corps cellulaire, entre les enclaves sécrétées. La forme vésiculeuse des mitochondries se voit principalement dans les cellules jeunes, elle est relativement rare.

Nous croyons que les mitochondries vésiculeuses représentent les ébauches des gouttelettes graisseuses. Des faits analogues ont été observés autrefois par Altmann (1892); plus récemment par l'un de nous dans le syncytium nourricier de l'epithélium séminal; par Mlle Loyez dans les ovocytes; par Dubreuil dans les cellules adipeuses du tissu conjonctif lâche; par Hoven, dans les cellules de la glande mammaire, etc... c'est là un processus général bien connu.

Nous n'avons pas connaissance de travaux antérieurs dans lesquels les mitochondries des glandes sébacées aient été décrites. Mais les faits très simples que nous venons de rapporter, par les déductions qu'on en peut tirer, dépassent en intérêt le tout petit chapitre des glandes sébacées.

Il est admis maintenant, à la suite des travaux de l'un de nous sur la formation des enclaves sécrétoires, dans le rein des Ophidiens (Regaud), dans les cellules séro-zymogènes des glandes de l'estomac

(Regaud) et des glandes salivaires (Regaud et Mawas), travaux confirmés dans divers autres objets d'étude par plusieurs auteurs, que les mitochondries servent à former les ébauches ou plastes des enclaves sécrétoires, — doctrine autrefois énoncée par Altmann pour les « granula » et les « filaments végétatifs », qu'on a montrés depuis correspondre en partie aux mitochondries. L'étude que nous venons de faire des mitochondries des glandes sébacées n'infirme pas cette doctrine, bien au contraire. Mais elle contribue à la compléter.

En effet, les mitochondries des cellules sébacées ne sauraient avoir seulement qu'un rôle de plastes. Dans les cellules sébacées un peu avancées en évolution, il est douteux que de nouvelles gouttelettes graisseuses continuent à se former ; l'augmentation du produit de sécrétion se fait exclusivement, semble-t-il, par augmentation de volume des gouttelettes préexistantes. Dans ces cellules holocrines, qui n'ont qu'un seul cycle sécrétoire pendant toute leur existence, la formation des plastes ou ébauches des enclaves sécrétoires semble limitée à l'état jeune de la cellule. Or, les mitochondries ne disparaissent pas après la formation des plastes (mitochondries vésiculeuses), elles persistent jusqu'au dernier moment de la cellule. Quel est donc leur rôle à ce moment ?

Leur rôle, croyons-nous, est celui que l'un de nous a déjà indiqué à plusieurs reprises, à propos de cellules qui sécrètent sans former de produits figurés (rein des Mammifères, en général), ou qui fonctionnent chimiquement sans sécréter (cellules musculaires, par exemple) : c'est le rôle d'extracteurs électifs, d'éclectosomes. Elles puisent dans les matériaux chimiques que la circulation amène au contact de la cellule, ceux qui sont nécessaires au fonctionnement propre de celle-ci, elles les accumulent et les élaborent, ou bien les cèdent au protoplasma ambiant. Telle semble être la fonction de ces mitochondries granuleuses qui subsistent dans les minces travées protoplasmiques, disposées en colonnes autour des gouttelettes graisseuses. Ainsi s'explique la persistance de mitochondries jusqu'au terme de l'accumulation du produit de sécrétion, dans des cellules qui vont bientôt périr en mettant celui-ci en liberté.

C'est surtout pour les cellules sébacées, cellules holocrines et absolument stériles, qu'il est impossible d'admettre le rôle d' « organes héréditaires », que Meves a cru devoir leur attribuer, en considération de leur présence dans les cellules de l'embryon. Dans les cellules sébacées, il est clair que les mitochondries fonctionnent en vue de la cellule même qui les contient et qu'elles ne représentent ni un matériel de réserve, ni une substance héréditaire destinée à des différenciations ultérieures.

Or, les formations mitochondriales des cellules sébacées sont de tout point identiques aux formations mitochondriales des ovules et des

des cellules embryonnaires. Pourquoi ne pas admettre que, dans ces derniers éléments, comme dans toutes les cellules des tissus adultes, le chondriome a un rôle « éclectique » général, en rapport avec le propre fonctionnement de chaque cellule pour elle-même ? On ne saurait dénier *a priori* aux mitochondries, pas plus qu'à toute autre partie constituante de la cellule, la signification de matériel héréditaire, mais les considérations que nous venons de développer démontrent que cette interprétation du chondriome est à la fois moins générale et surtout moins démontrée que sa fonction éclectique.

SUR UNE FORME DE « TUBERCULOSE FONGUEUSE DE LA PEAU » (RIEHL)

Par **A. Nanta,**
Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Toulouse.

La *tuberculose fongueuse de la peau* n'est assurément pas fréquente, puisque depuis Riehl, qui l'a décrite en 1894 (1) d'après une observation, c'est à peine si Pick, en 1904, puis Jadassohn, peut-être, en ont apporté quelques cas isolés. L'exemple que voici présente donc l'intérêt d'un fait rare. Mais il est encore plus curieux que rare ; et, comme on le verra, cette forme de tuberculose cutanée se sépare aussi bien des tuberculoses les plus classiques que des nouvelles venues en dermatologie.

Cet exemple-ci, dont M. le Dr Ravaut a bien voulu nous confier l'examen anatomo-pathologique et la publication, se distingue des 4 ou 5 cas antérieurement publiés par son siège, par son étendue, et par des caractères anatomiques, qui, tout en attestant la nature franchement bacillaire de la lésion, ne laissent pas d'être singuliers.

H. Salv., 63 ans, en traitement à l'hôpital Saint-Louis, salle Cazenave, depuis un an. Une de ses filles et une petite fille sont mortes de tuberculose. Quant à lui, il a remarqué la présence de gros paquets ganglionnaires, qui ont diminué de volume il y a un an. C'est alors qu'ont apparu, sur la face, des placards rouges qui s'ulcéraient rapidement. Le malade étant venu se montrer à Saint-Louis, on a vu déjà à ce moment, il y a un an, de larges ulcérations en voie d'accroissement, sur la face, sur le cuir chevelu, sur le cou, en arrière de l'oreille, sur le lobule de l'oreille, et au-devant du cou. Tout le reste de la face était uniformément rouge et tuméfié, mais la peau ne présentait pas d'altérations bien remarquables.

Les ulcérations étaient superficielles, assez douloureuses au toucher, bordées de pustules et de croûtes, elles suppuraient assez abondamment, et l'on fit sur toute cette masse tuméfiée, enflammée et suppurante, des applications d'eau d'Alibour.

Les ulcérations cependant s'étendaient de proche en proche de la manière que voici : leurs bords étant parsemés de nodules dermiques qui bombaient sous l'épiderme, ces nodules suppuraient en prenant l'aspect de pustules profondes, et en s'ouvrant laissaient une petite ulcération qui confluait bientôt avec la principale. C'est ainsi que se sont faites d'énormes pertes de substances sur le côté droit puis sur le côté gauche face, et que le pavillon des deux oreilles a fini par disparaître il y a six mois.

(1) Riehl, Beiträge zur Kenntnis der Haut-tuberculose. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1894, p. 567.

De place en place, les ulcérations se cicatrisaient parfois : il se formait

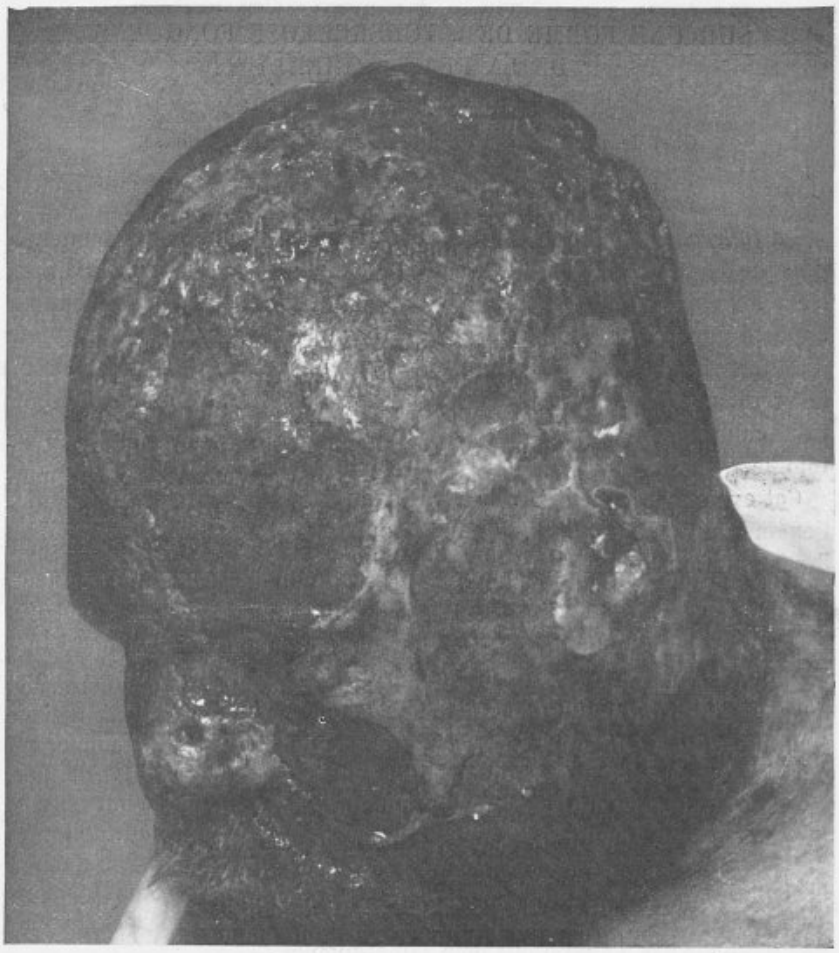


Figure 1.

alors au centre une cicatrice dure lisse, qui parfois disparaissait de nouveau.

Il y a eu de la fièvre au début ; les ganglions sous-maxillaires n'étaient pas très gros.

Il y a trois mois on a vu apparaître sur le tronc, en quelques jours, et par poussées successives, un certain nombre de nodules lenticulaires, rouges et indolents ; quelques-uns se sont ulcérés. Aucun n'a sensiblement diminué de volume jusqu'aux jours qui ont précédé la mort.

En avril, où le malade est mort de cachexie avec des douleurs intolérables qui ont nécessité de nombreuses piqûres de morphine, l'état de la figure est le suivant :

La tête est lésée tout entière, ainsi que le cou jusqu'à une ligne circulaire qui passerait à un travers de doigt au-dessus du sternum. Toutes les parties malades sont énormément tuméfiées, le nez est gros comme une pomme; les paupières sont tellement œdématiées qu'elles cachent entièrement les yeux. La transition entre la peau saine et la peau malade se fait par un bourrelet surélevé de 1 millimètre à 1 millimètre et demi. Les oreilles sont abrasées, l'orifice du conduit auditif externe est à peine visible au milieu des ulcérations voisines.

Dans les régions encore recouvertes d'épiderme, la peau est violacée,

Figure 2.

œdématiée, assez molle au toucher; les poils et les cheveux sont tombés en grande partie. Par endroits on voit de minces bandes cicatricielles, lisses et violacées. On peut considérer que la moitié de la surface de la tête est ulcérée par larges pertes de substances à contours arrondis ou à peine déchiquetés, à bords non surélevés, bien découpés, saignants, surplombant à peine le fond de 1 millimètre à 2 millimètres; le fond de l'ulération est brunâtre ou rougeâtre, non bourgeonnant, recouvert de pus et de débris nécrosés. A quelque distance des bords on voit de gros vaisseaux serpenter sous l'épiderme aminci.

Le malade a été traité par la radiothérapie, avec des pansements antiseptiques divers. La réaction de Wassermann s'est montrée négative, sauf au début d'avril, où le Dr Ramond, employant l'antigène Desmoulière, a obtenu un résultat faiblement positif.

L'examen du sang n'a révélé qu'une anémie assez marquée, accompagnée d'une polynucléose neutrophile accusée.

Rien dans l'aspect, ni dans l'évolution des lésions que nous venons de décrire, ne nous autorise, certainement, à soupçonner la tuberculose

plutôt que l'épithélioma ou que la syphilis. Cependant, comme nous avons trouvé des bacilles de Koch en abondance dans tous les points où nous l'avons cherché, sur les coupes de peau, nous dirons dès maintenant, avant même de parler d'histologie, que ce « léontiasis » si largement ulcéré représentait une forme de tuberculose. Quelle est cette forme ? Est-elle voisine du lupus hypertrophique ou éléphantiasique, etc., que l'on connaît depuis longtemps ? On sait précisément que le lobule de l'oreille est fréquemment le siège de lupus en tumeur, histologiquement semblable au lupus éléphantiasique. La description suivante, de Besnier et Doyon (1), n'est pas sans une certaine analogie avec notre exemple.

« La lèvre considérablement hypertrophiée, fongueuse, est recouverte de croûtes en apparence fort épaisses, en réalité très minces ; les parties saines sont séparées de la surface pathologique par une zone rouge livide, médiocrement infiltrée, molle, qui ne ressemble ni au bord résistant et épais des syphilides ulcérantes serpigineuses, ni à l'ourlet épithéliomateux. Dans quelques cas enfin, c'est une grande partie du visage qui est envahie par un processus analogue ; tout le centre de la face, ou tout un côté du visage, depuis le front jusqu'à la région mentonnière, sont occupés par une masse érysipélatoïde, livide, quadruplant le volume de la lèvre supérieure, rougeâtre, exulcérée, suintante, à bords diffus, se continuant avec les parties saines par un simple bourrelet érysipélatoïde. »

Et ailleurs, à propos du lupus circiné, pachydermique : « C'est particulièrement dans ces formes que la lésion se multipliant, et occupant la totalité d'une fraction de membre, ou même un membre entier, en amène l'hypertrophie générale dans le type de la pachydermie éléphantiasique. »

Cependant Besnier et Doyon ajoutent dans leur description qu'il y a « un état verruqueux, papillomateux » ou que « dans tous les cas même invétérés et dans les déformations les plus extrordinaires (du lupus éléphantiasique) on retrouve à la périphérie des surfaces déformées, quelques-uns des caractères typiques, ci-dessus indiqués, des tuberculoses lupiques serpigineuses de la peau ». Or dans notre observation, l'examen le plus minutieux n'avait pas permis de trouver trace d'état verruqueux, ni de nodule lupique. Et M. Darier, M. Ravaut avaient éliminé l'hypothèse de lupus.

C'est dans une forme décrite autrefois par Riehl, et reprise par Pick (2), par Jadassohn, que nous retrouvons une analogie complète

(1) Kaposi, *Maladies de la peau*. Traduction avec notes par Besnier et Doyon. Paris, Masson, 1891, t. II, p. 440.

(2) Pick, *Journal of cutaneous diseases*, 1904, p. 305. Tumor-like forms of tuberculosis of the skin.

avec cette observation-ci, qu'il convient donc de classer sous le nom de *tuberculose fongueuse de la peau*.

Voici ce qu'en dit Jadassohn dans son article du Handbuch de Mracek :

« L'aspect de la maladie a été décrit par Riehl à propos d'un cas, et Pick, publiant un deuxième cas de la clinique de Riehl, confirme que l'on n'en trouve pas d'autre observation dans la littérature (voyez un cas de Polland).

« Chez la malade de Riehl, on voyait sur la peau de la racine de la cuisse, qui avait été amputée à la limite du tiers inférieur pour tuberculose fongueuse articulaire, on voyait sur le moignon et au-dessus de lui, de grandes plaques à limites irrégulières et grossièrement déchiquetées. Après l'enlèvement des croûtes épaisses on voyait ceci : à la limite du derme se constituaient des nodules mal circonscrits, gros comme des pois, de consistance molle, qui naissaient juste sous l'épiderme mais aussi dans la profondeur, bombai nt à la surface de la peau d'abord légèrement colorée puis brun-rougeâtre, persistaient ainsi un certain temps, et enfin se crevaient au sommet. Les bords de l'ulcération d'abord creusés à pic ou un peu décollés, s'aplatissaient bientôt pendant que l'infiltration progressait tout autour. D'autres foyers apparaissaient sous forme d'infiltrats plus volumineux siégeant dans la profondeur à la limite inférieure de la peau, envahissant le tissu graisseux, tantôt irréguliers ou bosselés, tantôt plans. La surface était surélevée, devenait rougeâtre et s'ondulait parfois.

« Sur ces plaques molles ou modérément résistantes, semblables à du sarcome ou à du mycosis fongoïde, se formaient ensuite de petites ulcérations qui confluaient en aires ulcérées irrégulièrement creusées. L'ulcération se recouvrant de granulations aboutissait à une cicatrice plane. »

Dans le cas de Pick le foyer fongueux siégeait à la mâchoire inférieure.

« J'ai vu moi-même, dit Jadassohn, deux cas qui rappelaient la description de Riehl, mais ils n'étaient pas typiques. Dans l'un, le moignon d'amputation de la cuisse était transformé en une masse irrégulière d'aspect éléphantiasique (les ganglions cruraux furent extirpés et la nature de cet éléphantiasis fut ainsi expliquée). Au voisinage de cette masse se voyaient quelques aires verruqueuses et quelques nodules lupiques avec ulcérations.

« Dans l'autre cas, il s'agissait d'un éléphantiasis diffus de la partie inférieure de la cuisse, sur laquelle se voyait une grande quantité de petits nodules de la taille d'un pois à celle d'une noisette, hémisphériques, mous, violacés, percés de fistules. »

Enfin l'auteur mentionne deux cas dans lesquels, en l'absence de nodules lupiques, d'hyperkératose, de ramollissement et d'ulcérations, et, vu l'aspect des placards qui guérissaient au centre et s'étendaient par leurs bords, il propose le terme de « tuberculose fongueuse serpigineuse ».

Etant donné l'âge des malades, il se demande s'il ne s'agit pas d'une « scrofule sénile ».

La conclusion de Jadassohn est celle-ci : « Si voisine de la tuberculose colliquative que soit cette forme, si voisine notamment des formes diffuses à ramollissement tardif mentionnées dans la littérature française, il y a lieu de la décrire à part. »

On sait bien en effet que les nodules lupiques peuvent être noyés dans le tissu œdémateux du lupus éléphantiasique au point de n'être presque plus visibles, et l'on sait, d'autre part, que dans ce lupus œdémateux de la face, l'état verruqueux de la peau peut faire entièrement défaut (1).

Mais l'absence de tout nodule lupique, et de toute papillomatose, sur une vaste nappe de tuberculose éléphantiasique nous paraît justement assez caractéristique pour que la forme de tuberculose ainsi constituée soit individualisée.

C'est aussi l'opinion de quelques auteurs qui ont pu observer de pareilles lésions.

II

Dans notre cas, comme dans les cas analogues, l'examen histologique seul a pu donner quelque certitude sur la nature des ulcérations observées : il s'agit d'une tuberculose franche.

Mais notre exemple mérite mieux que ce bref témoignage, et c'est pourquoi voici quelles sont, en détail, les altérations que nous avons relevées sur quelques fragments de peau et sur un gros ganglion sus-claviculaire prélevés après la mort du malade. L'autopsie complète n'a pu malheureusement pas être pratiquée.

Examen histologique. — Aussi bien au niveau des surfaces ulcérées, qu'au niveau des régions non ulcérées les lésions atteignent toute l'épaisseur du derme : on voit donc une vaste nappe dermique formée d'un tissu très riche en cellules dans lequel abondent de larges foyers de nécrose. Mais ce n'est pas tout, car au-dessous d'une portion à peu près saine d'hypoderme, apparaît une seconde nappe identique à la première, tout aussi riche en cellules et en foyers nécrotiques. Toute la tête est donc comme enveloppée d'une double couche de tissu malade. D'une nappe à l'autre, il y a de loin en loin, quelque « pont » de tissu malade, établi le long des vaisseaux qui passent du tissu cellulaire sous-cutané au derme. Au fort grossissement, voici quelles sont les principales altérations des diverses couches de la peau :

a) Épiderme : les lames cornées se sont accumulées en certains points, mêlées à des croûtelles de sang et à de petits îlots de pus. La granuleuse est à peine indiquée, la génératrice fortement pigmentée. Mais l'altération la plus marquée est l'abondance de leucocytes circulant entre les cellules de l'épiderme.

(1) Lenglet, *Pratique dermatologique*, article Lupus.

b) Derme : corps papillaire. Les altérations du corps papillaire consistent surtout en un œdème très accusé, avec dilatation des fentes lymphatiques et des capillaires sanguins, et avec infiltration modérée de plasmazellen et de lymphocytes. En quelques endroits cependant le corps papillaire est envahi par une coulée de cellules d'infiltration venues des nappes sous-jacentes, et cette coulée atteint l'épiderme qui disparaît et livre passage à l'abcès venu du derme : c'est ce que l'on voit au voisinage des surfaces ulcérées et c'est suivant ce mode que s'agrandissaient les ulcérations.

Au niveau des surfaces ulcérées l'épiderme et le corps papillaire ont disparu, le derme est mis à nu et présente d'ailleurs les mêmes lésions que partout ailleurs.

Le derme est donc transformé, à part quelques faisceaux conjonctifs, quelques poils, et surtout, dans la profondeur, quelques glandes sudoripares, en une large nappe bourrée de cellules et de foyers de nécrose.

Ces cellules sont des lymphocytes, des plasmazellen et des leucocytes, disposés dans un réseau conjonctif à peine indiqué et le long de vaisseaux congestionnés. Au milieu de cette infiltration apparaissent de vastes surfaces où restent colorables à peine quelques noyaux : mais ces foyers de nécrose ne sont bordés ni de cellules géantes ni d'amas de cellules épithélioïdes. De ce fait, on pourrait se demander si les lésions relèvent bien de la tuberculose : d'autant mieux que les altérations vasculaires, péri-artérite et périphlébite sont très prononcées en certains points, et évoquent l'idée de syphilis.

Il ne peut y avoir aucun doute cependant car ce qui reste du pavillon de l'oreille présente des follicules tuberculeux absolument typiques. Et en outre l'examen d'un ganglion sous-claviculaire situé juste au-dessous de la lésion montre des lésions de tuberculose classique.

Mais, mieux que cela, la coloration des lames au Ziehl, suivie de décoloration à l'acide azotique au tiers, et à l'alcool absolu, révèle la présence constante, dans toutes les préparations, d'au moins 8 à 10 bacilles de Koch, tantôt libres (dans les foyers de nécrose), tantôt intracellulaires (à la limite des zones d'infiltration, et le long des vaisseaux malades).

Le diagnostic de tuberculose est donc indubitable. L'opinion de notre maître, le Pr Audry, qui a bien voulu examiner nos coupes, est qu'il s'agit d'une forme analogue au lupus éléphantiasique.

Nous remarquerons en somme que, si les lésions ne sont typiques que sur le pavillon de l'oreille, elles représentent ailleurs une forme de tuberculose qui n'est pas toujours typique non plus ; c'est celle du lupus éléphantiasique, œdémateux et hypertrophique. Notre observation est caractérisée surtout par l'abondance des foyers de nécrose, par sa richesse en bacilles de Koch et par cette disposition singulière des lésions en deux lames parallèles, l'une dermique, l'autre hypodermique séparée par une lame de tissu sain.

RECUEIL DE FAITS

NOTE SUR UN CAS D'ÉLÉPHANTIASIS DES MEMBRES INFÉRIEURS

par le Dr **Laurent Moreau,**
Médecin de 1re classe de la Marine, Docteur ès sciences,
Prosecteur à l'École de Toulon.

Nous avons eu l'occasion, au cours d'un séjour à Durban (Natal), d'observer un cas d'éléphantiasis très volumineuse des membres inférieurs, intéressant à plusieurs points de vue.

Observation.

Il s'agissait d'une jeune fille de 14 ans, créole des Seychelles, de teint à peine coloré, habitant Durban depuis plusieurs années avec sa famille.

Rien de particulier à noter dans les *antécédents*.

La date d'apparition de l'affection présente est difficile à déterminer. Insensiblement, depuis environ deux ans, les deux jambes augmentèrent de volume, puis les cuisses. Il n'y eut pas, à proprement parler, d' « accès éléphantiasique », bien qu'à certains moments, la malade ait accusé dans ses membres quelques douleurs. Le gonflement fut tout d'abord caractérisé par un œdème léger, sans forte infiltration, sans changement notable de coloration des téguments, à tel point que les premiers médecins qui furent consultés diagnostiquèrent un œdème brightique, ne songeant pas à la possibilité d'une éléphantiasis filarienne ; cette affection est, pour ainsi dire, inconnue à Durban, où on ne pourrait guère la rencontrer que chez des Cafres venant de l'intérieur.

Aucun cas analogue à signaler dans la famille.

Examen. — On observe actuellement une hypertrophie énorme des deux membres inférieurs. Les jambes sont un peu plus volumineuses que les cuisses, mais la différence est à peine sensible. Le processus hyperplasique n'a pas dépassé en avant les plis inguinaux ; la vulve est intacte ; en arrière, il s'arrête à gauche au pli fessier, à droite à trois travers de doigt de ce pli ; la peau à ce niveau est souple et ne paraît pas infiltrée.

Les téguments de la face dorsale des pieds sont boursouflés et forment un énorme bourrelet se continuant en arrière avec les téguments de la jambe, dont il est toutefois séparé par un profond sillon, et surplombant en avant la racine des orteils, qu'il recouvre presque. Aucune déformation du côté des orteils, qui n'offrent ni œdème ni altération des ongles et qui

ont des mouvements de flexion et d'extension normaux, quoique limités. Rien à noter du côté de la face plantaire.

Les téguments des jambes ont un aspect généralement lisse, chagriné en certains points seulement : régions malléolaires, faces antéro-externes dans leur moitié inférieure : cet aspect chagriné n'est point, toutefois, celui de l'éléphantiasis *velvétique,* car ces saillies du derme que l'on remarque à la

Figure 1.

Figure 2.

surface, loin d'être multiples et appréciables surtout au toucher, sont, au contraire, clairsemées, bien visibles, volumineuses comme de gros boutons d'acné, mais sans zone inflammatoire.

Les faces internes des jambes sont parcourues transversalement par deux ou trois profonds sillons qui viennent se terminer sur les faces postérieures. Au niveau des tendons d'Achille, les sillons s'approfondissent, encadrant les deux talons, qu'a épargnés l'hyperplasie.

La surface des cuisses est régulière, sans saillies ni dépressions.

Nulle part il n'existe de traces d'ulcération ou de solution de continuité de la peau, même dans la profondeur des sillons.

A la palpation, sensation de rénitence ; pas de godet de l'œdème. Ganglions durs et volumineux à la base des deux triangles de Scarpa (adénolymphocèles). Sensibilité des deux membres très confuse.

Circonférence de la jambe. . . .	droite. .	93	centimètres.
	gauche. .	91	—
Circonférence de la cuisse. . . .	droite. .	84	—
	gauche. .	81	—

Troubles fonctionnels presque nuls : la jeune malade, qui porte de longues jupes pour cacher son infirmité, se déplace assez facilement, sans éprouver une trop grande gêne, malgré la limitation très accusée des mouvements de flexion des jambes sur les cuisses.

L'examen des divers appareils ne révèle rien d'anormal.

Une goutte de sang étalée et observée au microscope nous montre un

organisme filiforme, réfringent, d'une longueur de 300 μ environ sur une épaisseur d'une dizaine de μ. Cet organisme qui est, sans conteste, une microfilaire, est légèrement flexueux ; l'extrémité antérieure ou céphalique est mousse, l'extrémité postérieure est nettement acuminée. En aucun point du corps on ne constate la présence d'une enveloppe, mais les fines stries transversales de la cuticule sont parfaitement visibles en faisant va-

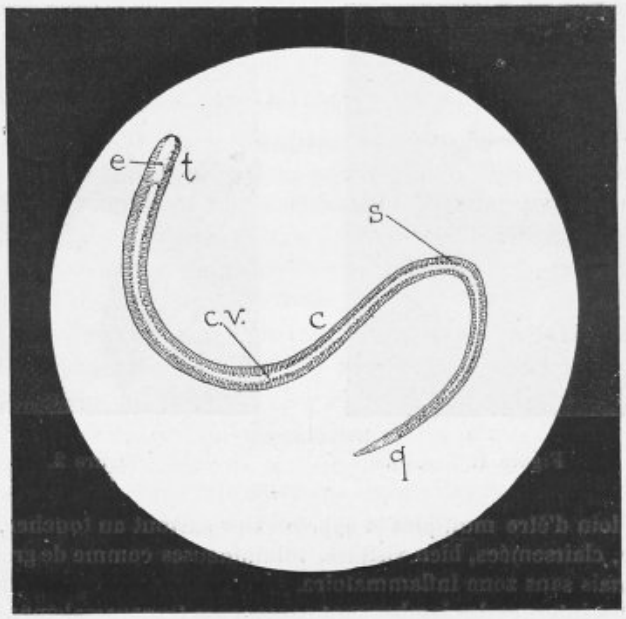


Figure 3. — Examen microscopique (400 diamètres), *t*, tête ; *q*, queue ; *c*, corps ; *c.v.*, central viscus ; *s*, stries de la cuticule semblant pénétrer dans le corps ; *e*, espace céphatique.

rier le grossissement. Pas de noyaux appréciables (sans coloration) ; au niveau de l'extrémité céphalique, on note un espace clair, transparent, très distinct de la cavité centrale du corps, laquelle existe sur presque toute la longueur du parasite (« *central viscus* » de Manson).

D'abord mobile, la microfilaire s'est fixée, et c'est dans cette situation que nous avons pu l'étudier.

Analyse des faits.

Nous insisterons sur les particularités que nous présente cette observation :

1° *Age du sujet.* L'éléphantiasis des pays chauds est rare à l'âge de notre malade (quatorze ans). C'est, en général, entre vingt et quarante ans que l'affection se développe ; elle peut être latente jusque-là, et se manifester uniquement par la présence de parasites dans le sang, mais

on ne note point alors de troubles circulatoires. Au cours de deux années passées dans l'Océan Indien, dans les régions les plus filariennes, en particulier aux îles Comores, nous n'avons point observé de cas analogue à un âge aussi peu avancé.

2° *Mode et origine de l'infection.* On admet aujourd'hui que la filaire a besoin, pour effectuer son cycle évolutif, d'un hôte intermédiaire, d'un moustique : le moustique est donc, comme pour le paludisme, l'agent de contamination. Où se fit la contamination de notre malade : à Durban, ou aux Seychelles, son pays d'origine, qu'elle avait quitté depuis plusieurs années? Au Natal et au Transvaal, de même qu'aux Seychelles, la microfilaire de Bancroft a été signalée. Nous ne pensons pas toutefois que l'affection ait été contractée à Durban, où elle est, nous l'avons dit, très rare. Il faut donc admettre que le sujet, contaminé aux Seychelles où la filariose est endémique, eut une période d'incubation très longue, ainsi que nous en admettions plus haut la possibilité.

Remarquons que c'est le seul cas dans une même famille de plusieurs enfants.

3° *Évolution.* Alors que la plupart du temps la maladie procède par poussées aiguës, véritables « accès éléphantiasiques », ici l'évolution fut lente, torpide, peu bruyante ; des cas analogues avaient été observés exceptionnellement par Fayrerd.

4° *Examen des membres inférieurs.* L'hypersarcose s'arrête exactement à la limite supérieure des membres inférieurs. Nous avons noté dans les deux aines des tumeurs ganglionnaires, se confondant d'ailleurs avec les tissus environnants : reflètent-elles, comme dans certains cas d'inflammation septique, l'état d'infection du membre inférieur tout entier (adénite simple) ou bien participent-elles au processus général d'hyperplasie? La deuxième hypothèse nous semble plus admissible, à cause de la prédilection marquée de la filariose pour le tissu lymphatique : ce sont là des tumeurs lymphatiques, des « adénolymphocèles », avec cette restriction qu'au lieu d'être les seules manifestations parasitaires, ainsi qu'on le sous-entend d'habitude quand on emploie ce terme (1), elles accompagnent une éléphantiasis typique.

Ce n'est point au hasard, mais par suite de raisons anatomiques, que les lésions sont exagérées en certains points, réduites ou nulles dans d'autres, que des sillons, des tranchées plus ou moins profondes segmentent le bloc hypertrophié en bourrelets plus ou moins volumineux.

L'infiltration, après avoir envahi les régions les plus déclives (pieds et jambes) remonte des genoux à la racine des cuisses. Aux pieds, elle

(1) Voir l'intéressante thèse de Le Dentu :
René Le Dentu, *La Filariose et ses rapports avec l'adénolymphocèle, le varicocèle lymphatique et le lymphangiome pédiculé inguino-scrotal,* Bordeaux, 1907.

boursoufle la face dorsale, que coussine un hypoderme extrêmement lâche, quoique peu épais ; l'œdème, s'étranglant à la base des orteils, recule devant la barrière que lui opposent les trousseaux fibreux émanés des gaines aponévrotiques ; à la main, au contraire, où ces adhérences font défaut, où la mobilité de la peau est plus grande, les doigts se boudinent et s'effilent.

Du côté de la face plantaire, les brides qu'envoie l'aponévrose nacrée du court fléchisseur au matelas adipeux sous-cutané et au derme profond constituent comme autant de mailles étroites que remplissent sous pression des lobules graisseux, plus denses, plus compacts encore au niveau des tubérosités calcanéennes, carrefour de rencontre des hypodermes sus-achilléen et plantaire. C'est pourquoi les talons, n'étant que deux coques imperméables, résistent à l'invasion œdémateuse et sont une garantie de plus pour l'intégrité de la plante.

Aux jambes et aux cuisses, par contre, le tissu conjonctif dermique s'hyperplasie démesurément ; les jambes, à cause de la forme même du mollet, laissent pendre de véritables bajoues, « en culotte de zouave », qui s'étagent, séparées par deux ou trois sillons transversaux, semblables à ceux que nous avons décrits. Les creux poplités conservent encore leurs plis de flexion, mais les mouvements des articulations fémoro-tibiales sont presque annihilés, de sorte que le sujet marche, sans pourtant trop d'incommodités, comme sur deux pilons. En haut, le processus s'arrête au pli de l'aine et au pli fessier : au pli de l'aine, à cause des adhérences de la peau avec l'arcade de Fallope, si fortes que Pétrequin leur donnait l'importance d'un ligament ; au pli fessier, en raison des gros trousseaux fibro-élastiques qui relient l'ischion à la face profonde du derme (ligaments ischiocutanés de Luschka).

5° *Identification du parasite.* Nous avons signalé dans le sang un parasite filiforme, dont la forme générale, dont les dimensions sont celles d'une microfilaire ? Mais à quelle variété appartient-elle ? Nous ne retiendrons, pour établir notre diagnostic, que *Microfilaria Bancrofti* (*m. sanguinis hominis* ou *nocturna*), *Microfilaria diurna* (*m. sanguinis hominis minor*) et *Microfilaria perstans*. Bien que nous n'ayons pas trouvé de gaine à notre parasite, nous ne pensons pas avoir affaire à *Microfilaria perstans* : cette embryon a une longueur inférieure à celle du nôtre (200 μ au lieu de 300 μ), il n'a pas de « central viscus » net, enfin il a été seulement signalé sur la côte occidentale d'Afrique et dans l'Uganda.

Sommes-nous en présence de *Microfilaria diurna* ? La prise de sang a été faite, en effet, pendant le jour, et l'on sait que c'est entre 9 heures du matin et 10 heures du soir que le parasite envahit la circulation sanguine. Mais cet organisme, au lieu d'ondulations, décrit des courbures brusques, en bâton brisé ; il ne possède point, en outre, de

cavité centrale visible, et n'a guère été rencontré que sur la côte occidentale africaine et un peu dans l'Hinterland.

Il est vrai que, pour différencier avec le maximum de certitude cette espèce de *Microfilaria Bancrofti*, il faut pratiquer des colorations qui ont surtout pour but de mettre en évidence le « central viscus » de Manson, lequel existe chez *M. Bancrofti*, alors qu'il manque chez *M. diurna* (procédé de Fülleborn et Rodenwaldt : rouge neutre ou bleu azur II dissous dans l'eau physiologique). Mais les caractères offerts par notre embryon nous paraissent suffisamment nets pour autoriser la diagnose de *Microfilaria Bancrofti* : dimensions (300 μ × 10 μ environ), courbures élégantes, extrémité caudale très aiguë, cavité centrale parfaitement visible tout le long du corps, surtout en faisant varier le grossissement.

On remarquera qu'il n'existe pas de gaine autour de notre microfilaire ; mais on a trouvé des embryons sans enveloppe, soit qu'ils l'aient perdue dans le sang circulant, soit plus exceptionnellement, car alors on la retrouverait sous le microscope, qu'ils s'en soient débarrassés dans la préparation elle-même, en vertu des mouvements désordonnés qu'ils présentent alors. Il est possible encore que notre parasite ait eu réellement une gaine, mais, à cause de son adhérence et de sa minceur, elle n'eût guère été discernable qu'à la faveur du délicat artifice d'un procédé de double coloration.

Quant à la rareté du parasite (un seul échantillon dans la préparation), elle s'explique par la présence exceptionnelle des microfilaires de Bancroft dans la circulation périphérique pendant le jour. Elles ne commencent, en effet, à pulluler que depuis six heures du soir jusqu'à minuit, quittant, ainsi que l'ont montré Manson et Rodenwaldt, leur habitat diurne : le poumon, pour devenir alors sanguicoles.

Il est donc hors de doute que, dans le cas que nous venons d'étudier, les lésions éléphantiasiques sont dues à une filaire. On sait que certains auteurs n'admettent point cette conception, soit qu'ils attribuent la maladie au streptocoque (dermocoque de Le Dantec), assimilant ainsi l'éléphantiasis des pays chauds à l'éléphantiasis nostras, soit qu'ils estiment qu'indépendamment des microfilaires ou concurremment avec elles, existe un microorganisme (lymphocoque de Dufougeré), qui localement infecte les tissus et produit une lymphangite. Que le rôle de l'infection cutanée soit grand, cela est incontestable, lorsqu'on songe aux multiples occasions qu'ont de se blesser les indigènes qui marchent jambes et pieds nus ; mais cette théorie n'exclut point l'intervention de la filaire qui, par la gêne qu'elle apporte à la circulation lymphatique, fait de tout point vulnérable, en particulier des membres inférieurs, un *locus minoris resistentiæ*.

6° *Traitement*. Nous ne dirons que peu de chose du traitement, qui, en l'état actuel de nos connaissances, n'existe, pour ainsi dire,

pas. Que pourraient donner les moyens locaux dans notre cas : compression ou massage ? L'électrothérapie (fulguration, émanations radioactives), que signalent Grall et Clarac, ne saurait faire rétrocéder des lésions aussi avancées.

Quant à l'intervention chirurgicale, nous ne pensons même pas qu'elle soit possible, en présence d'une hyperplasie aussi diffuse et aussi définitivement organisée. Serait-elle applicable, qu'il y aurait toujours à redouter une recrudescence de l'affection.

Autant que le traitement, la prophylaxie de la filariose est chose difficile. Comme le fait justement remarquer George Low (1), le public s'intéressera à la fièvre jaune et au paludisme, mais n'attachera point d'attention à une maladie chronique, dont les symptômes n'apparaissent que de longues années après l'invasion. On croit, d'autre part, que l'éléphantiasis est l'apanage des mendiants et des miséreux ; mais que l'on aille « derrière le décor », et l'on restera stupéfait de la fréquence des cas privés. A Brisbane, en Australie, Jackson et Mac Lean se sont occupés de cette question de prophylaxie, qui se résume tout entière dans la destruction du *Culex fatigans*. A cause des obstacles mêmes qu'elle rencontre, elle est beaucoup plus compliquée que celle du paludisme.

7° *Psychologie.* Heureusement le moral de ces malades reste bon. En divers points de l'Océan Indien, à Madagascar, aux Comores, aux îles Maurice et de La Réunion, sur la côte orientale d'Afrique, nous avons rencontré de nombreux indigènes porteurs de difformités éléphantiasiques plus ou moins monstrueuses. Nous avons toujours été frappé de la philosophie avec laquelle ils acceptaient leur affection, la cachant à peine, ne demandant à aucune thérapeutique le bénéfice d'une amélioration. Notre jeune malade, qui pourtant n'avait point pour elle le fatalisme résigné des nègres, mais peut-être l'insouciance des créoles, semblait à peine incommodée par l'infirmité qu'elle soumettait docilement à notre examen.

Il y a là certainement un phénomène d'accoutumance, que vient favoriser encore l'extraordinaire fréquence de l'affection, dans les pays où s'accuse son endémicité.

(1) George G. Low, *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 15 mars 1912.

AMPUTATIONS CONGÉNITALES DES DOIGTS CHEZ UN HÉRÉDO-SYPHILITIQUE. CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE DE CETTE MALADIE.

par M. **Aurel A Babès,**
Prosecteur à la Faculté de Médecine de Bucarest,
Interne à l'hôpital Brancovean.

(Travail fait au service chirurgical du Dr Bardesco.)

Une affection, dont l'étiologie est encore bien incomplètement démontrée, est, sans aucun doute, l'amputation congénitale des doigts.

Les cas sont rares et, en général sans gravité ; aussi cette question n'a pas été trop étudiée. Les cas complètement étudiés sont, en effet, rares, et n'ont fait, en général que l'objet de communications à différentes sociétés scientifiques ou de publications sous forme de cas isolés.

Sans prétendre résoudre la question, le cas qui nous occupe peut, dans un avenir prochain, servir à éclairer l'étiologie de cette affection. Quoique, en apparence, les nouvelles constatations ne fassent en rien progresser le traitement de cet état, toutefois, même à ce dernier point de vue, comme nous l'allons voir au cours de cet article, il y a quelque chose à espérer.

En ce qui concerne l'étiologie de cette maladie, on a émis plusieurs théories, que nous pouvons réduire à trois.

I. *Compression par circulaires du cordon.* Cette théorie, applicable à très peu de cas, absolument exceptionnelle, est niée par beaucoup d'auteurs, quoiqu'il existe des observations indiscutables : cas de Hillaret, Weidemann, Ruskin (Bar).

II. *Compression par brides amniotiques.* C'est la théorie qui a le plus d'adeptes, et, en effet, il existe des cas probants, dans lesquels on trouve, autour des membres amputés, des brides amniotiques ; ils sont rares sans doute, mais ils existent : Wolf, Pinard, etc. Cependant la rareté des constatations tout autant que la rareté de la découverte des segments sectionnés dans le liquide amniotique, font que, même cette explication, ne soit admise par tous les auteurs.

III. Comme ces deux explications présentent des parties faibles, il fallait bien en chercher d'autres. L'une d'elles est celle de Chausser qui croit à une gangrène par lésions artérielles de la partie amputée ; Kristler admet une sclérose de la peau au niveau de l'amputation, sclérose qui entraîne la rétraction et le sectionnement des tissus sous-jacents.

Mais, d'un côté, l'existence de certains cas d'amputation des doigts,

qui évoluait encore après la naissance, cas publiés par Lancereaux sous le nom dc throphonévrose des extrémités, et aussi de ceux connus sous le nom de « ainhum », nous ont fait penser à la possibilité d'une autre cause de production des amputations congénitales. Frappé de ces mêmes contradictions, le célèbre clinicien lui-même admettait une cause nerveuse d'ordre trophique pour ces difformités. Quelques cas publiés ensuite nous ont amené à nous demander si tous ces cas ne peuvent pas s'expliquer par une cause commune : *la syphilis*.

Dans le cas présent, il s'agit d'un enfant syphilitique, avec stigmates syphilitiques et réaction Wassermann positive. En dehors de ce cas, nous en avons trouvé deux autres semblables dans la littérature médicale, dans lesquels existaient des déformations semblables chez des enfants syphilitiques. Ces deux derniers cas ont été communiqués à la Société de Syphiligraphie et de Dermatologie de Paris en 1898.

Le premier cas est celui de Gastou : il est question d'un enfant qui présente une amputation congénitale avec absence de plusieurs os des pieds et syndactylie ; le père a eu un chancre syphilitique cinq ans avant la naissance de l'enfant ; celui-ci ne présente aucun signe de syphilis héréditaire.

Le deuxième cas est rapporté par Barthélémy, au nom de Bar, à propos d'un enfant de deux ans, avec amputation congénitale du bras gauche ; la mère a été syphilitique et a eu deux enfants, nés macérés.

Voici maintenant les observations que nous avons faites sur le sujet que nous avons étudié.

Le malade Gh... M..., âgé de sept ans, vient à l'hôpital pour déformations des pieds et des mains.

Antécédents héréditaires et personnels. Ses parents paraissent en bonne santé ; il a un seul frère, âgé de cinq ans, qui se porte bien.

Il nie les maladies infectieuses et autres.

Il a été allaité par sa mère.

Historique de l'affection actuelle. Depuis qu'il se souvient, le malade a les mains et les pieds déformés ; les déformations de la main sont ce qu'elles ont été au début ; autant qu'il peut se souvenir, il n'y a eu aucun changement dans l'état primitif.

État présent. Le malade est de taille normale pour son âge ; le système osseux, à l'exception des os des extrémités, est absolument normal ; le système ganglionnaire lymphatique est un peu hypertrophié ; il ne présente pas de taches d'une importance quelconque.

Rien d'anormal du côté de la tête ; les dents, et en particulier les incisives inférieures présentent un nombre de crénelures, semblable aux dents de la Triade de Hutchinson, leur implantation est aussi mauvaise.

Il présente une scoliose dorso-lombaire, avec convexité à gauche, peu développée.

Les bras et les avant-bras ne présentent rien d'anormal, non plus que la main droite.

A la main gauche on observe les anomalies suivantes :

L'index, très réduit en longueur, plus court même que le pouce, mesure à peine 2 centimètres ; il se termine par un bout, formé de téguments qui sont à ce niveau très épaissis et forment un véritable durillon ; on ne peut constater aucune cicatrice nette ; dans la profondeur du doigt, à l'exception du bout, l'on sent les phalanges respectives ;

Le médius est de même raccourci ; il mesure 5 centimètres, le doigt

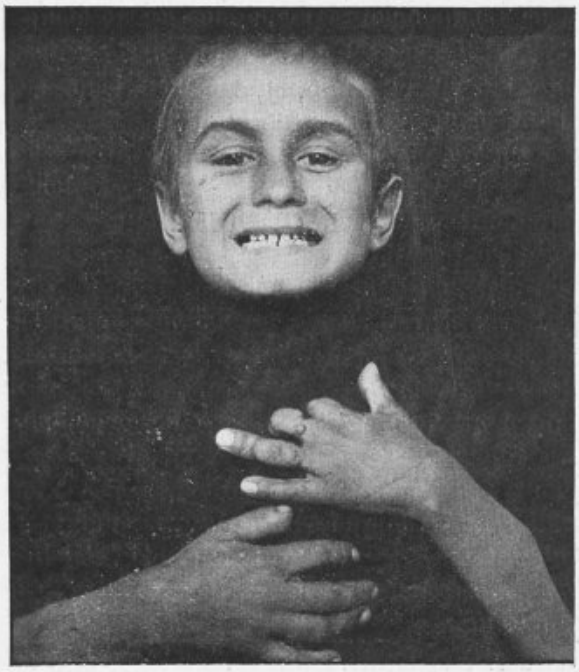


Figure 1.

est très déformé dans sa totalité ; il présente, à 10 centimètres de sa racine, un étranglement, ayant à sa limite externe une protubérance molle, de la grosseur d'une lentille ; cet étranglement est suivi d'une portion renflée et irrégulière, qu'un étranglement moins prononcé divise en deux parties ; une bonne partie de ce doigt est occupée par le squelette et seule la portion terminale est exclusivement composée de téguments ;

L'annulaire est normal comme forme et comme dimensions, il présente seulement au niveau des premier et deuxième plis digitaux un étranglement, qui se continue même sur la face dorsale du doigt ;

L'auriculaire ne présente d'anormal qu'une exagération du premier pli digital ;

La sensibilité tactile, thermique et douloureuse est conservée, aussi bien au niveau des mains déformées que sur le reste du corps ;

Les réflexes des tendons des membres supérieurs sont normaux.

Quant aux membres inférieurs, ils présentent tous deux des déformations en varus equis, la déformation est plus accentuée à gauche ; leur musculature est un peu diminuée en volume surtout pour la jambe gauche ; les réflexes des tendons sont normaux.

Réaction Wassermann positive.

En présence de ces trois cas, nous croyons qu'il est permis, tenant compte de la variété des lésions et même des malformations produites par la syphilis, de penser que les amputations congénitales, elles aussi, pourraient être de la même nature, et, dans ce cas, l'application d'un traitement anti-syphilitique, lorsque l'amputation continue même après la naissance, serait toute indiquée.

BIBLIOGRAPHIE

Viennois (de Lyon). Amputation spontanée des orteils, chez un syphilitique, par processus ulcéreux, térébrant et phagédénique. *Société de dermatologie et syphiligraphie,* 23 juillet 1891.

Bonnaire. Amputations congénitales multiples chez un nouveau-né, arrêt de développement de l'amnios. *Société obstétricale de France,* 22 avril 1892.

Reclus. Différences entre l'ainhum et les amputations congénitales. *Société de chirurgie,* 22 mai 1889.

Lancereaux. Des trophonévroses des extrémités ou acrotriphonévroses. *Semaine médicale,* 1894, p. 421.

Souques et G. Marinescu. Lésions de la moelle épinière dans un cas d'amputation congénitale des doigts de la main. *Société de Biologie,* 1er mai 1897.

Gastou et Barthélémy. Amputations congénitales avec absence de plusieurs os du pied ; syndactylie chez un enfant né d'un père syphilitique. *Société de dermatologie et de syphiligraphie,* 18 avril 1898.

Reclus. Amputations congénitales. *Société de chirurgie,* 20 avril 1886.

Reclus. Amputations congénitales. *Société de chirurgie,* 17 octobre 1883.

Rogers Harison. Amputation spontanée de la jambe. *Société de médecine de Londres,* 10 novembre 1884.

Wanner. Un cas d'amputation congénitale par le cordon. *Revue médicale de la Suisse romande,* août 1903.

Villéon. Phénomène ectromélien. *Gazette hebdomadaire de médecine de Bordeaux,* avril 1911, p. 205.

Zaharescu. Malformations congéuitales. *Bulletin de la Société des sciences médicales de Bucharest,* 1912, p. 100.

Lefour. Ectromélien hémimèle. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux,* 1896.

Regnault. *Le progrès médical,* juin 1909, p. 305.

Wohf. *Archiv fur Gynekologie,* B. 60, H. 2, p. 281.

A. Mouchet. *Revue d'orthopédie,* 1902. p. 53.

P. Grisel. *Revue d'orthopédie,* 1903, p. 72 et 139.

Bizé. *Revue d'orthopédie,* 1904, p. 459.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acanthosis.

Acanthosis nigricans (Dystrophie papillaris et pigmentaria Darier), par J. DE AZUA. *Acta's dermo-sifiliograficas,* IVe année, no 5, juin et juillet 1913.

Le cas publié par A. serait, saut erreur, le premier publié en Espagne. Il s'agit d'un homme de 72 ans, robuste, ni syphilitique, ni tuberculeux, sans symptômes de cancer viscéral, ni troubles généraux, présentant depuis 2 mois : 1° une pigmentation cutanée, diffuse et généralisée avec plaques et papules hyperpigmentées sur la tête et le tronc ; 2° un état papillomateux proportionnel à l'hyperpigmentation. Les lèvres, le palais, les paupières, sont envahis. Le prurit est intense et persistant, plus accusé sur les régions fortement atteintes. A noter : le développement rapide de la maladie, l'envahissement précoce de la muqueuse buccale avec maladie de Fordyce, la papillomatose sur une zone d'eczéma ancien au membre inférieur, et la cachexie rapide. L'examen approfondi du malade me permit de déceler que des symptômes vagues de tumeur abdominale, anatomiquement et cliniquement le diagnostic s'imposait. L'observation est suivie d'une étude complète de la maladie de Darier. J. MÉNEAU.

Acrodermatite.

Phlycténose récidivante des extrémités (acrodermatite continue de Hallopeau), par L. DANEL (de Lille). *Commun. au VIIe Congrès Intern. de Dermatologie,* Rome, avril 1912.

Sujet masculin de 17 ans, cordonnier, atteint depuis 7 ans. Forme suppurative, quelques semaines avant le début brusque des accidents, piqûre d'alène à deux doigts de la main droite, ces deux doigts ont été les premiers malades. Depuis, la plupart des autres doigts ont été pris à leur tour. Les lésions consistent essentiellement en pustules plates lenticulaires, se reproduisant incessamment sur un tégument rouge, comme turgide, peu douloureux. Bon état général. Traitements impuissants.

Il y a trois ans, le mal s'était déjà propagé au niveau de la paume de la main droite. Puis le processus se met alors à effectuer une marche envahissante et deux mois après, tout est pris, sauf la face, les pieds et la partie inférieure des jambes. L'état devient un moment alarmant : il s'agit d'une véritable infection de la surface tégumentaire. Puis tout s'apaise graduellement (le sujet est jeune et n'a pas de minuvalence viscérale). Le mal rentre peu à peu pour ainsi dire dans ses frontières naturelles. Il a cependant conservé aujourd'hui encore toute son activité première.

Pas de troubles ni de lésions nerveuse, centrale ou périphérique. Après Hallopeau, D. tend à admettre qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, souvent suppurative, qui tirerait ses caractères si spéciaux de localisation et

de durée, de la structure particulière de la région où elle prend naissance.

P. RAVAUT.

Adipose.

Sur une variété d'adipose douloureuse localisée aux membres inférieurs atteints de sciatique, par FAVRE et A. TOURNADE. *Lyon médical*, p. 1005, 11 mai 1913.

Cette adipose locale est facilement appréciable : le pli qu'on détermine en saisissant largement les téguments entre le pouce et l'index est notablement plus épais du côté malade que du côté sain.

Cette adipose n'est pas constante, elle semble surtout l'apanage des sciatiques invétérées, et on doit l'interpréter comme un véritable trouble trophique.

Le plus souvent l'épaississement est peu accusé ; il ne s'impose pas, il faut le rechercher de parti pris pour le dépister.

Mais, dans l'un et l'autre cas, l'induration du tissu cellulaire présente un caractère que ne signalent aucune des monographies consacrées à la sciatique : nous voulons parler de la douleur. L'adipose locale de la sciatique est une adipose douloureuse.

La petite manœuvre du plissement de la peau provoque souvent de la part du malade une vive réaction.

Le massage a donné aux auteurs, dans ces cas, des résultats inespérés, après l'échec des traitements les plus variés. Ce massage doit être progressif et s'exercer plus particulièrement sur les îlots de panniculite nodulaire. C'est le tissu cellulaire. et non le nerf qui devient l'objectif de la thérapeutique. Sous l'influence du massage, du pétrissage du tissu cellulaire, l'induration hypodermique régresse rapidement ; et, parallèlement à cette régression, les douleurs et la gêne fonctionnelle s'atténuent et disparaissent.

Comment convient-il d'expliquer les relations de la panniculite avec la sciatique, et l'action si favorable du massage ?

Pour F. et S, la panniculite est d'ordre trophique, secondaire à la névrite. Mais, une fois constituée, elle agit à son tour sur les extrémités nerveuses sous-cutanées qu'elle enserre et comprime ; l'effet morbide devient cause pathogène, et cet étranglement des filets sensitifs périphériques contribue à entretenir les douleurs névralgiques.

La succession des phénomènes paraît être la suivante : la névrite crée un trouble trophique. l'épaississement du tissu cellulaire, qui, à son tour, irrite les extrémités nerveuses, maintient l'état névralgique : la sciatique, de tronculaire, est devenue périphérique.

Le rôle du massage se conçoit sans peine, il supprime les excitations algésiogènes d'origine périphérique, il rompt le cercle vicieux qui s'était créé.

M. CARLE.

Alopécie.

Des alopécies en général et spécialement d'une forme de calvitie non décrite jusqu'ici « l'alopécie indurée atrophique » (The alopecias in general, with especial reference to a hitherto undescribed form of baldness, « alopecia indurata atrophica », par R.-L. SUTTON. *Journal of cutaneous diseases*, août 1912, p. 471.

Après avoir rappelé les classifications des alopécies, et celle de Brocq en

particulier, S. expose que la pseudopelade ou atrophie cicatricielle de Besnier ne devrait pas être classée parmi les alopécies d'origine nerveuse, mais qu'il la considère comme due à une folliculite et la classe par conséquent dans le groupe des alopécies d'origine microbienne, sans en apporter toutefois le moindre argument.

Il rappelle aussi les relations de certaines formes d'alopécie avec la sclérodermie, attribuée par beaucoup d'auteurs à des troubles nerveux, et objecte avec raison que de simples troubles nerveux n'entraînent habituellement pas des lésions définitives.

Vient ensuite la relation de trois cas d'alopécie indurée atrophique, insuffisamment décrite pour avoir un caractère net : il s'agit, semble-t-il, d'une alopécie diffuse, touchant la qualité et la quantité des cheveux avec atrophie de l'épiderme et du follicule. Cette alopécie serait d'origine nerveuse (?). Sans qu'il en soit nettement question il ne semble pas s'agir de lichen plan. G. PETGES.

Angiome.

Un cas d'angiome (Un caso de angioma), par Moreno MELGAR. Communication au Congrès de Valence. *La Pédiatria Española,* 15 août 1913, nº 11, p. 232.

Une petite fille actuellement âgée de 3 ans, née avec un nævus de la face antérieure du lobule de l'oreille gauche, eut à 2 mois les oreilles percées. Du côté gauche, il se développa une tumeur qui, en dépit de tous les traitements employés, sans jamais se cicatriser, atteignit le volume d'une noix. De couleur violacée, avec taches noirâtres, sa surface légèrement bombée, sa consistance résistante, bien que facilement réductible à la pression, sa forme ovale indiquaient qu'il s'agissait d'un angiome occupant la face antéro-externe de l'oreille et obstruant complètement le conduit auditif externe. L'extrémité inférieure présentait une tendance très marquée à l'ulcération. Le traitement par la neige carbonique a fait complètement disparaître la tumeur (l'A. ne dit pas quel fut le nombre de séances de traitement nécessaire) et le conduit auditif externe a recouvré sa perméabilité normale. J. MÉNÉAU.

Bouche.

Affection maligne de la langue et de la bouche (Malignant disease of the tongue and mouth), par R. ABBE. *Medical Record,* 15 mars 1913, p. 461.

Travail intéressant d'où l'on peut conclure que l'intervention large est la meilleure des solutions contre les lésions buccales malignes, que la radiumthérapie est une conquête importante capable de donner dans ces cas des améliorations passagères contre le carcinome, et des guérisons parfaites contre le sarcome à myéloplaxe.

Etiologiquement, A. met en évidence le rôle positif du tabac dans la genèse du cancer de la bouche.

Enfin il insiste sur l'absence de tout traitement contre la leucoplasie sauf par la radiumthérapie. G. PETGES.

Cancer.

Epithéliome et ulcus rodens chez un même patient (Epithelioma and rodent ulcer occuring in the same patient), par Haldin Davis. *British Journal of dermatology,* mai 1913, p. 149.

La présence simultanée de l'épithéliome et de l'ulcus rodens sur un même malade est exceptionnelle. H. D. l'a observé chez un homme de 56 ans atteint d'une tumeur de la plante du pied droit ayant tous les caractères microscopiques de l'ulcus et d'un épithélioma sur la face postérieure de la cuisse droite. G. Petges.

Communication sur le cancer de la langue (A lecture on cancer of the tongue), par C. Ryall. *British Medical Journal,* 5 avril 1913, p. 697.

R. insiste sur l'utilité de l'ablation large dans l'épithéliome limité; de l'examen microscopique des lésions suspectes; des dangers du tabac chez les syphilitiques; du traitement énergique des syphilitiques jusqu'à guérison sérologique. La prophylaxie de la syphilis devrait entrainer la disparition du cancer de la langue. G. Petges.

Précancéroses cutanées : étude de deux cas de prolifération épithéliale chronique atypique (Précancerous dermatoses : a study of two cases of chronic atypical epithelial proliferation), par John T. Bowen. *Journal of cutaneous diseases,* mai 1912, p. 241.

Relation de deux cas bien obscurs assimilés à des lésions de « dermatoses précancéreuses » ; cliniquement il s'agit de placards papulotuberculeux suintant légèrement, avec croûtelles superficielles, à bords circinés, à évolution lente, 20 ans et 10 ans, siégeant l'une sur une fesse, l'autre sur un mollet, rappelant des syphilides tertiaires ou de la tuberculose. La structure histologique décrite n'éclaircit guère la question : hypertrophie de la couche de Malpighi avec nombreuses divisions karyokinétiques, agrandissement des noyaux et vacuolisation des cellules; hypertrophie de la couche cornée avec hyperkératose et parakératose ; œdème de tout l'épiderme ; le derme est modifié parallèlement, avec multiplication et élargissement des vaisseaux entourés de manchons cellulaires avec prédominance de cellules plasmatiques ; certaines zones rappellent la structure des angiomes ; le derme est en outre infiltré d'amas cellulaires faits de lymphocytes, de quelques polynucléaires et surtout de cellules plasmatiques avec quelques mastzellen ; le tissu élastique est très raréfié.

B voit là une lésion précancéreuse, rappelant par certains points la maladie de Paget de la mamelle, par sa bordure circinée, polycyclique, sa longue durée ; les formes situées en dehors du sein sont connues depuis les cas de Pick, de Shield, de Crocker, etc. ; la ressemblance histologique apparait aussi à B., par sa prolifération épithéliale atypique avec figures mitosiques et amitosiques, par les modifications spéciales des noyaux, l'élargissement des vaisseaux et l'infiltration cellulaire périvasculaire à prédominance des plasmazellen.

B. pense d'après ces signes que malgré l'absence actuelle de tout caractère malin, les lésions ne tarderont pas à prendre ce caractère.

Ne pourrait-on pas émettre une autre hypothèse ? Ces lésions cicatriciel-

les évoluant depuis de longues années ont été curetées, puis traitées par la neige carbonique à plusieurs reprises : ne s'agissait-il pas de la modification des cicatrices avec transformation épithéliomateuse progressive ?

G. Petges.

Comédon.

Comédons du lanugo (Lanugo Komedonen), par Csillag. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 117, p. 3.

On sait qu'il existe souvent du lanugo dans les comédons ordinaires Mais C. a reconnu que chez nombre de sujets, hommes ou femmes, âgés de plus de 25 ans, même hypostratosés, la peau du centre de la face était semée de petits grains noirs, acuminés, formés par l'accumulation de 20 à 35 poils lanugineux agglutinés.

(Une note annexe de C. mentionne à ce sujet le travail de Nobl sur la trichostasis spinulosa.) Ch. Audry.

Dermatites.

Un cas de dermatite gangreneuse infantile (A case of dermatitis gangrænosa infantum), par A.-H.-M. Howard. *British Journal of dermatology,* juillet 1913, p. 227.

Enfant de 10 mois, atteinte de varioloïde, peu après la rougeole, anémiée, mal soignée dans de mauvaises conditions d'hygiène. Deux jours après le début de la varioloïde, éruption vésiculeuse du cou, des joues et d'une oreille; évolution vers des bulles, puis des pustules; apparition de nouvelles bulles sur les jambes et les fesses, avec ulcérations, placards nécrotiques, fièvre élevée, diarrhée. Mort en quatre jours malgré le traitement. G. Petges.

Dermatite pustuleuse végétante récidivante (Dermatitis pustulosa vegetans recurrens), par G. Pernet. *Journal of cutaneous diseases,* septembre 1912, p. 547.

Intéressante observation d'une malade qui présenta six mois environ après un accouchement une poussée de dermatite pustuleuse avec colite infectieuse probable, qui se reproduisit presque continuellement jusqu'en 1911, couvrant en partie le cuir chevelu, les oreilles, les narines, le dos, le haut de la poitrine, la région pubienne.

P. discute longuement la place qu'il faut assigner à ce cas : s'agit-il d'une dermatite pustuleuse chronique à foyers à progression excentrique du type Hallopeau ? la chose paraît soutenable bien que le parallélisme ne soit pas absolu. D'un impetigo herpétiforme ? l'évolution n'est pas la même bien qu'il y ait quelques points de ressemblance.

En somme ce cas est de la même nature que la maladie de Hallopeau mais ne lui est pas superposable ; P. rappelle que dans son mémoire sur l'impétigo herpétiforme Dubreuilh discute le diagnostic différentiel avec la maladie d'Hallopeau. G. Petges.

Éruption artificielle.

Dermatite consécutive à l'application d'Arnica (Arnica dermatitis), par F.-R. Proctor-Sims. *British Medical Journal,* 21 décembre 1912, p. 1707.

Eruption généralisée, sous forme de rash érythémateux, à la suite d'une

application locale de teinture d'Arnica, à mettre au dossier des inconvénients de ce médicament trop employé encore. G. Petges.

Sur l'étiologie de l'érythème dû au pantopon (Zur Aetiologie der Pantoponerythems), par S. Klausner. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 117, p. 1.

Un homme a reçu une injection de pantopon avant l'anesthésie générale à l'éther; il présente une demi-heure plus tard un érythème du cou, de la poitrine et des 2 bras; ainsi le pantopon a augmenté l'érythème réflexe de l'anesthésie et l'a étendu aux 2 bras; le pantopon provoque donc une irritation des centres vaso-moteurs et l'érythème réflexe est bilatéral.

Ch. Audry.

Rash scarlatiforme due à la térébenthine de Venise (Scarlatiniforme rash due Venice terebenthine). *British Medical Journal*, 5 avril 1913, p. 712.

Erythème scarlatiniforme fébrile paraissant lié à l'ingestion de capsules de térébenthine de Venise. Cette térébenthine contient des corps isomériques avec le copahu. G. Petges.

Érythème ab igne (Erythema ab igne), par Hartzell. *Journal of cutaneous diseases*, août 1912, p. 461.

Les érythèmes a calore, avec pigmentation et réseau coloré caractéristique sont peu étudiés dans la littérature dermatologique, en dehors des publications anglaises. Peut-être ces lésions paraissent-elles banales : elles ont cependant un grand intérêt ainsi qu'en témoigne le travail de Harzell.

Dans un premier cas il a observé chez un homme de 32 ans, vagabond alcoolique, au niveau des jambes et des genoux un érythème en forme de réseau à large maille, rouge brillant, infiltré et légèrement squameux par places, qui laissa à sa place après guérison un réseau pigmenté : il s'agissait de lésions provoquées par la chaleur des fourneaux.

Dans un second cas il s'agissait de lésions analogues survenues consécutivement à l'application prolongée de compresses d'eau chaude sur les régions lombaire et sacrée.

Il semble que la chaleur sèche et la chaleur humide agissent pareillement, et que dans ces cas comme dans les autres cas reportés, on observe exclusivement les érythèmes chez des sujets mal portants, affaiblis, âgés, alcooliques : il s'agit d'adultes le plus souvent, bien qu'Abraham les signale chez un enfant de 8 ans, dans le cours d'une scarlatine.

Histologiquement, sur la lésion de la région lombosacrée, H. note un degré modéré d'hyperkératose. Dans un autre cas la couche granuleuse de l'épiderme est absente et çà et là on voit quelques polynucléaires éparpillés dans la couche cornée, avec infiltration cellulaire dans les zones papillaire et sous-papillaire, principalement autour des vaisseaux. Dans toutes les coupes on voit des dépôts de pigment brun au niveau des cellules basales et dans l'épiderme. Il s'agit d'une inflammation et non d'une simple pigmentation d'origine sanguine comme l'a soutenu Perry, qui a improprement appelé ces lésions « éphelis ab igne » ; la qualification d'érythème ab igne convient mieux. G. Petges.

Érythème induré.

Cas d'érythème induré ne paraissant pas d'origine tuberculeuse (Case of erythema induratum givingno evidence of tuberculosis), par J. Galloway. *British journal of dermatology*, juillet 1913, p. 217.

Contribution intéressante à l'étude étiologique et pathogénique de l'érythème induré.

G. a déjà soutenu en 1899 qu'il existe une forme ulcérée, et une autre simplement infiltrée sans tendance à l'ulcération de cette affection et que l'origine n'en est pas tuberculeuse.

Il conclut de son travail d'aujourd'hui qu'il existe un groupe d'érythème induré nettement tuberculeux et un autre groupe non tuberculeux.

Dans une des observations relatées l'inoculation au cobaye n'a pu provoquer de tuberculisation et les examens microscopiques n'ont pu mettre en évidence la présence de bacilles de Koch. Les tissus contenaient de grandes cellules géantes rappelant celles des réactions par irritations liées à la présence de corps étrangers, ou à l'action des acides, etc., avec endartérite rappelant celles des lésions syphilitiques et autres granulomatoses spécifiques. D'ailleurs dans les cas étudiés par G. on ne décelait pas trace de syphilis et la réaction de Wassermann était négative.

Ces cas semblent être des liens de passage entre l'érythème induré et les états aigus qualifiés d'érythèmes noueux. G. Petges.

Érythrodermie.

Classification des érythrodermies rebelles squameuses maculeuses et maculo papuleuses (The classification of the chronic resistant macular and maculo papular scaly erythrodermias), par R.-L. Sutton. *British journal of dermatology*, avril 1913, p. 115.

Les entités cliniques demeurent mystérieuses et les divers syndromes se fondent en types vagues, quand on ne peut s'appuyer que sur la symptomatologie pour les séparer : le seul terrain solide est la pathogénie. Nous en trouvons une preuve dans la question des érythrodermies squameuses chroniques l'une des plus affreusement obscures de la dermatologie. S. ne craint cependant pas de s'attaquer à leur classification après Brocq, Civatte, etc. On ne saurait affirmer qu'il a résolu la question.

Comme conclusion, S. pense qu'il existe des états pathologiques réunissant plus ou moins les caractères cliniques des séborrhéïdes, du psoriasis et du lichen plan que l'on pourrait réunir sous la rubrique générale d'érythrodermies squameuses chroniques persistantes maculeuses et maculo-papuleuses ; toutefois qu'il serait bon de les scinder en groupes distincts comprenant des états cliniquement et histologiquement semblables. A la base de cette liste on pourrait placer la xantho-érythrodermia perstans des Crocker et au sommet la parakeratosis variegata d'Unna, Santi et Pollitzer, avec le groupe du parapsoriasis de Brocq, puis le psoriasis lichenodes comprenant l'éruption lichénoïde de Neisser, l'exanthème psoriasiforme et lichenoïde de Jadassohn et sa dermatite psoriasiforme nodulaire, puis le pityriasis lichénoïde chronique de Juliusberg.

Mais tout ceci ne masque t-il pas sous la richesse des mots notre impuissance et notre ignorance des causes ? G. Petges.

Favus.

Favus à forme érythémato-squameuse (Favus of the erythemato squamous type), par J.-M.-H. Mac Leod. *Royal Society of Medicine of London*, 13 mars 1913. *British journal of dermatology*, avril 1913, p. 138.

Jeune fille de 5 ans atteinte de trois plaques rouges, squameuses du front, dont une présente à son centre quelques godets faviques typiques. Un frère plus jeune présente également une plaque de favus d'aspect herpétiforme sur l'abdomen. Cultures sur agar maltosé, avec poussée de colonies d'achorion Quinckeanum. G. Petges.

Gale.

Gale au cours de l'épidermolyse bulleuse héréditaire (Skabies bei Epidermolysis bullosa hereditaria), par A. Wagner. *Dermatologische Wochenschrift*, 19 avril 1913, n° 96, p. 453.

Une observation de gale restée méconnue pendant trois ans, au milieu de lésions de pemphigus congénital à kystes épidermiques. Pellier.

De l'éosinophilie dans la gale, avec étude critique de l'éosinophilie dans un certain nombre de maladies cutanées (Report of esinophilia in various diseases of the skin), par F. Schamberg et A. Strickler. *Journal of cutaneous diseases*, février 1912, p. 53.

Les auteurs ont déjà étudié la question de l'éosinophilie dans la gale en 1909 ; elle a été signalée à plusieurs reprises depuis : dans plusieurs statistiques on note qu'elle est supérieure à 5 pour 100 et peut atteindre 7 pour 100.

Ils exposent ensuite de nombreux tableaux hématologiques relatifs aux affections cutanées d'après de nombreux auteurs.

Travail riche en documents mais sans la moindre synthèse ni conclusions. G. Petges.

Granulomes.

Sur quelques affections granulomateuses de la peau observées à Tripoli (Di alcune affezioni granulomatose della cute osservate a Tripoli), par Pietro Sabella. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, vol. LIV, 1913, pp. 306-331.

S. rapporte les cas de pian, de granulome contagieux des organes génitaux, d'ulcération syphilitique ou tuberculeuse qu'il a observés à Tripoli. Il les compare aux cas observés par les auteurs dans les divers pays tropicaux. Il note les bons effets du Salvarsan et du néosalvarsan sur le pian et sur le granulome génital. H. Minot.

Granulomes annulaires.

Trois cas de granulome annulaire (Three cases of granuloma annulare), par J.-L. Bunch. *British journal of dermatology*, juin 1913, p. 183.

B. cite trois observations typiques de granulome annulaire décrit d'abord par Colcott Fox en 1895 ; de leur étude il conclut qu'il s'agit bien d'une

entité clinique et anatomique bien nette à laquelle ce nom de granulome annulaire convient bien à l'exclusion des autres dénominations (Lichen annularis, Erythema elevatum diutinum, Néoplasie circinée et nodulaire des extrémités), et qui se caractérise par une éruption circinée, atteignant surtout les extrémités, à marche chronique, débutant ou non par un placard érythémateux, à développement centrifuge, ou plus habituellement par la coalescence de petits nodules jusqu'à la formation d'un cercle. Histologiquement il s'agit d'une inflammation chronique dermo-épidermique avec infiltration cellulaire, surtout périvasculaire composée de cellules rondes, de lymphocytes avec quelques mastzellen et globules rouges ; il s'agit vraisemblablement de phénomènes de diapédèse, avec congestion et infiltration. L'origine en est inconnue. G. Petges.

Greffes.

Utilisation des membranes fœtales dans les greffes cutanées (Use of the fetal membranes in skin grafting), par N. Sabella. *Medical Record,* 15 mars 1913, p. 478.

La membrane amniotique remplacerait avantageusement, la membrane coquillière de l'œuf sa parente, la peau de grenouille et les greffes dermoépidermiques. G. Petges.

Hidradénomes.

Un cas d'hidradénomes éruptifs (syringoma) (A case of hidradénomes eruptifs (syringoma), par G.-H. Sequeira. *Royal society of medicine of London,* 13 mars 1913. *British journal of dermatology,* avril 1913, p. 140.

Une jeune fille de 23 ans en excellente santé a constaté le début de l'éruption actuelle depuis 3 ans sur le devant de la poitrine, sans accompagnement de prurit ni de douleurs ; le dos a été pris depuis un an environ, puis la gorge, l'espace intermammaire, l'épigastre, la région interscapulaire. L'éruption est discrète, superficielle, surélevée, ferme et rude au toucher ; elle se compose de petites tumeurs de volume variable (une tête d'épingle à un petit pois cassé) jaunâtres, pâles ou de la couleur de la peau, sans infiltration de voisinage.

Histologiquement l'épiderme a son épaisseur et ses prolongements interpapillaires normaux. Les follicules pileux, dont l'un avec une glande sébacée se voient bien dans le derme, où l'on voit aussi une cavité kystique, arrondie, voisinant avec la bordure d'un second kyste. Ces cavités sont limitées par plusieurs couches d'épithélium stratifié ; les cellules les plus internes prennent fortement l'éosine, au-dessous d'elles on voit des cellules polygonales et une couche basale. Cette basale a des cellules en colonnes basses ou cubiques. Absence de couche granuleuse. L'ensemble du kyste est accolé sous l'extrémité inférieure d'un follicule pileux et en est vraisemblablement issu. Pas de connections avec les glandes sudoripares ou sébacées.

Il s'agit du type de lésions appelées hidradénomes éruptifs par Jacquet et Darier dans l'hypothèse de relations avec les glandes sudoripares ; nævi cyst-épithéliomatosi disseminati de Gassmann, dans l'hypothèse d'une origine nævique ; lymphagiome tubéreux multiple de Kaposi malgré l'absence de rapports avec les lymphatiques, de syringome de Török.

G. Petges.

Lèpre.

Résultat positif de la recherche de bacilles lépreux chez les malades atteints de lésions lépreuses de la muqueuse laryngée (Positiver Leprabazillenbefund in den Fäzes bei an leprösen Schleimhautveränderungen des Kehlkopfes leidenden Patienten), par L. Mérian. *Dermatologische Wochenschrift,* 8 mars 1913, nº 10, p. 269.

La recherche des bacilles est facilitée par le procédé de l'antiformine. M. les a constatés chez deux malades dont l'un était porteur de nombreux nodules de la bouche, de la muqueuse nasale, alors que l'autre avait subi une poussée des lésions cutanées sous l'influence de KI. Pellier.

La lèpre du globe oculaire et de ses annexes (La lepra del globo oculare et dei suoi anessi), par Achille Breda. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* vol. LIV, 1913, pp. 214-254.

B. a observé très fréquemment la lèpre de l'œil (29 cas sur 37). La cécité semble devenir moins fréquente. Les parties atteintes de préférence sont la région supra ciliaire, la peau des paupières, la muqueuse conjonctivale. Les lésions consistaient le plus souvent en nodules de forme variée, principalement sur le bord des paupières. B. a observé des lépromes bien prononcés de la conjonctive bulbaire. Il a aussi observé des cas où la cornée, atteinte de lèpre, recouvrait spontanément sa transparence. Ses inoculations sur divers animaux ne lui ont pas donné de résultats démonstratifs. Quant à la thérapeutique, ni les remèdes anciens (à l'exception de l'huile de Chaulmoogra), ni les nouveaux n'ont donné de résultats satisfaisants. H. Minot.

Lichen.

Lichen plan hypertrophique (Hypertrophic lichen planus), par G.-G. Graham-Little. *British journal of dermatology,* février 1913, p. 60.

Le malade examiné présentait du lichen plan typique du front et des lésions nodulaires, en tumeurs, prurigineuses des jambes.

Cas intéressant à comparer et peut-être à assimiler au prurigo nodulaire de Hyde qui dès lors ne serait qu'une modalité du lichen plan. En rapprochant la photographie annexée au travail de G.-L. de celle du mémoire de Zeisler (*Journal of cutaneous diseases,* novembre 1912, p. 634), un doute naît dans l'esprit.

Urticaria perstans, necroticans, prurigo nodularis, tuberosis cutis pruriginosa rappellent en bien des points le lichen plan ? G. Petges.

Lupus érythémateux.

Relation d'un cas de lupus érythémateux disséminé (Report of a case of lupus erythematosus disseminatus), par A.-J. Gilmour. *Medical Record,* 28 décembre 1912, p. 1160.

Cas intéressant par la dissémination rapide des lésions sur la tête, le tronc, les mains, chez un jeune homme de 29 ans indemne de tares. Réaction à la tuberculine, réactions de Wassermann négatives.

G. Petges.

Lupus tuberculeux.

Le traitement du lupus nasal par l'iode naissant (The nascent iodine

treatment of lupus nasi). par P. W. Bedfort *British Medical Journal,* 12 avril 1913, p. 767.

Contribution à l'étude du procédé connu de Pfannenstill contre le lupus des muqueuses. Résultat favorable. G. Petges.

Malformations cutanées.

Sur une malformation singulière de la peau de la face et des paupières (Ueber eine eigentümliche Missbildung der Gesichtshaut und des Augenlider), par F. Schnaft. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 115, p. 609.

Il s'agit d'un enfant de 7 semaines, si horrible qu'aucune nourrice ne put prendre sur elle de l'allaiter (la mère était malade).

La malformation consistait en un épaississement de la peau du front et des joues en forme de plis épais, souple et profond. En même temps, hypertrichose considérable. La peau, à ce niveau et en général, était le siège d'une rougeur universelle, mais non pas totale, suivie de télangiectasies.

L'enfant qui présentait par ailleurs des malformations palpébrale et oculaire, et a subi avec succès une iridectomie, paraît s'élever assez bien, et est arrivé à l'âge de 7 mois. Ch. Audry.

Mycoses.

Oosporoses ou nocardoses cutanées, par H. Gougerot. *Gazette des Hôpitaux,* 25 janvier et 1er février 1913, nos 10 et 13.

Revue générale et bibliographie complète. E. Vaucher.

Les pseudomycoses, par J. Brault. *Progrès médical,* 11 janvier 1913, no 2, p. 13.

Les pseudomycoses, tout en ayant pour cause des infections microbiennes plus ou moins complètes se présentent avec les allures et la marche des mycoses dues à des organismes plus élevés en organisation.

B. rappelle ses travaux antérieurs sur les pseudomycoses et les diverses symbioses microbiennes qui déterminent les lésions pseudomycosiques. Il vient d'observer un nouveau cas caractérisé cliniquement par des ulcérations profondes et déchiquetées siégeant au niveau des pieds et de la joue gauche sans autres localisations. Les examens du pus furent négatifs au point de vue de la tuberculose, de la syphilis et des sporotrichoses, mais montrèrent invariablement la présence d'un microcoque et de deux bacilles, l'un long et grêle, Gram négatif, l'autre court et grêle, Gram positif. En présence de l'insuccès des traitements internes, l'ouverture chirurgicale, large, des foyers du pied, fut pratiquée, et la cicatrisation survint. Le même traitement appliqué à la face amèna une amélioration, mais le malade sortit avant sa guérison complète. E. Vaucher.

Myxædœme.

Hypothyroïdisme (Forme fruste du myxœdème) [Hypothyreoidismus (Forme fruste des Myxödems)], par A. Saenger. *Dermatologische Wochenschrift,* 29 mars 1913, t. 56, p. 357.

Chez un sujet de 50 ans, présentant des troubles nerveux, la peau du dos était

dure, sèche, parsemée de rhagades. Le traitement par la thyroïdine amena le retour à la normale. S. qui a déjà publié un certain nombre de cas analogues, en conclut qu'il existe des cas de myxœdème où manque le symptôme qui a donné son nom à la maladie ; parfois les muqueuses sont seules atteintes. Les symptômes psychiques classiques peuvent faire défaut ou simuler un état neurasthénique. L'exploration de la glande, lorsqu'elle permet d'en constater l'atrophie, aide puissamment au diagnostic de ces formes frustes. PELLIER.

Parakératose.

Les rapports de la parakeratosis variegata de Unna avec le pityriasis lichenoïdes (Die Beziehungen der Unnaschen Parakeratosis variegata zur Pityriasis lichenoïdes), par E. KLAUSNER. *Dermatologische Wochenschrift,* 16 avril 1913, n° 17.

L'éruption observée par K., datant de 2 ans et demi, consiste en éléments légèrement papuleux d'une teinte variant du rose au brun, rappelant un peu le lichen par des limites polygonales et présentant à leur surface une squame à bords détachés et à centre adhérent, dont la suppression ne provoque pas de rosée sanguine. Ces éléments sont souvent groupés en anneaux, en arcs de cercle, sans perdre toutefois leur individualité.

Les altérations histologiques consistaient en infiltrats de cellules rondes enveloppant des vaisseaux un peu dilatés et s'accumulant dans le corps papillaire. Le corps muqueux un peu dissocié par de l'œdème et parfois par des cellules rondes. La squame se compose de plusieurs rangées de cellules cornées nucléées. Rien n'évoquait l'idée d'une lésion tuberculeuse ou tuberculoïde.

Parakeratosis variegata et pityriasis lichenoïdes paraissent correspondre à diverses formes d'une seule et même affection. La dénomination de Unna en résume parfaitement les aspects cliniques et histologiques.

PELLIER.

Pellagre.

Un cas de pellagre (Report of a case of Pellagra), par F.-C. ROBBENS. *Medical Record,* 11 janvier 1913.

Femme de 42 ans, laveuse, d'origine américaine, morte de pellagre avec troubles diarrhéiques, anurie, convulsions. Etiologie complexe : Misère, alcoolisme, mauvaise alimentation. G. PETGES.

Parapsoriasis.

Sur la clinique et l'histologie du Lichen variegatus de R. Crocker (Parapsoriasis lichenoïdes de Brocq) [Zur Klinik und Histologie des Lichen variegatus R. Crocker (Parapsoriasis lichenoïdes Brocq)], par LEWTSCHENKOW. *Dermatologische Wochenschrift,* 3 et 10 mai 1913, nos 18 et 19, pp. 501 et 528.

Sur un sujet de 19 ans, soigné longtemps et infructueusement pour syphilis, on observait 3 ordres de lésions : petits éléments lichénoïdes, placards faiblement infiltrés, parfois squameux et enfin éléments en voie de régression de couleur brunâtre desquamant fortement au grattage.

Les petits éléments lichénoïdes ne montrent que de faibles altérations histologiques : acanthose, très léger œdème et petits infiltrats périvascu-

laires. Dans les lésions papuleuses, la limite dermo-épidermique est rendue moins nette par l'infiltrat qui envahit la presque totalité du corps de Malpighi. Cet infiltrat consiste surtout en leucocytes mononucléaires. La couche cornée est très nettement parakératosique. A la période de régression les lésions ont évolué vers l'atrophie. PELLIER.

Pemphigus.

Recherches bactériologiques sur le pemphigus (Bakteriologische Untersuchungen bei Pemphigus), par M. COPPELLI. *Dermatologische Wochenschrift,* 13 août 1913, n° 34, p. 995.

C. a retrouvé par l'hémoculture le bacille que Radaeli avait isolé (cinq fois sur six) chez des sujets morts de pemphigus, mais n'avait rien pu obtenir pendant leur vie.

Le microbe inoculé au lapin le tue en 3 ou 4 jours. Mais, atténué par les passages, il détermine chez cet animal une desquamation lamelleuse avec phlyctènes.

Le macaque, après quelques jours d'hyperthermie avec prostration et amaigrissement, présente au bout de 10 jours une éruption de bulles séreuses ou hémorragiques. Comme dans le pemphigus, la formule hématologique est considérablement modifiée. Les organes hématopoiétiques présentent des signes très nets d'hyperactivité. PELLIER.

Prurigo nodulaire.

Un cas de l'affection appelée prurigo nodulaire (A case of so-called prurigo nodularis), par J. ZEISLER. *Journal of cutaneous diseases,* novembre 1912, p. 654.

Très intéressant article qui montre les difficultés nées de la débauche terminologique coutumière en dermatologie : Hyde a appelé « prurigo nodularis » une affection rare caractérisée par l'apparition de petites tumeurs multiples très prurigineuses, grosses comme un pois ou une noisette, à tendance verruqueuse, siégeant surtout aux extrémités, tenaces et récidivantes, observées principalement chez des femmes adultes ne paraissant pas avoir de parenté avec le lichen plan.

Z. en publie un cas concernant une femme de 41 ans qui, sans raisons, présente depuis quelques années des poussées du type suivant : au niveau des bras, des jambes, des cou-de-pieds, surtout sur les faces d'extension se produisent de nombreuses efflorescences du volume d'un pois à celui d'une noisette, de consistance dure, de couleur jaune brun ou brun rouge ; l'éruption est discrète sans tendance au groupement ou à la confluence, elle se produit avec lenteur, les tuméfactions mettant des semaines à atteindre les dimensions indiquées ; la peau est saine au voisinage des tumeurs et entre elles. Elles siègent dans la peau, et font un relief net à sa surface avec une pente douce. Leur surface est généralement rugueuse et même prend un aspect verruqueux, avec lésions de grattage très apparentes ; les plus petites sont polies et luisantes.

Le dos des mains présente de nombreuses indurations d'aspect corné ; dans les paumes elles sont plus discrètes ; le tronc est complètement épargné.

L'examen histologique, relaté très succinctement, montre qu'il s'agit sur-

tout, dit Z., de lésions d'aspect papuleux et verruqueux, sans vacuolisation, rappelant l'angiokératome ; hyperkératose avec globes cornés ; signes d'inflammation périvasculaire dans le chorion, peu appréciable dans la couche papillaire, cet examen histologique est d'ailleurs insuffisant.

La difficuté commence quand il faut donner un nom à cette affection ; Z. élimine l'acne urticata, l'urticaria necroticans, l'urticaria perstans qui occupe tout corps sans respecter le tronc, et demande que l'on préfère la dénomination de prurigo nodularis de Hyde.

On a publié des cas absolument superposables sous des qualifications variées : lichen obtusus corneus de White ; Kuno Hartmann en a signalé 7 cas sous le nom d'urticaria perstans ; Hübner à la clinique d'Herxheimer propose pour des cas comparables le nom de tuberosis cutis pruriginosa ; enfin Fasal établit la communauté clinique de l'urticaria perstans et de la tuberosis cutis pruriginosa.

Il semble bien que tous ces états soient de même nature et il serait bon de leur donner la même étiquette : avec Z. on pourrait accepter celle de : prurigo nodularis, du type Hyde. Mais en dépit de l'absence de lichen plan chez le malade de Z. il s'agit peut-être dans tous ces cas de variétés de lichen plan. G. Petges.

Psoriasis.

Le psoriasis maladie constitutionnelle (Psoriasis als Konstitutionskrankheit), par Menzer. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 33, p. 1599.

M. défend contre His les idées qu'il a antérieurement émises au sujet de la nature du psoriasis, syndrome cutané trahissant une infection bactérienne, tuberculeuse ou non. Il cite à ce propos les recherches antérieures de Poncet sur la tuberculose inflammatoire. Sur 40 malades auxquels il a récemment injecté de la tuberculine, 9 ont réagi, ce qui porte à 30 le nombre des malades chez lesquels il a trouvé des stigmates de tuberculose. M. se considère comme autorisé à défendre encore la conception du psoriasis envisagé non pas comme une épidermidose, mais comme l'expression cutanée d'une maladie constitutionnelle de nature bactérienne, et particulièrement tuberculeuse : à cela conduisent les examens cliniques et les inoculations de tuberculine, celle-ci pouvant non seulement faire réagir les efflorescences psoriasiques, mais encore en faire apparaître.

Ch. Audry.

Le psoriasis, une névrose (Psoriasis, a neurosis), par W.-P. Cunningham. *Medical Record,* 7 décembre 1912, p. 1031.

Le psoriasis serait sous la dépendance de simples troubles nerveux, d'après C. qui donne comme preuve trois observations du genre suivant : un jeune homme accablé par un psoriasis rebelle et par l'état embarrassé de ses affaires fait un héritage ; à la suite de cette heureuse nouvelle son psoriasis guérit. Quelques autres preuves sont évidemment désirables pour classer le psoriasis parmi les névroses au moment où le cadre nosologique se disloque et nie leur existence. G. Petges.

La radiothérapie du psoriasis (Die Strahlenbehandlung der Psoriaris

vulgaris), par L. Freund. *Wiener klinische Wochenschrift,* 20 mars 1913, nº 12, p. 447.

La peau des psoriasiques n'est pas plus sensible qu'une peau saine vis-à-vis d'une radiothérapie raisonnablement dosée, même lorsque ce traitement est prolongé. F. conseille de faire disparaître par un curettage préalable la masse parakératosique qui recouvre les placards. L'irradiation peut alors être réduite aux 2/3 de la dose épilatoire. Pellier.

Purpura.

Purpura de Henoch avec intussusception : laparotomie : guérison (Stenoch's purpura with intussusseption : laparotomie : recovery), par S. Barling. *British Medical Journal,* 29 mars 1913, p. 659.

On a déjà signalé des cas de purpura consécutifs à des accidents d'intussusception intestinale. Henoch avait déjà signalé en 1874 la présence de vomissements, coliques, hémorragies intestinales et articulaires dans quelques cas de purpura. B. en reporte une très intéressante observation avec vérification opératoire suivie de guérison. G. Petges.

Pyémides.

Sur les pyémides (Beitrag zur Kenntnis der Pyämiden), par Werther. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, nº 31, p. 1709.

W. appelle pyémides les manifestations cutanées consécutives aux états septicémiques : ce sont les cas où les manifestations cutanées ont pour auteurs les mêmes agents bactériens que l'infection générale, et ceux où les manifestations traduisent une infection secondaire (exemple : métastase streptococcique dans la diphtérie, etc.).

W. distingue un premier type (4 cas) où les lésions occupent le centre, la face et les extrémités (doigts, orteils). Ces lésions comprennent érythème, purpura, exsudation, soulèvement bulleux, etc., œdème des paupières, croûtes sur les lèvres. Dans une seconde variété, il existe surtout des éléments érythémateux et hémorragiques à distribution d'ailleurs irrégulière. Ch. Audry.

Radiumthérapie.

Cas traités par le radium à l'infirmerie royale d'Edimbourg en 1912 (Cases treated by radium in the royal infirmary, Edinburgh, during 1912), par D. Turner. *British Medical Journal,* 2 mars 1913.

51 malades traités, dont 12 pour tumeurs malignes, 11 pour ulcus rodens, 11 pour nævi, 1 pour leucoplasie, 1 pour lymphadénomie, 1 pour rhume des foins, 1 pour tuberculose ganglionnaire, 1 pour tuberculose du dos de la main, 1 pour papillome, 1 pour hypertrichose.

Les résultats paraissent très favorables à la méthode qui serait supérieure aux plus anciennes : il est difficile d'en juger avec les documents produits.

G. Petges.

Rapport sur les travaux de l'Institut du Radium (A report of the Work carried out at the radium institute), par A.-E. Hayward Pinch. *British Medical Journal,* 25 janvier 1913, p. 149.

La réputation de la radiumthérapie a souffert des enthousiasmes irréfléchis

ou intéressés, et de la méthode vicieuse qui consiste à ne l'appliquer qu'à des cas trop avancés, à l'Institut du Radium de Londres, les malades traités n'ont pas été triés; seuls les moribonds ont été éliminés. En ce qui concerne les lésions malignes, l'ulcus rodens excepté, la radiumthérapie n'a été appliquée que chez les inopérables ou ceux qui refusaient absolument une intervention chirurgicale.

Les appareils utilisés consistent en :

1° Appareils plats vernissés de formes et de dimensions variées, parmi lesquels : *a*) appareils forts contenant dix milligrammes de bromure de radium par centimètre carré; *b*) appareils demi-forts à cinq milligrammes; *c*) appareils au quart avec 2 milligr. 5. Les plus grands en surface ayant au plus 150 milligrammes et les plus petits 7 milligrammes.

2° Tubes capillaires au sulfate de radium, de 2 à 4 centimètres de long sur 2 à 3 dixièmes de centimètre de diamètre, contenant une quantité de sulfate de radium correspondant à 25, 30, 50, 60, 100 milligrammes de bromure de radium.

3° Emanateurs de radium, tubes contenant du radium à dissoudre pour injections ou boisson.

5° Ecrans filtreurs d'aluminium de 1 à 10 millimètres d'épaisseur, surtout employés contre les nævi pileux, les prurits, les dermatonévroses, les lésions superficielles; d'argent à 0 mm. 5 à 1 millimètre pour les tumeurs, les kéloïdes, etc. ; de plomb de 0 mm. 1 à 0 mm. 2, 1 et 2 millimètres pour les épithéliomes plans superficiels, les leucoplasies, etc.

La durée des applications a varié d'une demi à trois minutes pour les applications très courtes (lésions superficielles); de cinq à soixante minutes pour les courtes (nævi, ulcères superficiels, lupus érythémateux, etc.); de une à huit heures pour les longues applications modérées (épithélioma saillants, lupus vulgaire, etc.); de douze à cent heures pour les applications longues (tumeurs malignes profondes, telles que cancer du rectum ou de l'utérus). Les réactions varient avec l'appareil, le dosage, la filtration, le tissu traité, l'étendue traitée, la susceptibilité personnelle : les réactions apparaissent du septième au quinzième jour, et varient de l'érythème simple à la destruction, avec comme intermédiaires l'érythème desquamatif, la vésication, l'ulcération superficielle, l'ulcération profonde avec escarres.

Les résultats paraissent satisfaisants dans un certain nombre de lésions que la radiothérapie influence favorablement mais avec moins de vigueur.

Travail sérieux et documenté favorable à la radiumthérapie.

G. Petges.

Rhinophyma.

Sur le rhinophyma, étude histologique; contribution à la question de la formation post-fœtale des glandes sébacées et des poils (Über das Rhinophyma, eine histologische Studie-zugleich ein Beitrag zur Frage der post-fötalen Talgdrüsen und Haarneubildung), par J. Kyrle. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. XX, p. 665.

K. a retrouvé sur les pièces qu'il a examinées les lésions habituellement décrites dans le rhinophyma, dans le tissu conjonctif sous-cutané, et dans l'appareil glandulaire, ainsi que des traces notables d'inflammation aiguë.

Il a pu obtenir la certitude que les glandes sébacées résultaient en partie

d'une néoformation ; cette néoformation a pour origine une différenciation des éléments épidermiques qui prennent le type de cellules sébacées. Au début, quelques cellules épithéliales subissent isolément cette transformation au sein du réseau épidermique, et ne possèdent pas d'appareil excréteur. Puis, entre ces cellules apparaissent des vacuoles, et enfin, se constitue un canal d'excrétion. Ici, il est impossible de douter d'une néoformation sébacée post-fœtale telle que d'ailleurs on a signalé en anatomie normale.

En certains points, on voit aussi des épaississements de l'épiderme, allongés, privés d'orifice, qui se vacuolisent à leurs extrémités, et finissent par se coiffer d'une véritable papille. Ce sont bien des papilles pilaires néoformées.

Peut-être faut-il chercher l'origine de cette néoformation sébacée et pilaire dans l'énorme vascularisation qui est caractéristique de la lésion.

Ch. Audry.

Le traitement électrique du rhinophyma (acné hypertrophique), par H. Bordier (6 figures). *Presse médicale,* 12 juillet 1913, n° 57, p. 575.

Le rhinophyma consiste en une hyperthrophie des parties molles du nez, dont la coloration rouge ou violacée vient encore corser la laideur du visage de celui qui en est porteur. Le point de départ est dans l'altération des glandes sébacées dont l'abondance est si grande en cette région.

B. s'est adressé à la destruction électrolytique pour faire disparaître les masses hypertrophiées. La technique doit être appropriée à chaque cas. L'électrolyse permet de détruire la tumeur par fractions ; on introduit dans la masse ou le lobe à détruire trois aiguilles de platine iridié bien parallèles entre elles. L'aiguille médiane est reliée au pôle positif, les deux autres au pôle négatif. Le courant est alors donné progressivement et poussé si possible jusqu'à 40 milliampères ; la destruction est jugée suffisante quand les tissus ont pris une teinte grise allant d'une aiguille à l'autre. On ramène progressivement le courant à zéro et l'on retire les aiguilles. La masse détruite prend dans la soirée ou le lendemain une coloration noirâtre ; elle se sphacèle dans les jours suivants, se dessèche et se détache environ quinze jours après la séance. On recommande au malade de laver cette escarre deux fois par jour avec une solution antiseptique.

B. décrit ensuite les précautions à prendre et le mode opératoire qui varie un peu suivant la forme du rhinophyma. Lorsque la destruction des gros lobes est terminée, il reste quelques aspérités que l'on peut détruire à l'aide de la diathermie.

Après ces opérations diverses, la surface du nez est libre, le tissu cicatriciel est souple et la coloration normale. Des photographies très convaincantes illustrent ce travail.

E. Vaucher.

Sarcomatose.

Sarcomatose cutanée primitive consécutive à une piqûre des téguments, par Favre et P. Savy. *Lyon médical,* p. 1061, 18 mai 1913.

L'observation rapportée par les auteurs présente un intérêt tout particulier au double point de vue symptomatologique et étiologique. Il s'agissait d'un cas particulièrement grave, ainsi qu'en témoigne l'évolution

rapide des tumeurs et leur multiplication presque indéfinie, puisque tout le corps en était criblé.

1° L'affection paraît nettement avoir été consécutive à une inoculation cutanée. Le malade, qui était gardien de cimetière, se piqua contre un pieu de fer au niveau du creux poplité droit. Trois semaines après, apparut à l'endroit exact de la piqûre un petit bouton rouge qui s'agrandit assez vite, fut cautérisé sans succès, et s'accompagna rapidement d'une éclosion d'autres nodules, qui apparurent d'abord au front, puis sous l'aisselle droite et se multiplièrent, en l'espace de huit mois environ, sur tous les points du corps.

2° Cliniquement le fait le plus remarquable fut l'évolution ulcéreuse des nodules. Le centre de l'élément s'ombiliquait, se creusait ; et ainsi se créait une ulcération qui par son extension ou sa confluence avec d'autres ulcérations de nodules voisins, arrivait à former de vastes placards ulcéreux au niveau du creux poplité, des aisselles, des régions pubio-inguinales. Ces placards étaient recouverts de croûtes noirâtres épaisses, et exhalaient une odeur extrêmement fétide.

Ce processus ulcéreux d'une sarcomatose cutanée constitue un fait exceptionnel ; les auteurs insistent sur l'absence d'ulcérations au cours de cas analogues, à l'inverse de ce qui se passe habituellement pour le mycosis fongoïde.

Le malade ne remarqua jamais qu'un nodule, une fois éclos, ait cessé d'avoir une marche progressive ou ait tendu à la rétrocession : l'évolution fut toujours progressive. Il est à signaler toutefois que, pendant les quelques jours qui précédèrent la mort, le processus néoplasique parut s'éteindre subitement : les nodules s'affaissèrent, ainsi que les bords des ulcérations qui perdirent également leur coloration violacée.

3° Histologiquement, il s'agissait, à n'en pas douter, d'une tumeur sarcomateuse particulièrement maligne, à éléments polymorphes, globo-cellulaires en général, à cellules géantes multinucléées également et présentant de nombreuse figures de karyokynèse.

Les limites entre le nodule cancéreux et le derme normal étaient particulièrement nettes ; les éléments cellulaires du tissu conjonctif avoisinant immédiatement le nodule paraissaient subir une transformation progressive en éléments néoplasiques, à en juger par l'existence des formes intermédiaires assez facilement reconnaissables. M. Carle.

Sclérodermie.

Sur la sclérodermie de la langue et de la muqueuse buccale (Beirag zum Studium der Sklerodermie der Zunge und der Mundschleimhaut), par K. Vignolo-Lutati. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. XX, p. 682.

Une femme de 64 ans, atteinte de sclérodermie généralisée avec sclérodactylie, présente en outre des altérations de la langue, des lèvres, des gencives, de la muqueuse des joues, du palais et du pharynx. Ch. Audry.

Sclérodermie localisée (Localised scleroderma), par G. Norman Meachen. *Royal Society of Medicine of London,* 13 mars 1913. *British journal of dermatology,* avril 1913, p. 139.

Une jeune fille de 14 ans, anémique, choréique, nerveuse, ayant eu 8 ans

avant du psoriasis, présente une plaque blanche sur le dos d'un pouce, bordée d'un liséré bleuâtre. G. PETGES.

Sporotrichose.

Sporotrichose pharyngée primitive, par H. GOUGEROT et Paul QUELLEN. *Paris médical,* 9 août 1913, n° 36, p. 236.

Observation d'une malade qui présentait au niveau de la paroi postérieure du pharynx une large surface ulcérée à bords irréguliers ; le fond était grisâtre, sanieux, donnant l'impression de mucopus adhérent.

Un traitement antisyphilitique resta sans effet. Mais le médecin pensant à la sporotrichose ordonna un traitement ioduré local et général, et la guérison fut obtenue.

Le pus ensemencé donna des colonies de sporotrichum Beurmani. La sporo-agglutination était positive à 1/200. Il n'y avait aucune autre localisation de la sporotrichose.

Cette observation isole un nouveau type de sporotrichose, la pharyngite sporotrichosique primitive isolée, sans lésions cutanées ; elle montre la bénignité des localisations sporotrichosiques des muqueuses si l'iodure est bien toléré. E. VAUCHER.

Sporotrichose ; gomme du genou à type d'abcès ossifluent. Gomme du tibia avec gonflement du périoste, par BÉRARD et Ch. LAURENT. *Société médicale de Saint-Étienne,* juin 1913.

Il s'agit d'un vieillard, porteur de deux gommes, siégeant l'une près du genou droit, l'autre à la partie inférieure du tibia gauche, avec épaississement du périoste. Le syndrome clinique était celui de la gomme tuberculeuse avec lésions osseuses. Or, les cultures ont montré qu'il s'agissait de sporotrichose typique.

Le traitement ioduré a déjà produit une notable amélioration ; il n'agit pas, cependant, avec la même rapidité que dans la syphilis.

A propos de ce cas, les auteurs insistent sur deux points.

1° Les lésions sporotrichosiques ne font pas uniquement des gommes ou des abcès simulant la syphilis ou la tuberculose ; mais il existe aussi une forme cancroïdale de la sporotrichose.

2° Le traitement ioduré se montrant parfois inefficace, les auteurs emploient une médication qu'ils ont proposée déjà contre l'actinomycose : la levure de bière, associée à l'arsenic. M. CARLE.

Télangiectasies.

Un cas de télangiectasies multiples (A case of multiple telangiectasies), par J.-H. SEQUEIRA. *British journal of dermatology,* mai 1913, p. 154.

Femme de 55 ans, vraisemblablement atteinte de néphrite interstitielle, obèse, anémique, présente un peu sur tout le corps de nombreuses taches télangiectasiques rappelant le type familial. G. PETGES.

Thérapeutique.

Mort consécutive à l'action du cyanure d'or et de potassium, poison du sang (Ueber tödliche Wirkung die Aurum kalium cyanatum als

Blutgift feim Menschen), par Hauck. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 33, p. 1824.

On a recommandé l'emploi du cyanure d'or et de potassium dans le traitement des tuberculoses externes et de la syphilis. Dans le cas de H. il s'agit d'un homme de 37 ans, atteint d'un vaste lupus de la face et qui avait subi différents traitements, quand on lui administra en 19 injections intraveineuses, 0 gr. 34 de cyanure d'or et de potassium, pendant un laps de temps de 33 jours. Après ce temps le malade présente de la céphalée, de l'accablement, de la fièvre, de l'ictère (foie augmenté), de l'accélération du pouls, et il finit par mourir 15 jours plus tard. Le sang était remarquable par une leucopénie très intense, et une sensible diminution des hématies. Les altérations causées par le cyanure d'or ne sont pas très connues ; dans ce cas, les altérations sanguines, et l'ictère hémolytique le font apparaître comme un poison du sang. Il faut remarquer aussi le processus de destruction considérable dont l'examen histologique montre l'existence au niveau de lésions tuberculeuses de la peau ; mais rien n'annonçait une évolution fibreuse, prélude de guérison. Cependant l'action thérapeutique du médicament sur les tuberculoses externes est certaine. Mais les doses employées dans ce cas étaient trop fortes : au delà de 0,02, le médicament provoque aussitôt la diminution des érythrocytes et une leucopénie sensible. Ch. Audry.

Applications locales de Salvarsan dans les ulcères (Local application of Salvarsan in ulcer), par H. Alston. *British Medical Journal,* 28 décembre 1912, p. 1748.

L'application du Salvarsan dans la framboesia diminue notablement la durée du traitement. A. l'a appliqué aussi à des ulcères chroniques variés avec de bons résultats sous forme de Salvarsan ou néosalvarsan mêlé avec dans 2/3 de xéroforme, ou avec du sous-nitrate de bismuth.

G. Petges.

L'air chaud en thérapeutique, par H. Rozies et Arrivat. *Le Progrès médical,* 1er mars 1913, n° 9.

Revue générale. E. Vaucher.

L'acide trichloracétique employé comme agent keratolytique dans la kératose séborrhéique (sénile) (Trichloracetic acid as a keratolytic in seborrhœic kesatosis), par D.-W. Montgomery et G.-D. Culver. *Journal of cutaneous diseases,* septembre 1912, p. 523.

Il semble que l'acide trichloracétique puisse agir aussi bien que la radiothérapie ou la neige carbonique dans la kératose sénile ; l'application en est plus aisée.

S'il y a beaucoup de croûtes on peut les enlever à la curette, et appliquer des cristaux de l'acide ou une solution saturée, souvent l'hémorragie superficielle ou l'exsudation de sérum diminue l'effet cherché ; il est facile d'y pallier. Il faut obtenir une surface blanche après la cautérisation faite durant quelques secondes, On peut neutraliser par une solution alcaline de bi-carbonate de soude par exemple.

En général la guérison survient sans laisser de traces ; parfois on a une plaque blanche plus ou moins atrophique, peu apparente ; on peut même

avoir si l'action est trop brutale une cicatrice exubérante ou chéloïdienne : avec un peu d'attention ce danger est facile à éviter. G. PETGES.

L'utilisation des solutions de mastic en dermatothérapie (Die Anwendbarkeit der Mastixlösung in der Dermatotherapie), par F. HAMMER. *Dermatologische Wochenschrift,* 24 mai 1913, n° 21, p. 581.

Les solutions de mastic (dans du chloroforme, du benzol, de l'éther), peuvent être utilisées comme un vernis protecteur à la périphérie des lésions ulcéreuses : ulcères variqueux, chancres simples. La plupart des additions médicamenteuses rendent leur emploi moins pratique. Toutefois, l'acide pyrogallique à 10 pour 100 semble particulièrement bien toléré dans le traitement du lupus. PELLIER.

Le Vioforme en dermatologie (Das Vioform in der Dermatologie), par J. HOCHSTATTER. *Dermatologische Wochenschrift,* 8 mars 1913, n° 10, p. 282.

Bons résultats dans les cas de chancre simple, bubons, intertrigo, etc. PELLIER.

Le Sulfidal en préparation sulfureuse pour le traitement de la gale (Sulfidal, ein modernes Schwefelpräparat zur Behandlung der Krätze), par H. WINKLER. *Dermatologische Wochenschrift,* 22 mars 1913, n° 12, p. 333.

Le Sulfidal (soufre colloïdal de Heyden) a été utilisé sous forme de composition glycérinée. Le prurit cesse rapidement. La guérison s'obtient en 8 à 15 jours. PELLIER.

Trichophytie.

Recherches histologiques sur la guérison de la trichophytie et l'allergie chez le cobaye (Histologische Untersuchungen über Trichophytieheilung und Allergie beim Meerschweinchen), par HANAWA. *Dermatologische Wochenschrift,* 9 août 1913, n° 32, p. 939.

Les examens histologiques pratiqués en série montrent que la guérison spontanée de la trichophytie chez le cobaye (Tr. gypseum) est due à une inflammation aiguë aboutissant à l'élimination des parasites que l'on retrouve intacts dans la croûte.

Chez l'animal immunisé par une première inoculation, il se produit une zone inflammatoire de démarcation avec modifications nécrobiotiques des couches les plus superficielles de la peau dont la limite inférieure montre comme un rempart de leucocytes dégénérés. Ici encore, la réaction allergique tend à l'élimination du champignon.

L'intradermoréaction à la trichophytine détermine chez l'animal immunisé une forte inflammation qui s'étend à la périphérie sous forme de nodules circonscrits. PELLIER.

Tuberculose.

A propos d'un cas de tuberculose végétante du pied par inoculation externe, avec propagation lymphatique, par NICOLAS, MOUTOT et GRAVIER. *Lyon médical*, p. 28, 6 juillet 1913.

Tuberculose végétante au niveau du bord externe du pied gauche par inoculation externe. Tendance rapide à la généralisation par propagation

lymphatique ; adénopathie suppurée fistuleuse du triangle de Scarpa ; grosse masse ganglionnaire dans la fosse iliaque du même côté.

Les auteurs sont donc une fois de plus en droit de protester quelque peu contre le pronostic bénin que l'on attribue si légèrement à la tuberculose verruqueuse. Tout dernièremant encore, Gougerot, comparant le lupus et la tuberculose verruqueuse, insiste sur le peu de gravité de cette dernière.

Evidemment, si l'on ne considère que la lésion locale, la tuberculose verruqueuse n'a pas la gravité du lupus, encore que l'on doive faire quelques réserves sur le peu de profondeur des lésions. Mais le bacille de Koch ne reste pas localisé au niveau de la lésion primitive ; il peut essaimer dans l'organisme, le plus souvent par propagation lymphatique, pour arriver enfin à donner une tuberculose généralisée à tous les organes.

C'est en niant, ou tout au moins en oubliant, cette grave éventualité, plus fréquente qu'on ne le croit, qu'on se contente de traiter par des moyens de petite chirurgie dermatologique la tuberculose verruqueuse. Mais profitant de cette erreur, grâce à cette lésion bénigne, le bacille de Koch peut aller coloniser dans les lymphatiques et arriver à causer d'irréparables dommages, si on le laisse faire.

Pour les auteurs, le traitement de la tuberculose verruqueuse doit être une exérèse complète et suffisamment large. Le malade n'a rien à y perdre. Si l'opération nécessite une petite anesthésie, en revanche la guérison est rapide, la cicatrice certainement plus jolie, et surtout on se met à l'abri de complications, qui pourraient même arriver à dépasser les ressources chirurgicales. M. Carle.

Urticaire.

Acné urticarienne (Acne urticata), par H.-G. Adamson. *British journal of dermatology,* 21 novembre 1912, p. 415.

Cas intéressant à rapprocher du mémoire de Zeisler sur le prurigo nodulaire de Hyde (*Journal of cutaneous diseases,* novembre 1912, p. 654), à comparer avec les cas antérieurement publiés sous le nom d'urticaria persans, urticaria necroticans et tuberosis cutis pruriginosa. G. Petges.

Verrues.

Multiples verrues pigmentées durant la grossesse (Multiple pigmented warts in pregnancy), par E. Ward. *British journal of dermatology,* mai 1913, p. 153.

Une jeune femme brune de 32 ans présenta dans les derniers mois de sa grossesse des verrues pigmentées sur le tronc, le cou et les membres, qui disparurent en partie après la délivrance. G. Petges.

Disparition spontanée de verrues de la face après traitement chirurgical de verrues du dos des mains (Spontaner Schwund der Warzen des Gesichtes nach chirurgischer Entfernung solcher der Handrücken), par L. Merian. *Dermatologische Wochenschrift,* 13 août 1913, n° 34, p. 1001.

Dans ce cas il convient surtout de noter que les verrues du visage présentèrent quinze jours après le traitement des lésions des mains une sorte de turgescence. Elles avaient complètement disparu deux mois et demi après l'intervention. Pellier.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Aorte.

Aortite syphilitique à forme d'insuffisance ventriculaire gauche, par Louis Gallavardin. *Lyon médical*, p. 221, 10 août 1913.

Cliniquement : Bonne santé antérieure. Pas de syphilis avouée. Début des troubles, il y a quatre ans, par des accès d'œdème pulmonaire nocturnes typiques, survenus, les trois premiers, en l'espace d'un an et demi, s'étant rapprochés progressivement durant ces dernières années et presque quotidiens depuis trois semaines. Au début, état fonctionnel parfait dans l'intervalle des accès ; dyspnée d'effort depuis quelques semaines.

A l'examen, volumineuse hypertrophie cardiaque, galop, souffle mitral fonctionnel. Hypertension artérielle modérée et baisse progressive de la tension systolique. Pouls alternant persistant. Pas d'albuminurie.

Asystolie terminale avec œdèmes, congestion hépatique, infarctus pulmonaire, etc. ; durant le dernier mois.

Autopsie et examen microscopique : Lésions typiques et étendues d'aortite syphilitique.

Dilatation hypertrophique du cœur, très prédominante sur le ventricule gauche, avec lésions accusées de myocardite interstitielle de la pointe, sans thrombose des coronaires. Légères lésions de néphrite à prédominance épithéliale.

Voici donc un malade qui a présenté tous les signes d'une insuffisance ventriculaire gauche : accès d'œdème pulmonaire, galop et souffle mitral fonctionnel, discordance entre l'élévation minime de la tension artérielle et le degré considérable de l'hypertrophie cardiaque, baisse progressive de cette tension artérielle, tachycardie régulière et pouls alternant persistant, asystolie terminale.

Comme le malade n'accusait pas de syphilis dans ses antécédents, on ne fit pas le diagnostic étiologique. Sous la scène uniquement cardiaque, l'aortite fut méconnue. Cette erreur n'avait pas grande importance, le malade étant entré à l'hôpital au moment de la phase ultime de sa maladie ; on comprend cependant tout l'intérêt qu'il y aurait eu à poser le diagnostic de syphilis cardio-aortique, quatre ans auparavant, au moment du premier accès d'œdème pulmonaire, alors que le sujet eût pu être amélioré et guéri peut-être par un traitement spécifique. M. Carle.

Bactériologie.

Observations sur les spirochètes vivants (Beobachtungen an lebenden Spirochäten), par Meirowsky. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 34, p. 1870.

On peut observer les spirochètes pâles après coloration vitale en utilisant

un bain très prolongé de violet (dont il donne une formule). D'après les spirochètes ainsi colorés et vivants, M. donne un grand nombre de dessins remarquables par l'existence de petits bourgeons terminaux ou intermédiaires, uniques, multiples, en touffes, etc. Dans le corps même des spirochètes morts on voit parfois une lacune claire qui répond à une altération siégeant dans le corps même du parasite. A propos des renflements annulaires décrits par Herxheimer, M. a remarqué qu'ils étaient toujours latéralisés, extérieurs au parasite, et jamais dans son corps; ce sont des points de départ de développements extérieurs, des bourgeons. Les corpuscules terminaux qui sont signalés à plusieurs reprises sont aussi des bourgeons. En suivant les modifications subies par ces bourgeons, on distingue d'abord un processus de séparation incomplète, le bourgeon restant adhérent. Puis le bourgeon se transforme en un spirochète nouveau qui finit par se détacher du spirochète initial. Si les bourgeons sont multiples, chacun d'eux peut donner naissance à un spirochète libre. Ils se comportent donc comme de véritables noyaux de cellules. Ce processus répond au processus de division des végétaux ; mais ces formations appartiennent aussi aux protozoaires.

Ch. Audry.

Le cycle vital du microorganisme de la syphilis [Der Lebenszyklus des Mikroorganismus der Syphilis (Leucocytozoon syphilidis)], par Mac Donagh. *Dermatologische Wochenschrift,* 12 avril 1913, n° 15, p. 413.

M. D. estime que de nombreux problèmes touchant la syphilis trouveraient une facile explication s'il était établi que la forme spirochète n'est qu'un des stades de l'évolution du parasite de cette infection. Ce parasite serait constitué par un petit corps circulaire ou réniforme très mobile, facilement décelable dans tout chancre. Pénétrant dans une cellule conjonctive, ce corpuscule s'y développerait soit en donnant naissance à différents éléments sexués (merozoïtes), soit en formant une sporocyste asexuée. L'élément mâle, pénétrant dans un grand mononucléaire, se présente d'abord sous forme de trois corpuscules piriformes, puis d'une spirale dont les spirochètes se détachent comme les rayons d'une roue. L'élément femelle reste extracellulaire ; il est difficilement colorable en dehors d'une petite masse de chromatine de forme semi lunaire qui occupe une de ses extrémités. M. D. prétend avoir pu observer la fécondation de cet élément par le spirochète.

La meilleure coloration pour l'étude de ces faits est la méthode de Unna-Pappenheim (méthylgrünpyronin). On peut également utiliser la solution de Romanowsky ou le Bleu boracique (pour les colorations vitales).

Pellier.

Recherches sur l'immunité syphilitique avec des produits de culture de spirochète (Syphilisimmunitätversuche mit Spirochäten reinkulturen), par Schereschewsky. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 35, p. 1676.

Si l'on veut obtenir des cultures pures de spirochètes, il faut laver à l'alcool les lésions à exciser avant l'excision, les plonger dans le milieu nutritif (qu'il indique) et 8 jours plus tard les diviser. On obtient ainsi des cultures pures de spirochètes authentiques. On pourra ainsi se procurer

un vaccin pouvant de rendre les singes capables de repousser une infection syphilitique. Un traitement antérieur avec des cultures de spirochètes vivants augmente la réceptivité du singe.

L'introduction de un centimètre cube et demi d'extrait détermine en 8 jours chez le cobaye la production d'anticorps spécifique.

Cet extrait détermine une cuti-réaction spécifique chez les syphilitiques.

Ch. Audry.

Corps thyroïde.

Syphilis thyroïdienne. — Ses analogies histologiques avec la tuberculose, par Favre et P. Savy. *Lyon chirurgical*, p. 511, 1er mai 1913.

Sur la pièce, enlevée par hémithyroïdectomie, on remarque que le tissu glandulaire, enfermé dans une coque très dure, présente une dizaine de gommes crues, non ramollies, dont le volume varie entre celui d'un grain de blé et celui d'une noix, et qui tranchent par leur teinte jaunâtre sur le parenchyme fortement sclérosé. C'est l'examen histologique de ces lésions que les auteurs rapportent aujourd'hui, en raison de l'intérêt qui s'attache au détail de ces altérations thyroïdiennes, en somme peu connues, et de leur analogie, absolue par certains côtés, avec les processus tuberculeux de la glande thyroïde.

1° *Les lésions histologiques.* — Ces lésions sont caractérisées essentiellement par l'altération inflammatoire du tissu interstitiel, qui est infiltré par de petites cellules rondes, et qui présente par place des travées scléreuses; par des modifications des vésicules thyroïdiennes ; par l'apparition d'éléments dits spécifiques : nodules épithélioïdes, formations gommeuses, cellules géantes.

Les cellules géantes apparaissent assez nombreuses, mais toujours au sein de la nappe lympho-conjonctive, et assez loin des vésicules thyroïdiennes qui ont disparu à ce niveau. Ce sont de véritables cellules de Langhans, très bien caractérisées, avec leur couronne nucléaire et leur centre vitreux, en tout semblables à celles que l'on rencontre dans les altérations tuberculeuses de la glande thyroïde.

Comme pour ces derniers éléments, la question se pose ici de leur formation intra-folliculaire ou interstitielle.

Comme pour la tuberculose, il semble que toute participation de l'élément noble du parenchyme thyroïdien à l'édification des cellules géantes semble ici devoir être écartée ; mais il se peut que la prolifération et la desquamation de l'épithélium de revêtement réalise, au sein de la substance colloïde, et par la disposition circulaire de ses éléments nucléés, des pseudo-cellules géantes.

2° *Analogies des formations histologiques dans la syphilis et la tuberculose thyroïdiennes.* — A comparer les résultats histologiques obtenus par l'étude de ce cas de syphilis de la glande thyroïde avec ceux que l'on peut constater dans la tuberculose de ce même organe, il résulte que les lésions microscopiques sont les mêmes, dans l'une et l'autre de ces affections. A vrai dire, les formations gommeuses qui sembleraient, lorsqu'elles existent, devoir éclairer le diagnostic histologique, n'apparaissent pas toujours, lorsqu'elles sont de volume réduit, tellement caractéristiques que l'on ne puisse hésiter entre elles et les zones de caséification tuberculeuse.

Aussi bien, en l'absence de gommes, l'infiltration inflammatoire diffuse du tissu thyroïdien, les amas nodulaires d'éléments épithélioïdes, l'apparition de cellules géantes de Langhans typiques au sein du stroma interstitiel, les modifications secondaires et plus banales que subit l'épithélium vésiculaire, toutes ces particularités histologiques se rencontrent dans la tuberculose, mais aussi dans la syphilis. M. CARLE.

Foie.

Syphilis hépatique avec ascite lactescente, par REBATU et FAUJAS. *Lyon médical,* p. 1015, 11 mai 1913.

Cliniquement : Aucun antécédent. Poussées d'ictère il y a six mois. Troubles gastro-intestinaux. A l'entrée : subictère, œdème des membres inférieurs, hypertrophie hépatique (gros foie dur). Apparition progressive d'une ascite bientôt abondante. Laparotomie exploratrice, ascite lactescente, foie dur et ficelé.

Autopsie. — Syphilis hépatique, foie scléro-gommeux avec périhépatite, hypertrophie splénique.

Réaction de Wassermann (avec le liquide) douteuse. Mononucléose du liquide ascitique. Composition chimique : albumine, 14 gr. 10 par litre : graisse, 4 gr. 20 par litre.

Examen histologique : gomme caractéristique et nombreux néo-canalicules biliaires.

Il s'agit donc en somme d'une syphilis hépatique dont la scène clinique était loin d'être caractéristique. Le diagnostic put être soupçonné grâce à la laparotomie exploratrice qui montra un foie dur et ficelé. L'autopsie et l'examen histologique confirment pleinement cette hypothèse, et les lésions scléro-gommeuses étaient des plus caractéristiques.

De plus, les constatations nécropsiques furent des plus nettes : macroscopiquement, le foie, qui pesait plus de 2 kilogrammes, présentait une périhépatite très accusée, des brides fibreuses lui donnaient l'aspect ficelé classique, et le lobe gauche présentait, noyées dans un tissu de sclérose, des gommes en voie de ramollissement. Sans insister sur les différentes particularités révélées par l'examen histologique, les auteurs signalent seulement l'abondance extrême des néo-canalicules biliaires dans le tissu de sclérose encerclant la gomme.

Quant au caractère lactescent de l'ascite, il ne pouvait être considéré comme un argument en faveur de la syphilis. Dans la statistique de Jousset, dans 102 cas d'ascite chyleuse, la syphilis ne figure que pour 2 cas, tandis que le cancer et la tuberculose en revendiquent plus de la moitié.

M. CARLE.

Séro-réaction.

Résultat de seize cents réactions de Wassermann (Brevi commenti ai resultati di mille seicento reazioni di Wassermann), par Pasquale MINASSIAN. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* vol. LIV, 1913, pp. 169-181.

M. résume en un tableau synoptique le résultat des recherches qu'il a faites sur le sérum de malades atteints de dermatoses diverses (psoriasis, eczéma, tuberculides, etc.) ; d'ulcères variqueux ; d'affections oculaires ;

d'affections vénériennes ; enfin d'infection syphilitique aux diverses périodes et de parasyphilis. Ces résultats sont les suivants :

Dans le premier groupe, il a trouvé des réactions positives dans : le psoriasis, l'eczéma, le pemphigus ; partout ailleurs, les résultats ont été négatifs. — Dans le groupe des ulcères, nombreux cas positifs (25 pour 100) — Dans les affections oculaires, nombreux cas positifs concernant l'iritis et la kératite parenchymateuse. — Cas positifs dans le chancre simple suspect de contamination syphilitique.

Chez les syphilitiques notoires, voici comment se répartissent les résultats : dans le chancre sans adénite, 61 résultats positifs pour 100. Dans le chancre avec adénite, 83,5 pour 100. Dans la syphilis secondaire floride, 94 pour 100. Dans la syphilis secondaire non floride, mais avec polyadénite, 70 pour 100 ; sans polyadénite, 52 pour 100. — Dans la syphilis tertiaire avec manifestations, 89,5 pour 100. Sans manifestations, 54,5 pour 100. — Dans le tabes, 82 pour 100. Dans la paralysie générale, 80 pour 100. — Dans les syphilis traitées les résultats des recherches de M. sont très intéressants. En effet, dans les syphilis traitées seulement par le Salvarsan, la réaction de Wassermann reste positive dans 38 pour 100 des cas ; dans celles traitées par le Salvarsan et le mercure, ce chiffre tombe à 11,5. Il est de 18,5 dans les syphilis traitées par le mercure seul depuis 2 ans au moins. H. Minot.

Traitement par le 606.

Technique.

Sur les injections intra-veineuses concentrées de néosalvarsan (Ueber intravenöse Injektion konzentrierten Neosalvarsan), par W. Cohn. *Dermatologisches Centralbatt,* 1913, n° 11, p. 322.

C. recommande vivement la méthode qui est plus simple, plus facile et aussi efficace que l'injection de solutions abondantes. Ch. Audry.

Injections intraveineuses concentrées de Salvarsan (Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektionen), par A. Strauss. *Dermatologische Wochenschrift,* 5 avril 1913, n° 14, p. 400.

S. emploie 10 centimètres cubes d'eau pour 0,90 de Néosalvarsan. Les injections semblent bien supportées. Pellier.

Résultats.

Deux cas de syphilis nerveuse traités par les injections intrarachidiennes de mercure et de néosalvarsan, par P. Ravaut. *Gazette des Hôpitaux,* 10 juin 1913, n° 65, p. 1061.

Une première malade vue pour la première fois il y a quatre ans présentait des signes nets de méningite subaiguë, accompagnée d'une ophtalmoplégie du côté de l'œil droit.

Dès la première injection intrarachidienne de cyanure de mercure la méningite s'est atténuée et la paralysie de l'accommodation s'est améliorée. Elle disparaissait complètement après la seconde injection. Il ne reste à l'heure actuelle comme reliquat de ces lésions qu'une lymphocytose légère et une inégalité pupillaire avec paresse des réflexes lumineux à droite.

Une autre malade atteinte de méningite chronique syphilitique et de

tabes reçut trois injections intrarachidiennes de néosalvarsan qui, sans modifier en rien l'état objectif de la malade, améliorèrent rapidement l'état du liquide céphalorachidien (diminution de la lymphocytose et de l'albumine). Wasserman devenu négatif.

Les injections intrarachidiennes doivent être faites avec une grande prudence. La dose de sel de mercure ne doit pas dépasser 1,2 ou 3 dixièmes de milligrammes de mercure, et celle de néosalvarsan 3 à 4 milligrammes par injection. E. Vaucher.

Accidents nerveux.

Les récidives de la syphilis après le traitement par le 606, par le Pr Gaucher et Lévy-Frankel. *Annales des maladies vénériennes,* janvier 1913, n° 1.

Étude très complète des récidives après le 606 aux diverses périodes de la syphilis ; primaire, secondaire et tertiaire et des aspects très divers que peuvent revêtir ces récidives. Les auteurs font un relevé de 52 observations personnelles et d'un très grand nombre d'observations étrangères qui montrent la fréquence des récidives aux diverses périodes de la syphilis après l'emploi du 606. E. Vaucher.

Les accidents neuroméningés précoces et tardifs du 606. Méningoneurorechutes ou méningoneurorécidives thérapeutiques, par H. Roger. *Gazette des Hôpitaux,* 24 mai 1913, n° 58, p. 933.

Revue générale avec bibliographie. E. Vaucher.

Toxicité du néosalvarsan pour les centres nerveux, par J. Camus. *Annales des maladies vénériennes,* janvier 1913, p. 1.

L'introduction du néosalvarsan dans le liquide céphalorachidien chez le chien et le lapin est capable de déterminer à petites doses après une période latente assez longue des accidents nerveux redoutables qui se terminent par la mort. Les résultats donnés par le néosalvarsan et ceux fournis par le Salvarsan ne sont pas très différents les uns des autres ; les doses mortelles sont assez voisines.

Il serait dangereux d'injecter chez l'homme le néosalvarsan par la voie lombaire. E. Vaucher.

Comment se comporte le système nerveux des lapins sains en présence des hautes doses de Salvarsan (Ueber das Verhalten der Nervensystems gesunder Kaninchen zu hohen Salvarsandosen), par B. Doinikow. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 15, p. 798.

Si l'on intoxique brusquement des lapins sains avec du Salvarsan, comme l'ont fait Marschalko et Vezpremy, l'on constate après eux qu'il existe des accidents de congestion et d'hémorragies, etc.

Mais si l'on injecte des quantités d'ailleurs considérables du médicament, par petites doses répétées, celles-ci sont très bien tolérées, et l'examen du système nerveux n'y a décelé aucune altération. Ces dernières faisaient défaut tout à fait même chez le seul animal qui mourut (il avait reçu 4 gr. 50 de Salvarsan en 3 mois et en 43 injections). Ch. Audry.

Un cas de mort par le Salvarsan (Ein Todesfall durch Salvarsan), par A. Jordan. *Dermatologische Wochenschrift,* 17 mai 1913, n° 20, p. 567.

Un sujet de 35 ans atteint de troubles cardiaques sans lésion déterminée, succombe 3 jours après une injection de 0,55 (Salvarsan) avec des signes d'encéphalite aigüe. Pellier.

Sur un cas de paralysie de Landry causée par une intoxication par le Salvarsan (Ueber einen Fall von Landryscher Paralyse bedingt durch Salvarsan-Intoxication), par Alzheimer et Lewandowsky. *Zeitschrift für die gesunte Neurologie und Psychiatrie,* 1912, t. XIV, p. 125.

Un homme de 35 ans, atteint de syphilis récente, reçoit, après différentes cures mercurielles, une première injection de de 0,50 de Salvarsan, suivie de céphalée violente et de frisson. 17 jours plus tard, une seconde injection de 0,50 ne provoque pas d'accidents immédiats; mais 17 jours plus tard parésie des membres inférieurs, qui prend rapidement un caractère ascndant et le malade succombe par paralysie respiratoire au bout de 17 jours : la R. W. était négative et le liquide céphalo-rachidien indemne. A l'examen microscopique de la moelle, dégénération parenchymateuse des cellules ganglionnaires des cornées antérieures, de la colonne de Clarke.

Les lésions ne peuvent pas s'interpréter autrement que comme le résultat d'une intoxication aiguë par le Salvarsan. Ch. Audry.

Anaphylaxie locale arsenicale ? (¿ Anafilaxia local arsenical ?), par J. de Azua. *Actas dermo-sifiliográficas,* V^e^ année, octobre-novembre 1912, p. 31.

Douze jours après avoir reçu deux injections de 0,1 et 0,2 de Salvarsan, un syphilitique neurasthénique reçoit une injection de sérum névrosthénique Fraisse (glycérophosphate de soude et cacodylate de strychnine). L'injection qui, pratiquée avant le traitement spécifique, n'avait jamais rien produit d'anormal, détermine 3 ou 4 heures après au point injecté une tension douloureuse, avec sensation de brûlure, tuméfaction rouge aplatie urticarienne fortement infiltrée par de l'œdème qui disparait le jour suivant sans laisser de trace. L'auteur se demande s'il ne s'agirait pas d'une anaphylaxie locale pour l'arsenic. J. Méneau.

Neurosyphilis après Salvarsan chez une secondaire. Paralysie faciale double. Labyrinthite. Paralysie partielle du moteur oculaire commun. Symptômes méningés diffus (Neurosifilis post-salvarsánica en un secundario. Paralisia facial doble. Labirintitis. Paralisia parcial del motor ocular común. Sintomas meningeos difusos), par J. de Azua. *Actas dermo-sifiliográficas,* IV^e^ année, février-mars 1912, n° 3, p. 174.

La plus grande fréquence des phénomènes nerveux pathologiques observés chez les malades traités par le Salvarsan est due : 1° à ce que les méninges retiennent l'arsenic moins longtemps que la peau, les muqueuses, les os et les viscères ; 2° il en résulte que les méninges souffrent, les spirochètes qui s'y trouvent ou dérivent d'ailleurs y trouvent un terrain facile ; 3° le reste de l'organisme étant en état relatif de défense thérapeutique par l'imprégnation arsenicale, les spirochètes en émigrent pour se fixer où les tissus sans arsenic ne leur sont pas hostiles. D'où la nécessité de répé-

ter les injections de Salvarsan combinées avec le calomel ou l'huile grise. La neurosyphilis des secondaires consécutive à l'emploi du Salvarsan ne résulte que de fautes de technique thérapeutique très faciles à éviter.

J. Meneau.

Neurosyphilis après Salvarsan (Neuro-sifilis post-salvarsánica), par Covisa. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, avril-mai 1912, no 4, p. 206.

Dans une première observation, il s'agit d'un homme de 20 ans, syphilitique secondaire, ayant reçu une injection de Salvarsan qui fit disparaître éruption et douleurs. 2e injection 15 jours après. Trois mois plus tard, il souffre de céphalée frontale, élancements dans les régions rétro-auriculaires; myalgies et rachialgies. Surdité bilatérale, avec bourdonnements d'oreilles et nausées, nystagmus. Un traitement mercuriel interne améliore les symptômes, sauf la surdité, 35 injections de cyanure et 2 de Salvarsan avec un traitement interne et des frictions n'arrivent pas à le débarrasser des douleurs nocturnes et crampes dans les membres, le Wassermann est négatif. Apparait alors une néphrite médicamenteuse qui oblige à suspendre le traitement. L'audition est presque normale à droite. L'irritation méningée augmente. Soulagement par le calomel. — Dans une 2e observation, un médecin de 32 ans, insuffisamment traité de syphilis, reçoit deux injections de 0,40 de Salvarsan qui l'améliorent rapidement. Mais ayant négligé tout traitement ultérieur, il souffre au bout de 40 jours de bruits intolérables dans les oreilles accompagnés de vertiges continus et de surdité bilatérale plus accentuée à droite. Trois injections de cyanure le remettent d'aplomb. Vertiges, douleurs et surdité ont disparu. Un mois après, alors qu'il ne présentait plus aucune manifestation, éruption généralisée de syphilides qu'améliore rapidement une nouvelle injection de 0,40 de Salvarsan. Depuis lors, tout bruit dans les oreilles et tout vertige ont disparu, ainsi que les autres symptômes faussement attribués au Salvarsan. La syphilis est actuellement enrayée, on prescrit des injections d'huile grise pour parachever la guérison. J. Méneau.

Traitement des neuro-récidives chez les malades traités par le Salvarsan (Tratamiento de las neuro-récidivas en los enfermos tratados por Salvarsan), par A. Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* IVe année, février-mars 1912, no 3, p. 164.

L'a. voit plus de malades atteints de neuro-récidives depuis l'emploi du Salvarsan que du temps du mercure. La neuro-récidive caractéristique est la paralysie faciale (plus de 50 pour 100 de la totalité des lésions nerveuses) tardive, secondaire, presque subite et généralement rebelle, même au Salvarsan. Les causes des neuro-récidives sont : l'injection unique, la médication exclusive par le Salvarsan et l'abandon du traitement par les malades. Comme traitement préventif, il n'y a que le traitement abortif à la période primaire (syphilis sans manifestation). La 1re année, on fera 3 injections de Salvarsan les 2 premiers mois et une de 0,10 d'huile grise tous les 10 jours pendant les 4 premiers mois, tous les 15 jours les autres 4 mois, et chaque mois les 4 restants. On intercalera le traitement mercuriel suivant les circonstances. Comme traitement curatif des neuro-récidives, on fera une injection intraveineuse quotidienne de 1 à 2 centi-

grammes de cyanure ou de bichlorure de mercure, en solution à 1 ou 2 pour 100, et on prescrira de 2 à 4 grammes d'iodure ou plus par jour suivant la tolérance. J. Méneau.

Accidents hépatiques.

Deux cas d'ictère après Salvarsan (Dos casos de ictericia post-salvarsánica), par Covisa. *Actas dermo-sifiliográficas,* Ve année, octobre-novembre 1912, no 1, p. 28.

Observation I. — Un homme de 29 ans montra 2 mois après l'infection une polyadénite typique avec céphalée et arthralgies, plaques pharyngées et une syphilide papuleuse généralisée. Il reçut une injection intraveineuse de 0,3 de Salvarsan qui produisit une réaction fébrile de 39,5 qui dura 12 heures et s'accompagna de grands frissons et nausées. Les symptômes s'améliorèrent au bout de 3 jours, mais les 4e et 5e jours après l'injection survint, sans troubles digestifs, un ictère prononcé avec abondants pigments biliaires dans l'urine, décoloration des fèces, bradycardie et léger prurit. Les symptômes de syphilis disparurent rapidement, mais l'ictère persista pendant 4 semaines sans altérer l'état général. Plus tard, le malade reçut à nouveau des injections de Salvarsan, sans nouvel ictère.

Observation II. — Un jeune homme de 17 ans, syphilitique depuis 2 mois, présente un chancre pénien avec forte induration, polyadénites multiples, angine spécifique double, roséole généralisée, périostite du frontal droit et une albuminurie de 3/1 000 avec cylindres hyalins et état général assez précaire. Il reçut d'abord des injections quotidiennes de 0,01 de benzoate de mercure. L'albumine diminua beaucoup, mais les autres symptômes persistèrent. Il reçoit alors dans les veines 0,15 de Salvarsan, pas de réaction fébrile, et six jours plus tard, encore 0,20 ; cette dernière injection amène une fièvre de 39,5 qui dura 3 jours. Le 4e, apparut un ictère avec hépatomégalie douloureuse et violent prurit, albumine 1/1 000.

L'a. n'a vu l'ictère que 2 fois sur plus de 500 injections de Salvarsan. Cet ictère était d'origine franchement hépatique et non hémolytique : il n'était pas non plus d'origine syphilitique puisqu'il a cédé rapidement, sans nouveau traitement spécifique. Il dépend vraisemblablement d'une action toxique du Salvarsan sur le foie. Son pronostic est généralement bénin.

J. Meneau.

REVUE DES LIVRES

Diagnostic et traitement des maladies blennorrhagiques dans la pratique générale (Diagnose und Therapie der gonorrhoischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis), par P. Mulzer. Berlin, 1913. J. Springer, éd.

Bon petit livre élémentaire qui rendra d'excellents services aux étudiants et aux praticiens, mais qui ne « supporte » guère l'analyse.

Ch. Audry.

Contribution à l'étude bactériologique et histopathologique de l'urétrite chronique (Contributo allo studio della batteriologia et dell' istopatologia dell' uretrite cronica), par V. Ramazzotti. Milan, 1912.

Ouvrage de 148 pages dont voici les conclusions.

I. Le gonocoque se retrouve dans l'urétrite chronique, mais dans un nombre assez limité de cas récents. Dans la plupart des cas, le gonocoque a disparu et l'on trouve les autres microorganismes qui sont aussi présents dans les urètres normaux. Dans un très petit nombre de cas, on ne trouve aucun microorganisme. Aucun des microbes isolés dans l'urétrite chronique, le gonocoque y compris, n'a d'action pathogène sur l'animal. La gélose au sérum humain est le meilleur milieu de culture pour de telles recherches.

II. Dans l'urétrite chronique, il existe de profondes modifications de la couche épithéliale : on les constate dans tous les cas sans exception. Ces altérations consistent en infiltration leucocytaire aboutissant à des phénomènes de dégénérescence : desquamation, désagrégation cellulaire, atrophie ou hypertrophie de la couche muqueuse. Les glandes, muqueuses ou sous-muqueuses, ainsi que la prostate participent de cette dégénérescence.

H. Minot.

Les maladies vénériennes au point de vue de la responsabilité médicale (Die Geschlechtskrankheiten und die ärztliche Verantwortlichkeit), par G. Hahn. — **Diagnostic et traitement des maladies du système nerveux central d'origine syphilitique** (Diagnose und Therapie der syphilogenen Erkrankungen der Zentralnervensystems, par M. Nonne). — **Sur l'eczéma infantile** (Uber Kinderekzeme, par N. Klingmuller). *Sammlung zwanglossr Abhandluugen aus dem gebiete der Dermatologie, der Syphilidologie und der Krankheiten der Urogenitalapparates,* dirigé par Jadassohn, 1913.

Petites monographies résumées, généralement très bien faites, qui donnent une idée générale et abrégée de chacune des questions indiquées par le titre, en insistant sur les points de vue nouveaux. A lire dans l'original.

Ch. Audry.

Sur la pathologie générale des dermatomycoses (Die allgemein-

pathologische Bedeutung der Dermatomykosen), par B. Bloch. *Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie, der Syphilologie, etc.*, dirigé par Jadassohn, 1913.

Cette petite monographie est notablement plus développée que celle que j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'annoncer, et réclame une analyse plus attentive. La première partie du fascicule se borne à résumer les recherches récentes relatives à la culture des différentes variétés de dermatomycose, favus, trichophytie, microsporie, sporotrichose; elle n'a rien qui mérite de nous arrêter ici.

Dans une seconde partie sensiblement plus étendue et beaucoup plus intéressante parce qu'elle se rapporte à des sujets moins connus, B. étudie avec soin les différentes notions recueillies au sujet de la physiologie pathologique de ces maladies. D'abord, comment ne pas remarquer le fait (retrouvé chez les animaux par Lombardo) de la réceptivité augmenté dans le jeune âge (guérison de la trichophytie chevelue à la puberté). Sans doute, il faut faire intervenir la question de localisation, du terrain, etc. Mais il existe un rapport constant et direct entre le développement de la maladie mycosique et l'intensité du phénomène inflammatoire. C'est pourquoi les variétés profondes, très inflammatoires, bien que pauvres en parasites, sont plus difficiles à guérir (phénomène parallèle à ce qui a été noté dans la syphilis, la tuberculose et la lèpre). D'une manière générale, il semble que les races de parasite d'origine animale déterminent chez l'homme des processus plus inflammatoires et par conséquent guérissent mieux et sont moins épidémiques. L'étude de l'immunité et de l'hypersensibilité des sujets atteints a été inaugurée par Calderone (avec le trichophytontoxine), et poursuivie activement pendant ces derniers temps. B. donne un exposé détaillé des travaux parus sur cette question, travaux dont un grand nombre ont été déjà analysés dans ces Annales et auquel lui-même a pris une part importante. L'existence de phénomènes allergiques chez le cobaye est bien établie. B. rappelle la recherche de Jadassohn (réaction à la formule de la trichophytine au cours des trichophyties non seulement profondes, mais encore superficielles). Tout un ensemble de phénomènes d'immunisation et d'allergie, particulièrement accusés chez le cobaye, mais existant aussi chez l'homme, conduisent à accorder une grande importance à des phénomènes généraux traduisant un état infectieux en somme généralisé. Toutefois chez l'homme, les manifestations sont beaucoup moins aiguës. A propos d'une observation personnelle longuement exposée, B. montre qu'il peut exister de la leucocytose sanguinée, une hypersensibilité à la trichophytine. Cette allergie se traduisait par l'apparition d'un véritable lichen trichophytique périfolliculaire, et aussi d'un érythème noueux de même nature, sous l'influence de la pommade trichophytinée; il s'agissait bien d'exanthèmes hématogènes, de trichophytides. L'injection de trichophytine avait joué un rôle favorable évident. Enfin, chez ce même malade, il existait une véritable immunité cutanée, spontanée, rendant le tégument inapte à subir de nouvelles inoculations.

B. rappelle enfin les recherches actuelles de Jadassohn que ses expériences avec la pommade à la trichophytine ont conduit à reconnaître l'existence d'une véritable trichophytie lichénoïde, un lichen trichophytique

comparable au lichen scrofulosorum, et qui se produit au moment de la guérison chez les porteurs de kérion.

Toutes ces considérattons fournissent des suggestions thérapeutiques (injections, application de trichophytine) dont les résultats ont été favorables, mais incomplets. Enfin, tout porte à croire que les subtances responsables de l'allergie expérimentale des cobayes ne sont pas de nature albumineuse. Ch. Audry.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

INSTITUT PASTEUR

TRAVAUX ORIGINAUX

LA RÉACTION DE WASSERMANN POSITIVE A-T-ELLE UNE VALEUR ABSOLUE?

39 pour 100 de réactions positives chez les non-syphilitiques.

Par MM.

J. Nicolas et **J. Gaté.**

(Clinique des maladies vénériennes et cutanées de la Faculté de médecine de Lyon.)

Ayant des raisons sérieuses de suspecter la valeur presque absolue que l'on a assez communément tendance à attribuer aujourd'hui aux réactions de Wassermann positives, nous avons procédé à une enquête sérieuse conduite de la façon suivante.

Notre plan d'expérimentation était de pratiquer la réaction de Wassermann chez 100 malades choisis au hasard à la clinique dermatologique de l'Antiquaille, malades syphilitiques ou non, d'essayer cette réaction 2 fois au moins, à 15 jours d'intervalle, et de mettre ensuite en parallèle les résultats fournis par la réaction et le diagnostic clinique que nous pourrions étayer solidement par un examen complet et une enquête soigneuse appliqués à des sujets que nous aurions sous nos yeux, à notre disposition.

Ce plan a pu être exécuté d'une façon parfaite. Un collaborateur instruit de nos intentions pratiquait les prises de sang la veille du jour où nous devions pratiquer la réaction. Chaque tube portait un numéro d'ordre correspondant à un numéro semblable, inscrit sur un registre spécial avec le nom du malade. Cette précaution était destinée à mettre l'opérateur exactement dans les conditions où se trouve l'expérimentateur auquel on confie un sérum quelconque sans lui faire connaître le diagnostic clinique posé. Nous étions ainsi certains que la lecture des résultats serait faite d'une façon complètement impartiale. Les réactions furent toujours pratiquées par nous, dans les mêmes conditions d'expérimentation. Enfin, chaque malade fut interrogé au point de vue de la réaction à deux reprises, quelquefois à 8 jours, le plus souvent à 15 jours d'intervalle.

Les sérums recueillis 30 heures environ avant le moment de la réaction étaient décantés de suite après la coagulation du sang et conservés jusqu'au lendemain à une basse température. Nous obtenions ainsi de

très beaux sérums, absolument limpides et nullement laqués. Depuis le début de nos expériences nous avons constamment utilisé les mêmes produits. Notre antigène était représenté par un extrait alcoolique d'un foie hérédo-syphilitique où la méthode de Levaditi avait mis en évidence de très nombreux tréponèmes; cet antigène soigneusement dosé au point de vue de son double pouvoir de déviation et d'empêchement vis-à-vis de l'hémolyse fut toujours utilisé par nous à des doses où il déviait fortement le complément sans être par lui-même antihémolytique. Notre sérum hémolytique lapin anti-mouton conservé à peu près aseptiquement baissa légèrement au point de vue de son action hémolytique au cours de nos expériences ; mais un dosage répété très fréquemment nous mit en mesure de suivre très exactement cette baisse d'ailleurs très lente et nous pûmes ainsi varier notre taux de dilution en conséquence; c'est ainsi qu'employé d'abord à 1 pour 50 ce sérum fut utilisé à la fin à 1 pour 30. Pour le complément nous nous sommes adressés au cobaye et nous avons, pour chaque série de réactions utilisé un complément moyen obtenu par le mélange des sérums de 3 et même de 4 cobayes. Pour ce faire nous ponctionnions nos animaux au cœur et nous arrivions ainsi à ponctionner le même animal en moyenne 7 fois avant de le voir succomber. Il est inutile d'ajouter que le complément était recueilli le jour même de l'opération.

La technique suivie par nous fut celle de la réaction de Wassermann type. Nous avons toujours procédé non par gouttes, mais par quantités mesurées en centimètres cubes au moyen de pipettes graduées. Après quelques tâtonnements nous avons laissé systématiquement nos tubes à l'étuve à 37° pendant 1 heure un quart, pour permettre au complément de se fixer. Ce temps nous a paru parfaitement suffisant. Pour la seconde partie de la réaction, une demi-heure d'étuve était nécessaire.

Chaque série de réactions comprenait une réaction témoin pratiquée avec la série classique de 9 tubes sur un sérum de syphilitique secondaire non traité. Nous pouvions ainsi chaque fois contrôler notre antigène, notre sérum hémolytique, notre complément.

Enfin, nous avons toujours préféré à la lecture par transparence le procédé de la lecture après centrifugation. Après avoir expérimenté la méthode colorimétrique conseillée par MM. Jeanselme et Vernes, nous avons adopté une échelle plus simple, mais qui nous a paru amplement suffisante. L'hémolyse était rapportée à l'une des 4 notations suivantes : H^0, H^1, H^2, H^3. On s'aperçoit d'ailleurs bien vite quand on fait depuis quelque temps des réactions de Wassermann qu'il y a entre certaines de ces notations des nuances, entre certaines autres des différences absolues. C'est ainsi que H^0 et H^1 d'un côté, H^2 et H^3 d'un autre, sont très voisins ; au contraire H^1 et H^2 sont très éloignés, presque autant, semble-t-il, que H^0 et H^3. Nous avons cependant maintenu ces 4 appré-

ciations, pour donner à nos résultats la valeur la plus rigoureuse possible. D'ailleurs chaque réaction comprenant 4 tubes, dont 3 destinés à la réaction proprement dite, nous obtenions fréquemment des notations différentes pour chacun de ces 3 tubes, ce qui variait suffisamment en fin de compte le résultat final. En principe, à partir de H^1, H^1, H^1, nous disions très faiblement positif ; H^0, H^0, H^0 seulement étant catalogué comme très positif. Par ce mode de lecture et d'interprétation des réactions, nous croyons avoir été très réservés et les résultats positifs obtenus par nous ne nous paraissent pas discutables.

Ce long préambule, dont nous nous excusons, n'a pas d'autre but que d'apporter plus de poids aux résultats que nous avons obtenus. On accuse souvent assez facilement les expérimentateurs qui apportent des résultats différents de ceux communément admis, d'avoir manqué de méthode. A notre avis une méthode qui a, comme la réaction de Wassermann, pénétré dans tous les milieux et acquis droit de cité dans tous les laboratoires, doit, quelle que soit sa complexité, être à la portée de tous ceux qui ont quelque habitude de l'expérimentation. Ce serait la condamner que de la réserver seulement à quelques-uns. Nous la pratiquons pour notre part depuis des années, nous nous sommes toujours entourés cette fois-ci plus que jamais de toutes les garanties expérimentales, et nous tenons à affirmer comme dignes de considération les résultats qu'elle nous a donnés.

I. *Le Wassermann chez les syphilitiques certains.* — Nous avons pratiqué la réaction chez 40 syphilitiques pris à des périodes diverses de l'infection. Le pourcentage établi des cas positifs est de 60 pour 100 à la période primaire, 90 pour 100 à la période secondaire, 80 pour 100 à la période tertiaire, 36 pour 100 dans la période quaternaire chez les parasyphilitiques. Les chiffres précédents se rapprochent assez de ceux obtenus jusqu'à présent ; peut-être sont-ils un peu plus forts. En revanche nous trouvons dans la période quaternaire un pourcentage de cas positifs assez inférieur à celui qu'on donne habituellement. Mais il s'agit là de simples nuances. Comme les auteurs précédents nous notons que le Wassermann est presque toujours positif à la période secondaire, il l'est encore très souvent dans le tertiarisme, il est souvent en défaut à la première et surtout à la dernière phase de la syphilis. Ces notions sont, d'ailleurs, suffisamment établies à l'heure actuelle, pour que nous n'ayons pas à y revenir longuement.

Chez ces malades soumis à des traitements antisyphilitiques variés (mercure, mélange mixte, Salvarsan et néosalvarsan), nous avons pu en cours d'expériences noter l'influence que ces traitements pouvaient avoir sur le Wassermann. Nous avons vu dans ces conditions le Wassermann devenir négatif dans 22 pour 100 des cas. Nous reconnaissons que la seconde prise de sang était presque toujours faite avant la fin du traitement de la maladie, ce qui diminue la portée de nos consta-

tations. Nous n'en retenons pas moins ce chiffre très bas et avec MM. Nicolas et Charlet (1) nous pensons que ces modifications de la réaction de Wassermann sous l'influence des médications antisyphilitiques peuvent se voir à toute période et à tout âge de la syphilis, qu'elles sont plus fréquentes après les injections de Salvarsan ou de néosalvarsan, mais qu'elles restent inconstantes et irrégulières. Nous croyons, par suite, que la réaction de Wassermann ne peut en aucun cas constituer une indication formelle dans la thérapeutique à appliquer à la syphilis, thérapeutique qui doit rester systématique et prolongée, en dépit d'une réaction précocement négative aussi bien que d'une réaction obstinément positive.

Nous relevons aussi dans notre cahier d'expériences que chez 5 syphilitiques certains, mais anciennement infectés, le traitement a rendu la réaction de Wassermann positive 3 fois ; ce qui nous donne un pourcentage de 66 pour 100 de réactivations. Mais ce sont là des cas trop restreints, pour que nous puissions en tirer autre chose qu'une simple constatation.

II. *Le Wassermann chez des malades n'ayant pas eu la syphilis ou dont la syphilis est totalement inconnue.* — Nous arrivons à la seconde partie de notre travail, celle que nous considérons comme de beaucoup la plus intéressante. Nous avons opéré sur 63 malades non syphilitiques. Nous avons trouvé 24 cas positifs ; ce qui nous donne un pourcentage de 39 pour 100. Ces sujets étaient porteurs d'affections très différentes et que nous énumérons, pour en montrer la diversité : chancres simples, végétations, impétigo, folliculites du cuir chevelu, pyodermites, eczema, ulcère variqueux, gale, pédiculose, trichophytie cutanée, salpingite, ictère catarrhal, néphrite paludéenne aiguë avec albuminurie, lèpre. Ces différents diagnostics furent toujours parfaitement confirmés soit par le traitement, soit par l'évolution. Chaque malade suspect fut examiné à fond et interrogé très soigneusement sur ses antécédents personnels, héréditaires et collatéraux. Nous avons ainsi acquis la conviction que dans tous ces cas positifs il ne s'agissait à peu près certainement pas de syphilitiques. On pourra nous objecter, on nous objectera même sûrement, que ces différents sujets pouvaient être des syphilitiques dont les accidents étaient restés ignorés, qu'ils étaient peut-être des hérédo-syphilitiques, en tous cas que leur organisme était imprégné vis-à-vis de l'infection syphilitique. A cette objection l'on ne peut rien répondre et nous ne connaissons pas de moyens de prouver autrement la certitude que nous avons. En tous cas, que penser d'une réaction qui chez des malades sans accidents et sans antécédents donne

(1) CHARLET, Variations de la réaction de Wassermann chez les syphilitiques traités. *Thèse,* Lyon, 1912. — J. NICOLAS et CHARLET, Variations de la réaction de Wassermann chez les syphilitiques traités (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1912).

39 pour 100 de cas positifs? Cette question s'est posée à propos du toxo-diagnostic de la tuberculose et des différentes réactions à la tuberculine. On avait dans ce cas constaté aussi qu'une très forte proportion de sujets sains en apparence réagissaient d'une façon typique à l'inoculation de tuberculine et l'on avait jeté le cri d'alarme. Les défenseurs de la méthode purent facilement triompher des détracteurs par cet argument péremptoire que la réaction décèle la moindre imprégnation de l'organisme, même passée depuis longtemps. Il n'en resta pas moins établi ce fait, que la réaction perdait une grosse part de sa valeur, au moins de sa valeur pratique. C'est tout ce que nous voulons dire.

Jusqu'à présent, la réaction de Wassermann paraissait définitivement codifiée de la façon suivante :

— Bien que la réaction soit très fréquemment positive chez les syphilitiques, une réaction négative ne permet pas d'éliminer l'idée de syphilis.

— Par contre, à part quelques maladies bien spécifiées et la plupart très rares (scarlatine, maladie du sommeil, infections à spirilles, paludisme, lèpre) où le Wassermann peut être positif, une réaction positive doit être considérée comme prouvant certainement une syphilisation antérieure.

Nous continuons à admettre comme presque tous les auteurs la justesse de la première proposition ; mais nous n'osons plus accepter la seconde. Il est inadmissible que sur 100 individus sains en apparence, il y en ait 40 de syphilitiques ignorés. Il faudrait pour admettre ce résultat attribuer d'une part à la réaction une sensibilité qu'elle n'a vraisemblablement pas, d'autre part supposer une énorme proportion d'infections syphilitiques tellement frustes, tellement atténuées, tellement latentes qu'elles perdent tout intérêt véritable. En tous cas, ce serait enlever à la réaction de Wassermann une grande partie de sa valeur pratique, de sa signification diagnostique.

III. *Les variations de la réaction de Wassermann à 15 jours d'intervalle sans traitement spécifique intercalaire.* — Mais il est encore un dernier point sur lequel nous voulons attirer l'attention. Ayant pratiqué au moins deux fois la réaction et à plusieurs jours d'intervalle pour chacun de nos malades, il nous a paru très intéressant de relever les variations que pouvait dans ces conditions présenter la réaction en l'absence de tout traitement spécifique. Nous sommes ainsi arrivés à des constatations surprenantes. Dans 30 pour 100 des cas nous avons vu la réaction changer complètement de sens et ce pourcentage se répartit ainsi : les variations se produisent dans 12 pour 100 des cas chez les syphilitiques, dans 33 pour 100 chez les non syphilitiques. Que signifient ces résultats ?

On a actuellement à peu près complètement renoncé à la théorie primitive de la réaction de Wassermann, qui assimilait ce qui se passe dans cette réaction à la fixation du complément dans le phénomène de

Bordet et Gengou. L'emploi qu'on a pu faire avec succès comme antigène des substances les plus hétéroclites a surabondamment prouvé que le Wassermann n'est pas une réaction humorale, biologique à proprement parler et qu'il se comporte tout au plus comme un phénomène chimique. On a proposé pour schématiser ce phénomène les théories les plus diverses; ce qu'on peut en retenir c'est le fait que le sérum des syphilitiques contient des substances qui empêchent l'hémolyse. Et cela est si vrai que dans le tube 4 des réactions fortement positives, qui contient du sérum de syphilitique sans traces d'antigène, on a toujours une hémolyse infiniment moins marquée que dans les autres tubes 5, 6, 7, 8. Parfois même l'hémolyse est extrêmement faible dans ce tube 4. Que prouve cette constatation, sinon que le sérum des syphilitiques est par lui-même antihémolytique. C'est là un fait important à retenir, sans que nous voulions en rien préjuger des phénomènes chimiques plus ou moins compliqués qui se peuvent passer dans les tubes 1, 2, 3 en présence de l'antigène, quel que soit celui-ci. Cet état fréquent du tube 4 nous l'avons toujours noté dans le cas de réaction positive chez des non syphilitiques, peut-être même encore avec plus de netteté. Et nous arrivons à cette conception que les sérums des individus sains ou atteints d'affections non spécifiques peuvent au même titre que les sérums syphiliques contenir des substances antihémolytiques susceptibles de donner un caractère positif à la réaction. Quelles sont ces substances? Elles sont vraisemblablement multiples et celles qu'on a déjà signalées ne sont probablement que les premières d'une longue série. En tous cas, il semble bien que ces substances peuvent se développer dans un très grand nombre d'affections aussi bien que chez des sujets sains placés dans certaines conditions. C'est donc de ce côté que doivent s'orienter les recherches; c'est de ce côté pour notre part que nous dirigeons nos efforts. Si l'on arrivait à bien connaître ces substances antihémolytiques et à bien savoir les conditions exactes dans lesquelles elles se produisent, on pourrait éviter les causes d'erreur possibles de la réaction de Wassermann et lui rendre peut-être un caractère de certitude qu'elle ne paraît pas avoir.

En tout cas des constatations que nous avons faites il semble résulter que la réaction de Wassermann est infiniment plus constante chez les syphilitiques, que chez les non syphilitiques. Chez ces derniers, la réaction change de sens beaucoup plus souvent, comme si la réaction irrégulière était épisodique traduisant un passage momentané dans le sérum de substances tout à fait transitoires. De là on doit conclure logiquement à la nécessité dans les cas douteux d'une réaction faite 2 fois et à un assez long intervalle.

IV. *Conclusions.* — De ce travail que nous venons de présenter on peut, semble-t-il, tirer les conclusions suivantes :

1. La réaction de Wassermann donne dans la syphilis des résultats positifs plus ou moins fréquents suivant les périodes. Nos résultats concordent à peu de chose près avec les statistiques antérieures. En tous cas, une réaction de Wassermann négative ne permet pas de nier l'existence, ni d'affirmer la guérison de la syphilis.

Le traitement antisyphilitique influe très irrégulièrement sur la réaction, qui ne peut, en aucun cas, lui servir de guide certain.

Les réactivations de la réaction de Wassermann par le traitement sont, elles aussi, irrégulières et inconstantes.

2. La réaction de Wassermann peut être positive sans conteste chez des individus ne présentant aucun signe de syphilis, aucun antécédent spécifique, et cela dans un grand nombre de cas. Chez ces derniers sujets la réaction positive est souvent un fait isolé. Une réaction pratiquée deux fois et à un assez long intervalle s'impose donc dans tous les cas suspects. Un Wassermann constamment positif dans ces conditions doit faire pencher en faveur de la syphilis et encore nous n'osons pas affirmer qu'il ne reste là aucune place au doute.

STATISTIQUE DES MALADES ÉTUDIÉES

1° SYPHILITIQUES

		1re R. W.		2e R. W.
Primaires.	1.	positive.	néosalvarsan.	positive.
	2.	positive.	n.	positive.
	3.	négative.		très faiblement négative.
	4.	positive.	n.	positive.
	5.	négative.		très faiblement positive.
Secondaires.	6.	positive.		négative.
	7.	positive.	néosalvarsan.	très faiblement négative.
	8.	positive.	n.	négative.
	9.	positive.	n.	positive.
	10.	positive.		
	11.	positive.	n.	négative.
	12.	positive.	n.	positive.
	13.	positive.		
	14.	positive.	n.	positive.
	15.	positive.	n.	très faiblement négative.
	16.	positive.	n.	positive.
	17.	positive.	n.	positive.
	18.	positive.	olarsol.	positive.

		1re R. W.		2e R. W.
	19.	négative.		
	20.	positive.	néosalvarsan.	positive.
	21.	positive.	olarsol.	positive.
	22.	positive.	néosalvarsan.	positive.
	23.	positive.	n.	positive.
	24.	positive.		
Tertiaires.	25.	faiblement négative.	néosalvarsan.	positive.
	26.	positive.	n.	négative.
	27.	positive.	n.	positive.
	28.	très négative.	n.	très négative.
	29.	très faiblement positive.		très faiblement positive.
	30.	positive.	n.	positive.
	31.	positive.		faiblement positive.
	32.	positive.	sirop mixte.	positive.
	33.	positive.	néosalvarsan.	positive.
	34.	positive.	n.	positive.
Quaternaires.				
Mal perforant.	35.	très faiblement positive.		très positive.
P. G.	36.	positive.		positive.
—	37.	très négative.		faiblement négative.
—	38.	faiblement négative.		négative.
—	39.	négative.	néosalvarsan.	faiblement positive.
—	40.	négative.		négative.

2° NON SYPHILITIQUES

		1re R. W.	2e R. W.
1.	Gale.	très faiblement positive.	très faiblement négative.
2.	—	très faiblement positive.	
3.	—	négative.	
4.	—	positive.	positive.
5.	—	très négative.	
6.	—	très faiblement négative.	négative.
7.	—	très négative.	négative.

		1re R. W.	2e R. W.
8.	—	négative.	très faiblement négative.
9.	Pédiculose.	négative.	positive.
10.	—	négative.	très négative.
11.	Trichophytie cutanée.	négative.	
12.	Pyodermites.	très négative.	
13.	—	très négative.	très faiblement positive.
14.	—	positive.	négative.
15.	Folliculites du cuir chevelu.	négative.	positive (traitement spécifique inefficace.
16.	Blennorrhagie urétrale.	très négative.	très négative.
17.	—	très négative.	très négative.
18.	—	négative.	négative.
19.	—	très négative.	très négative.
20.	—	très faiblement négative.	négative.
21.	Salpingite.	très faiblement positive.	
22.	Paraphimosis.	très faiblement positive.	négative.
23.	Herpès génital.	faiblement négative.	faiblement négative.
24.	—	très faiblement négative.	négative.
25.	Chancres mous.	négative.	négative.
26.	—	très faiblement positive.	très faiblement négative.
27.	—	très négative.	faiblement négative.
28.	—	faiblement négative.	négative.
29.	—	très positive.	négative.
30.	—	très négative.	
31.	—	négative.	négative.
32.	Adénite subaiguë de l'aine (lymphogranulomatose inguinale).	très faiblement positive.	négative.
33.	—	très négative.	négative.
34.	—	très négative.	négative.
35.	Lupus érythémateux.	négative.	très négative.
36.	—	négative.	négative.
37.	—	négative.	négative.
38.	—	très négative.	très négative.
39.	Lupus nodulaire.	faiblement négative.	négative.

		1re R. W.	2e R. W.
40.	Lupus scléreux.	très négative.	très négative.
41.	Tuberculose verruqueuse.	très négative.	négative.
42.	Adénite tuberculeuse.	négative.	négative.
43.	Psoriasis.	négative.	négative.
44.	—	très négative.	très faiblement positive.
45.	Eczéma.	très négative.	très faiblement positive.
46.	—	négative.	très négative.
47.	Eczéma séborréique.	très négative.	très faiblement positive.
48.	Ulcère variqueux.	très négative.	très négative.
49.	—	faiblement négative.	
50.	—	positive.	très positive.
51.	—	positive.	négative.
52.	—	positive.	négative.
53.	—	très négative.	très négative.
54.	—	négative.	négative.
55.	—	très négative.	positive.
56.	—	très négative.	faiblement négative.
57.	Lèpre.	positive.	faiblement positive.
58.	Purpura.	négative.	négative.
59.	Radiculite.	très positive.	très négative.
60.	Ictère cholurique.	positive.	
61.	—	négative.	
62.	—	positive.	
63.	Néphrite aiguë.	positive.	

SYPHILIS ACQUISE ET OREILLE INTERNE

par le Dr **P. Rigaud,** ancien interne des hôpitaux.

[Travail de la Clinique syphiligraphique de l'Université de Toulouse (Pr Ch. Audry) et de la Clinique oto-rhino-laryngologique de l'Hotel-Dieu (Dr E. Escat.)]

I. — Importance de la question.

Depuis l'application de l'arsénobenzol au traitement de la syphilis, un grand nombre de travaux ont mis en relief la fréquence des manifestations auditives internes chez les malades traités par les arsenicaux. Mais en revanche on s'est peu occupé de savoir si la syphilis à elle seule ne pouvait avec une égale fréquence produire des lésions identiques. Dans une note préliminaire (1) résumant des recherches faites sur 581 cas de syphilis observés dans la pratique ou le service hospitalier de notre maître M. le Dr Escat, nous avions relevé dans 10 pour 100 des cas environ la présence de lésions auditives internes précoces ou tardives.

Dans les mêmes conditions Gradenigo indique une fréquence de 6,8 pour 100, Bruckner de 7 pour 100, Botella de 9 pour 100. En présence de ces chiffres on ne peut que conclure à la fréquence très grande des accidents de ce genre.

II. — Historique.

La notion de l'atteinte fréquente de l'appareil auditif au cours de la syphilis acquise paraît être contemporaine de la Renaissance.

Fallope revendique le premier en ces termes l'observation de ces faits :

« Je ne sache personne qui depuis dix ans en deçà ait fait mention du tintement d'oreilles : je suis le premier qui l'ai observé il y a huit ans. Il ne manque guère de se trouver dans la vérole bien confirmée ; et il mérite d'autant plus l'attention que les auteurs n'en ont pas parlé. »

Cependant son contemporain A. Paré signalait des faits analogues : « les vérolés vexés de la grosse vérole, disait-il, perdent l'ouïe par une grande douleur de tête. »

Ces auteurs et ceux qui suivirent n'essayèrent pas d'éclaircir la pathogénie des faits précédents.

Valsalva (De aure humana tractatus, 1704) émit le premier l'hypo-

(1) *Annales de dermatologie,* décembre 1912.

thèse, comme explication de la surdité syphilitique, d'une oblitération de la trompe par les plaques muqueuses et d'un envahissement de la caisse par voie tubaire.

Cette opinion fut adoptée par tous les auteurs et notamment par Astruc dans son traité de la syphilis. Elle fut définitivement assise et propagée par Itard (*Traité des maladies des oreilles*, 1821) et soutenue plus tard par Vidal de Cassis dans son « Traité des maladies vénériennes ».

De plus, vers le milieu du XIX^e^ siècle et contrairement aux auteurs précédents, Menière père soutint dans sa traduction du traité de Kramer la rareté de la syphilis auditive. Il s'exprimait en effet à ce sujet en ces termes : « J'ai souvent parcouru les salles de l'hôpital des vénériens de Paris, et je n'y ai jamais rencontré de maladies d'oreilles.

« Rien n'est plus rare qu'une otite interne dépendant de cette cause. »

Les deux opinions précédentes, l'une très ancienne mettant la surdité syphilitique uniquement au compte de lésions de l'oreille moyenne, l'autre plus récente affirmant la rareté de la syphilis auditive, furent adoptées sans discussion.

Cependant dès 1859 Gros et Lancereaux admettaient la possibilité d'une localisation primitive de la syphilis sur le système nerveux auditif. En 1861 Hutchinson décrivait la syphilis auditive héréditaire ; Hinton, Troetsch et Politzer, la diminution fréquente de la perception osseuse dans la syphilis auditive acquise, et en faisaient un signe d'atteinte fréquente du labyrinthe. Schwartze dans un article datant de 1864 faisait une large place à la syphilis auditive nerveuse.

En 1875 une discussion s'engageait en Amérique entre Sexton partisan de la théorie tubaire, et Saint-John Roosa admettant une localisation sur le labyrinthe et le nerf auditif. Cette opinion fut adoptée par Urbantschitsch et Politzer et confirmée par les examens histologiques de Moos (1877) et Moos et Steinbrügge (1885).

En 1883 parurent la remarquable revue générale de Baratoux, la thèse de Brüncher (Nancy), en 1884 la thèse de Jegu (Paris). En Allemagne les thèses de Jung (Wurtzburg, 1889) et de Weise (Halle, 1890).

La question paraissait en bonne voie, et sûrement elle eût été rapidement et définitivement élucidée si les auteurs ne s'en étaient pas désintéressés. De 1890 à 1909 en effet beaucoup d'observations isolées furent publiées mais on ne trouve comme travail d'ensemble que la thèse de Devillas (Paris, 1897) et le travail de Rosenstein (1905).

Cependant depuis une dizaine d'années l'otologie et la syphiligraphie faisaient des progrès tellement considérables qu'une question touchant à ces deux spécialités, comme celle qui nous occupe, devait être entièrement bouleversée.

Enfin en 1903, Ravaut appliquait à l'étude systématique du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, la méthode du cyto-diagnostic

qu'il avait décrite avec son maître Widal en 1900. Il montrait que chez plus de 67 pour 100 des malades en période secondaire le système nerveux est touché par le spirochète ; ces localisations sont le plus souvent latentes et ne peuvent être mises au jour que par la ponction lombaire. Ce sont ces constatations qui ont permis d'expliquer la pathogénie des neuro-récidives produites par le Salvarsan. Si bien qu'en 1910 son élève Cl. Vincent pouvait dans sa thèse rattacher la majeure partie des lésions nerveuses basales aiguës ou chroniques à ces manifestations méningitiques du début de la syphilis.

Cette conclusion devait s'appliquer aussi à l'auditif, et aurait permis de donner une explication claire et satisfaisante d'une grande partie des accidents précoces ou tardifs observés au cours de la syphilis. Il n'en fut pourtant pas ainsi. A cause de la spécialisation poussée à outrance ou de la difficulté technique réelle, la syphilis de l'acoustique resta dans l'ombre. Elle en fut tirée sous la pression des faits. En 1909 Ehrlich appliquait l'arsénobenzol au traitement de la syphilis, l'emploi s'en généralise ; l'on étudie de très près, et en utilisant l'ensemble des découvertes précédentes, les réactions présentées par les malades, l'on décrit toute une série d'accidents nerveux que l'on qualifie de neurorécidives et au premier rang desquels (35 pour 100 sur les 220 cas réunis par Benario) se trouvaient les accidents auditifs. Dès lors la question de la syphilis auditive reprenait tout son intérêt et depuis 1910 les travaux concernant la question se multiplièrent en Allemagne surtout, où à côté du remarquable ouvrage de Benario, il faut placer les revues générales de Frey, d'O. Mayer, de Gerber, les articles de O. Beck, de Géronne et Guttman, de G. Dreyfus...

En France, beaucoup de faits isolés, mais pas de travail d'ensemble à citer; aussi nous sommes-nous proposés de combler cette lacune.

III. — Symptomatologie.

Au point de vue symptomatique il y a identité entre les signes offerts par les malades au cours de la syphilis non traitée ou soignée par le mercure ou l'arsénobenzol.

Nous décrirons :

I. — *Des formes pures,* c'est-à-dire, *purement otiques* dues à une localisation du processus sur le labyrinthe, le nerf auditif, les noyaux bulbo-protubérantiels.

II. — *Des formes associées* comprenant des manifestations otiques associées à d'autres paralysies basales.

I. — *Formes purement otiques.*

Qu'il s'agisse d'une labyrinthite ou d'une névrite acoustique, il est

nécessaire de distinguer suivant la région intéressée de l'appareil auditif interne des :

1° Formes pures { type cochléaire. / type vestibulaire.

2° Forme mixte type cochléo-vestibulaire.

A côté de ces formes symptomatiques nous décrirons un type bien spécial se présentant avec les mêmes signes auditifs que les formes précédentes mais s'en différenciant par des signes méningitiques évidents.

Ce sera :

3° Forme pure ou mixte liée à une méningite des gaines de l'acoustique.

4° Forme bulbo-protubérantielle qui servira de transition vers les formes associées.

Nous décrirons d'abord l'ensemble des diverses manifestations symptomatiques communes aux types précédents, particulièrement au début de la maladie ; après quoi il nous sera facile de distinguer, par l'examen et la distribution des symptômes, les diverses formes auxquelles ressortissent les cas observés.

A. — *Symptomatologie otique générale.*

Quelle que soit la forme envisagée, la syphilis auditive interne peut débuter brusquement, se manifestant tout à coup, souvent le matin au réveil, par une surdité absolue, des bourdonnements intenses, ou bien par des vertiges violents s'accompagnant de chute, avec ou sans perte de connaissance.

Les débuts brusques s'observent surtout au cours des périodes secondaires, mais il n'est pas exceptionnel de les voir aussi dans les syphilis anciennes.

En général la soudaineté d'apparition des signes n'est qu'apparente.

Dans les jours qui précèdent ont apparu des prodromes sur lesquels les malades seulement préoccupés de leur surdité ou de leurs vertiges ne donnent de détail que si l'on les interroge.

Ce sont des céphalées, des bruits subjectifs légers consistant en bourdonnements progressifs ou intermittents, en sensations vertigineuses ou nauséeuses de courte durée. Le malade insouciant ou le médecin non prévenu mettent cet ensemble symptomatique au compte d'un embarras gastrique passager, quand tout à coup s'installent les phénomènes auditifs graves.

Dans la majorité des cas, la syphilis acquise opère progressivement et son action ne se fait sentir qu'au bout de nombreuses années. « Les surdités de la perception, soit à type simplement cochléaire, soit à type syndrome de Menière, analogue, identique même à celles qui relèvent de l'artériosclérose et dont il est bien difficile de les différen-

cier au point de vue symptomatique, ne sont probablement, chez d'anciens syphilitiques avérés ou à infection ignorée, que l'épilogue tardif, éloigné, d'une très légère imprégnation labyrinthique par le spirochète et ses toxines 10, 15 et 20 ans auparavant, pendant la période secondaire.

« Il ne faut donc pas considérer comme symptômes négligeables quelques bourdonnements, vertiges et surdité légère, même transitoires, observés au cours de la période secondaire, même si ces symptômes disparaissent rapidement par le traitement spécifique » (Escat).

La période initiale franchie et l'atteinte auditive constituée nous allons successivement envisager les trois formes sous lesquelles se présente l'affection.

B. — *Symptomatologie otique spéciale à chaque forme.*

1° Formes pures. — A) *La syphilis cochléaire* est caractérisée :

a) Au point de vue *subjectif* par la *surdité* plus ou moins marquée et par des *bourdonnements* dont les caractères sont suffisamment définis par les appellations imagées dont se servent les malades pour les désigner : bruits de grillon, de cigale, de locomotive, de jet de vapeur, de source... Continuels ou intermittents, ils rendent l'existence insupportable aux malades, d'autant que leur intensité est parfois considérable. Pour en juger il suffit de rappeler l'observation de ce médecin qui percevait des bourdonnements intenses en tramway ; l'intensité de ceux-ci était telle qu'il les croyait produits par les roues du lourd véhicule se déplaçant sur un pavé caillouteux et sur un terrain durci par la gelée (Benario).

Les bourdonnements n'ont pas une évolution absolument parallèle à celle de l'atteinte auditive. Apparus les premiers, ils sont en général les premiers à disparaître, mais ils peuvent persister alors que l'audition est redevenue normale. Ils peuvent aussi manquer totalement.

b) Les signes *objectifs* sont fournis par l'étude de la surdité.

Celle-ci est continue, progressive, sans rémission. Elle se traduit par les signes d'une *surdité de la perception*.

L'examen sera donc précédé de l'inspection otoscopique du conduit auditif externe et de la membrane tympanique qui seront normaux, de l'épreuve de la douche d'air ou du cathétérisme de la trompe qui ne produiront aucune amélioration de la surdité.

L'examen proprement dit comprendra :

α) La recherche des épreuves classiques de Weber, de Rinne, de Schwabach (1).

(1) *L'épreuve de Weber* consiste à appliquer sur la ligne médiane du crâne le pied d'un diapason vibrant.

Le Weber est latéralisé du côté sain ou le moins touché, le Rinne franchement positif si la lésion est bilatérale, le Schwabach fortement raccourci.

β) *L'étude de la perception aérienne et osseuse à la montre est capitale pour le médecin non spécialisé en otologie.*

Cette perception est souvent très diminuée et les cas où la montre est seulement perçue au contact du pavillon auditif sont très fréquents. Il n'est même pas rare de voir cette perception complètement abolie.

Mais l'intérêt principal réside dans *la recherche des modifications de la perception osseuse.*

Pour rechercher les modifications de cette dernière il suffit d'appliquer directement et successivement la montre sur le crâne, au niveau des régions frontale, temporale, mastoïdienne de chaque côté et de demander si la perception persiste.

La diminution de la perception osseuse à la montre avec ou sans modification de la perception aérienne est un signe excellent.

Dans l'immense majorité des cas la perception osseuse est rapidement et totalement abolie, mais elle peut être seulement diminuée ou plus rarement presque normale.

Enfin quand la surdité s'améliore elle devient meilleure ou même normale.

γ) L'étude de la perception de la voix haute ou chuchotée, cette

Chez un sujet normal le son est également perçu par les deux oreilles.

Chez un sujet atteint d'affection otique unilatérale ou bilatérale avec prédominance d'un côté, le son est latéralisé du côté affecté ou le plus affecté si le trouble pathologique est localisé dans l'appareil de transmission.

Si le trouble pathologique est localisé dans l'appareil de perception, le son est latéralisé du côté non affecté ou le moins affecté.

Pour que cette épreuve ait une valeur réelle, il faut la pratiquer avec un diapason de tonalité grave se prêtant à la transmission crânienne (diapason chronométrique de Bonnier 100 Vd. ou Ut^2 128 V. d.), s'assurer que le diapason n'est plus perçu par l'air quand on l'applique sur le vertex, recommencer à plusieurs reprises l'épreuve pour être certain de la latéralisation accusée par le malade.

L'épreuve de Schwabach consiste à appliquer sur le vertex un diapason (Ut^2 128 V. d.) dont la durée de perception a été préalablement fixée. L'augmentation de la durée de perception indique une lésion de l'appareil de transmission, la diminution, une atteinte de l'appareil de perception.

L'épreuve de Rinne consiste à appliquer sur l'apophyse mastoïde de l'oreille à examiner le pied d'un diapason vibrant de tonalité grave (Ut^1 64 V. d.); dès que le sujet signale l'extinction absolue du son, l'observateur présente au niveau du méat auditif les branches encore vibrantes de l'instrument: si l'oreille est normale le son est de nouveau perçu.

Si l'oreille est malade et que le son soit de nouveau perçu, la lésion ou le maximum de lésion siège sur l'appareil de perception, le Rinne est dit positif (R +).

Si l'oreille est malade et que le son n'étant plus perçu par voie osseuse ne l'est pas de nouveau par la voie du conduit la lésion ou le maximum de lésion siège sur l'appareil de transmission. Le Rinne est dit négatif (R —).

Pour que cette épreuve ait une valeur réelle il faut que la surdité ait atteint un certain minimum (faux Rinne positif), que la surdité soit bilatérale car alors le Rinne devient un Weber recherché sur la mastoïde de l'oreille sourde (faux Rinne négatif de Gradenigo-Hautant-Lermoyez).

épreuve se prête peu à une notation précise aussi est-elle peu employée.

δ) *L'examen acoumétrique* est à l'heure actuelle indispensable.

Il permet de déterminer l'étendue du champ auditif tonal et ses modifications et de suivre les modifications quantitatives de la perception pour les sons correspondant à la zone hypersensible (La^3 435 V. d. à Sol^7 6144 V. d.).

Ces deux séries de recherches nous ont toujours permis de constater :

a) En ce qui concerne *le champ auditif* tonal l'intégrité de la limite inférieure avec conservation de la perception des sons graves (Ut^{-1} 16 V. d. Sol^{-1} 24 V. d.) l'abaissement de la limite supérieure souvent ramenée à Ut^8 8. 192 V. d. au lieu de ^9Fa 21. 845 V. d.

b) *Une diminution* marquée de la capacité auditive aérienne pour *le maximum d'audibilité* (Ut^6 2048 V. d. ou Sol^6 3072 V. d.).

« Cet abaissement de la perception aérienne sur l'acmé auditif est très précoce, beaucoup plus précoce et significatif que l'abaissement de la limite supérieure » (Escat).

Nous ne saurions assez insister sur la valeur de cette épreuve qui permet à elle seule de dépister une *surdité de la perception au début* et qui est nécessaire au diagnostic de syphilis cochléaire. Elle se pratique avec le diapason Ut^6 de Lucae normalement perçu 60″.

B) *La syphilis vestibulaire* est caractérisée par :

a) Les *signes subjectifs* suivants : de la céphalée, des bourdonnements, des vomissements et surtout des vertiges.

Ceux-ci peuvent débuter brusquement, frappant le malade au milieu de ses occupations comme un ictus. Précipité sur le sol le malade se relève au bout de quelques minutes, ne perd pas en général connaissance, et gagne son domicile en tibutant et en cherchant un appui.

Mais en général le début de l'affection est progressif.

Les crises vertigineuses apparaissent à intervalle irrégulier tous les 3 ou 4 jours chez un de nos malades, tous les 14 ou 20 jours chez une autre. Mais il est des cas où l'état de mal vertigineux peut être continu, clouant le malade au lit dans l'immobilité la plus absolue.

En revanche les signes subjectifs manquent parfois absolument et l'examen objectif a seul permis de déceler l'existence de la lésion vestibulaire.

Les accidents graves sont précédés par une phase de latence plus ou moins longue, et peuvent même rester à ce stade de leur évolution.

b) *Les signes objectifs* du syndrome vestibulaire sont fournis par :

α) L'étude des réactions nystagmiques.

β) La recherche des troubles de la station.

α) L'étude des *réactions nystagmiques* comprend la recherche :

α′) du *nystagmus spontané*. Ce signe est très fréquent.

Il faut le rechercher dans les directions extrêmes du regard. Le sens des mouvements nystagmiques spontanés nous a paru indifférent.

β') du *nystagmus provoqué*, à l'aide
du fauteuil tournant,
de l'épreuve calorique,
de l'épreuve galvanique,
de l'épreuve pneumatique.

α") L'examen au *fauteuil tournant* se pratique en faisant exécuter au fauteuil de droite à gauche ou de gauche à droite dix tours à la minute. A l'arrêt plusieurs résultats sont possibles.

1. Une apparition plus rapide de mouvements nystagmiques plus intenses dirigés vers l'oreille lésée (Escat); ce phénomène se produit surtout au début de l'affection et doit être interprété comme un signe d'hyperesthésie vestibulaire.

2. Le retard dans l'apparition ou l'absence de production ou encore la diminution du nombre des mouvements nystagmiques dirigés du côté lésé.

En général c'est ce résultat traduisant une atteinte grave du vestibule qui est noté.

β") L'*épreuve calorique* consiste à irriguer le conduit auditif externe avec de l'eau à température déterminée.

A l'état normal, le sens du nystagmus obtenu varie avec la température de l'eau employée. Si celle-ci est chaude (au-dessus de 37°) les secousses nystagmiques sont dirigées vers l'oreille excitée.

Si elle est froide (25° pour Hautant) les secousses sont dirigées en sens inverse.

Ici comme pour l'épreuve précédente nous avons obtenu ou des signes d'hyperexcitabilité ou plus fréquemment une hypo-excitabilité ou des signes d'inexcitabilité totale.

γ") *L'épreuve galvanique* ne nous a pas en général donné de bons résultats et nous avons renoncé à l'employer.

δ") *L'épreuve pneumatique*, décrite récemment par Buys et Hennebert dans les labyrinthites hérédo-syphilitiques, a été observée depuis lors dans la syphilis acquise.

Elle consiste à comprimer ou à raréfier de l'air au niveau du conduit auditif externe de l'oreille à examiner. Elle est suivie de mouvements de la tête vers l'oreille excitée, et par du nystagmus de sens toujours identique dirigé vers l'oreille en expérience, si l'air est comprimé, vers l'oreille opposée s'il est raréfié. Le nystagmus se produit alors même que l'épreuve rotatoire ne déclanche plus aucune réaction nystagmique.

Cette épreuve aurait une grande valeur diagnostique si, en l'absence de toute lésion de l'oreille moyenne et de perforation tympanique, elle n'était positive que dans les lésions syphilitiques du labyrinthe.

Elle offre, en effet, les mêmes garanties d'unilatéralisation de l'excitation que l'épreuve calorique et elle présente sur celle-ci l'avantage, outre sa valeur pathognomonique possible, d'éviter l'impression désa-

gréable produite par l'irrigation du conduit auditif. Malheureusement cette épreuve n'a pas été encore assez étudiée pour pouvoir être appréciée définitivement.

En résumé, il faut employer surtout l'épreuve calorique et ne tenir compte que des résultats incontestables.

β) Nous n'insisterons pas longuement sur la recherche des troubles de la station. Soit à l'aide du goniomètre, soit surtout par certaines positions de la tête ou du corps exigeant l'intégrité des deux vestibules, on arrive à provoquer le vertige ou la chute qui se fait en général du côté de l'appareil vestibulaire lésé. C'est ainsi qu'un malade de Freytag voyait reparaître les vertiges quand il tournait rapidement dans la rue ou quand il dansait, qu'un des malades de Milian était pris de vertiges dans le fauteuil du barbier dès qu'il portait la tête en arrière.

2° Forme mixte. — *La syphilis cochléo-vestibulaire* est la forme la plus fréquente.

Le plus souvent le syndrome cochléaire est prédominant, le syndrome vestibulaire ne se traduisant que par des vertiges et des troubles légers de l'équilibre. Mais il est des cas, et ils sont en général très graves, dans lesquels les deux tableaux symptomatiques marchent de pair. L'évolution ultérieure ne tarde pas, d'ailleurs, à rompre en apparence ce parallélisme. Les troubles vestibulaires paraissent s'amender les premiers, bien que le vestibule demeure inexcitable.

L'organisme s'adapte en effet au nouvel état de choses, et d'autres appareils ne tardent pas à suppléer l'appareil vestibulaire déficient. L'appareil cochléaire au contraire reste plus ou moins définitivement lésé.

3° Formes a manifestations purement otiques liées a une méningite des gaines de l'acoustique. — Nous inspirant des idées émises par Ravaut dans un article récent (4) où cet auteur faisait remarquer que « les lésions de l'œil s'accompagnent souvent de lymphocytose rachidienne ; cette réaction n'est pas très fréquente au cours des lésions du segment antérieur (iritis, kératite, iridochoroïdite), elle est pour ainsi dire constante dans les lésions du segment postérieur, surtout dans la névrite optique ; elle est en rapport avec les lésions méningées qui se voient presque toujours au cours de cette affection. *Il en est de même pour les lésions de l'oreille qui s'accompagnent de lymphocytose chaque fois qu'elles sont sous la dépendance de lésions méningées.* » Nous avons complété cette notion de l'atteinte méningée par celle de la localisation primitive du processus aux gaines méningées de l'acoustique. Nous sommes arrivé à cette notion en transposant dans le domaine de l'acoustique les idées émises par De Lapersonne à propos de l'optique.

(1) *Monde médical*, 1911, p. 872.

De même qu'il existe une méningite optique, de même il faut admettre la réalité d'une méningite acoustique primitive souvent précoce.

Cliniquement ces méningites acoustiques se différencient des localisations sur les appareils terminaux par les signes suivants :

a) Présence de signes dont l'origine méningée n'est pas douteuse : céphalée, raideur de la nuque, vomissements à type cérébral...

b) Modifications du liquide céphalo-rachidien.

Chez 2 de nos malades il y avait une réaction très nette ; dans un cas le liquide était normal, aussi n'avons-nous pas hésité à considérer le patient comme atteint de labyrinthite pure.

En parcourant les observations publiées prises en dehors de tout traitement par l'arsénobenzol, nous en avons trouvé huit pour lesquelles cet examen a été pratiqué, dont trois concernent des formes pures ; chaque fois il y avait des modifications évidentes du liquide céphalo-rachidien.

Dans les faits classés sous le nom de *neurorécidives*, le liquide céphalo-rachidien a été examiné chez 11 malades dont cinq présentaient des signes seulement auditifs. Dans ce dernier groupe de faits l'on trouvait comme dans les précédents une réaction très nette du liquide céphalo-rachidien.

Pour Dreyfus, la réaction lymphocytaire précède toujours l'apparition des signes acoustiques, et les modifications du liquide céphalo-rachidien sont parallèles à celles de l'affection auditive.

En résumé les manifestations auditives internes apparaissant au cours de la syphilis sont souvent liées, quel qu'ait été le traitement antérieurement suivi, à une réaction du liquide céphalo-rachidien. Si cette réaction manque, on peut admettre l'existence d'une localisation labyrinthique primitive.

4° Formes liées a une localisation au niveau des noyaux bulbo-protubérantiels de l'acoustique. — Ces faits sont rares.

Cliniquement, P. Bonnier a décrit un syndrome du noyau de Deiters caractérisé par un vertige avec dérobement partiel ou total de l'appareil de sustentation, sans signe de Romberg, avec état nauséeux, anxiété, troubles oculo-moteurs réflexes, phénomènes auditifs passagers, manifestations douloureuses ; névralgie du trijumeau, migraine ; symptômes auxquels peuvent s'ajouter des troubles bulbaires divers : tachycardie, polyurie, glycosurie.

Siemerling a rapporté l'observation d'une femme à l'autopsie de laquelle on trouva une gomme de l'espace interpédonculaire ayant détruit le noyau et la racine profonde de l'auditif droit.

Cette malade présentait du nystagmus spontané, des vertiges sans Romberg, une abolition complète de la perception aérienne avec conservation de la perception osseuse à droite.

II° *Formes associées.*

Dans un grand nombre de cas, la lésion auditive s'associe à celle d'un ou de plusieurs nerfs crâniens : association facile à comprendre puisque, dans un grand nombre de cas, l'atteinte auditive doit être comprise comme une manifestation de syphilis méningée basale.

a) *L'ordre d'association des nerfs paralysés* n'est pas livrée au hasard.

Parmi nos 20 observations personnelles on relève en effet :

VIII, VII.	2 cas.
VIII, I, II.	1 —

Parmi les 30 cas de paralysies associées de l'acoustique apparues en dehors de tout traitement arsénobenzolé, nous avons trouvé les associations suivantes :

VIII, II.	3 cas.
VIII, III..	5 —
VIII, III, VII.	4 —
VIII, I, III.	1 —
VIII, I, VII, IX.	1 —
VIII, VII.	16 —

De ce tableau ressort clairement la fréquence très grande des paralysies de l'auditif et du facial associés.

Sur 30 cas le facial est lésé 21 fois, 16 fois seul, 5 fois en même temps que d'autres nerfs crâniens. Le moteur oculaire commun fut lésé 10 fois.

Les neurorécidives fournissent un grand nombre de paralysies associées.

Sur 39 cas de ce genre que nous avons pu réunir, les associations se répartissaient de la manière suivante :

II, VIII.	7 cas.
III, VIII..	2 —
IV, VIII..	1 —
VII, VIII.	15 —
II, III, VIII..	3 —
II, VII, VIII.	1 —
II, VI, VIII	1 —
III, V, VII, VIII.	1 —
III, VII, VIII.	3 —
V, VII, VIII.	3 —
II, III, IV, VI, VII, VIII.	1 —
II, III, V, VII, IX, XI, XII, VIII.. . . .	1 —

Ici encore nous trouvons le facial le plus souvent atteint (15 fois seul, 8 fois en association) ; après lui vient le moteur oculaire commun qui est 10 fois touché.

b) La paralysie du facial et de l'auditif mérite, étant donnée sa fréquence, une description rapide.

Cette fréquence s'explique facilement; les origines apparentes des deux nerfs étant contiguës dans le sillon bulbo-protubérantiel et leur trajet presque commun dans l'aqueduc de Fallope.

Elle s'observe surtout dans les syphilis récentes : 13 fois sur 18 observations concernant des cas non traités par le 606.

Parmi 4 cas concernant des syphilis anciennes, le début de l'infection remontait à 20 ans, 8 ans, 4 ans.

Les neurorécidives ne comprennent que des cas de syphilis dont l'âge varie entre 2-3 mois et un an.

Ce sont en général les signes auditifs qui ouvrent la scène par des bourdonnements ou des vertiges; puis, au bout d'un temps variable, surviennent brusquement les phénomènes paralytiques.

Le plus souvent les deux paralysies sont homologues ; nous avons toutefois observé chez une de nos malades une paralysie faciale gauche coexistant avec une surdité droite; le même fait a été noté par G. Dreyfus.

Ordinairement, si les paralysies sont homolatérales, elles restent limitées à un seul côté ; mais une observation de Sexton montre que l'on peut, au bout de quelque temps, voir les mêmes phénomènes s'installer du côté opposé.

Dans les neurorécidives au contraire, cette évolution paraît plus fréquente. Tantôt le facial et l'auditif sont paralysés des deux côtés, tantôt la paralysie auditive était bilatérale, la paralysie faciale unilatérale.

Il n'y a pas le plus souvent parallélisme dans l'évolution des deux paralysies. Fréquemment la paralysie faciale rétrocède, mais en général la surdité reste définitive.

L'évolution des neurorécidives de ce type est sensiblement la même.

c) Nous n'insisterons pas sur *les autres associations paralytiques possibles.*

Le moteur oculaire commun et l'optique sont souvent touchés, en général moins gravement que l'auditif.

L'intérêt de ces faits est surtout de nous montrer l'existence de formes de passage unissant la paralysie acoustique isolée, souvent liée à une méningite localisée aux gaines de la VIII[e] paire, à la méningite basale englobant à côté de l'auditif la presque totalité des nerfs crâniens.

d) Ce qui frappe, en effet, quand on étudie les observations de paralysies associées de l'acoustique, c'est *la fréquence très grande des modifications du liquide céphalo-rachidien.*

Souvent constatées dans la syphilis acquise, ces modifications paraissent être plus fréquentes encore dans les neurorécidives. Chaque fois que l'examen du liquide a été pratiqué (8 fois sur 36) une réaction des plus nettes a pu être mise en évidence.

IV. — Fréquence des diverses formes précédemment étudiées.

La fréquence comparative des diverses formes précédentes présente un certain intérêt, surtout en ce qui concerne les formes vestibulaires pures que certains auteurs ont rattaché à une action directe de l'arsénobenzol sur l'oreille interne. Cette opinion était établie par analogie avec les lésions auditives produites chez la souris par les injections d'arsacétine ; elle se basait aussi sur la fréquence relative des paralysies vestibulaires isolées, observées depuis l'emploi des arsenicaux, alors qu'autrefois de tels faits étaient rares.

Le problème est très difficile à résoudre en effet :

1° *Dans les observations anciennes* on peut, avec réserve, discerner les formes cochléo-vestibulaires des formes cochléaires pures, suivant que les auteurs signalent ou non l'existence de vertiges.

Mais *il est certain que faute de moyens d'exploration un grand nombre de lésions de l'appareil vestibulaire ont dû être méconnues chez des syphilitiques avérés.*

Il est certain aussi qu'autrefois, et même à l'heure actuelle, certains médecins ont une tendance naturelle à rattacher les vertiges à une action réflexe partie de la zone gastro-intestinale, alors que le point de départ de ces vertiges siège dans l'oreille interne.

Rien n'a d'autre part plus contribué à obscurcir cette question que l'emploi du terme « maladie de Menière » dont on a longtemps désigné le syndrome vestibulaire : à l'heure actuelle la maladie de Menière est devenue un syndrome à étiologie multiple, et parmi ses causes productrices, la syphilis doit être mise au premier rang ; mais cette notion n'est pas encore assez répandue dans les milieux médicaux, de sorte que dans beaucoup de cas le rôle de la syphilis passe inaperçu.

2° Dans certaines observations modernes, les auteurs ont une tendance trop marquée à désigner sous le nom de *névrite vestibulaire pure des cas en réalité mixtes, mais dans lesquels les symptômes cochléaires sont peu accusés.* Pour nous en rendre compte faisons une rapide revue critique des observations que nous avons connues.

Les faits observés en dehors de tout traitement par l'arsénobenzol nous ont fourni 5 observations de syphilis secondaire.

Or de toutes ces observations celles de Neumann et de Haike et Wechselmann affirment seules l'existence d'une paralysie isolée du nerf vestibulaire ; celle de Von Holst ne mentionne aucun examen de l'appareil

cochléaire, celles de Salomon, de Ruttin signalent des bourdonnements ; celle de Stein rapportée par Beck, une très faible réduction de l'audition. Mêmes résultats si l'on examine 7 observations de neurorécidives vestibulaires. Une audition normale n'est affirmée que dans 2 cas ; dans tous les autres faits, il existait une atteinte auditive plus ou moins marquée.

Après cet examen critique, nous nous demandons s'il ne serait pas préférable, pour leur enlever une signification qu'ils n'ont pas, de désigner les faits précédents sous le nom de *syphilis cochléo-vestibulaire à signes vestibulaires prédominants.*

Voici un tableau de la fréquence relative des divers types de syphilis auditive interne.

	SYPHILIS ACQUISE	NEURORÉCIDIVES	PERSONNELLES
F. cochléo-vest.	34. . 31,4 pour 100	50. . 41,2 pour 100	7. . 35 pour 100
F. cochléaire.	39. . 36,1 pour 100	24. . 19,8 pour 100	8 . 40 pour 100
F. vestibulaires.	6. . 5,5 pour 100	8. . 6,6 pour 100	2. . 10 pour 100
F. associées.	29. . 26,8 pour 100	39. . 32,2 pour 100	3. . 15 pour 100
	108	121	20

De l'examen de ce tableau nous pouvons tirer les conclusions suivantes.

1° Dans l'ensemble l'ordre de fréquence des diverses formes de syphilis acoustique est le suivant.

Forme cochléo-vestibulaire	35,8 pour 100.
Forme cochléaire	31,9 —
Formes associées	24,6 —
Forme vestibulaire	7,3 —

2° Dans chaque série d'observations nous arrivons à des chiffres très comparables pour les mêmes formes, mais qui nous permettent toutefois de faire les remarques suivantes :

a) En ce qui concerne les *formes vestibulaires* pures, *la fréquence* ne paraît *pas plus grande* au *cours des neurorécidives* qu'au *cours de la syphilis banale.*

b) Les *formes cochléo-vestibulaires* et les *formes associées* sont surtout fréquentes au cours des neurorécidives.

L'explication de cette fréquence nous paraît résider dans l'existence si souvent constatée d'un processus méningé comme cause des lésions acoustiques au cours des neurorécidives.

Si l'on peut, en effet, discuter le rôle de la méningite secondaire comme cause productrice du syndrome cochléo-vestibulaire, on doit nettement mettre à son compte l'apparition des paralysies basales associées quand il s'agit d'une syphilis récente, comme c'est le cas pour les neurorécidives.

V. — Évolution.

La syphilis de l'oreille interne livrée à elle-même aboutit presque toujours plus ou moins vite à l'abolition complète et définitive ou à une atteinte très marquée et irréductible de l'appareil de perception.

Il y a donc deux évolutions possibles : évolution *rapide* atteignant pour ainsi dire d'emblée le maximum des signes ; évolution *lente* mettant des mois et des années à détruire l'appareil auditif cochléaire ou vestibulaire. Ce sont surtout ces formes lentes que l'on observe en clinique.

L'évolution spontanée vers la guérison est possible mais excessivement rare.

On n'en trouve pas un seul cas signalé pour les syphilis ordinaires, pour les neurorécidives quelques faits ont été rapportés par Ettinger, Jacoby, Haike et Wechselmann.

Nous allons successivement envisager l'évolution de la syphilis auditive.

1° Dans les formes purement otiques.
2° — associées.

I. — *Formes purement otiques.*

Pour nous rendre un compte aussi exact que possible de l'évolution habituelle de la syphilis auditive interne nous avons dressé le tableau suivant.

		SYPHILIS ORDINAIRE	NEURORÉCIDIVES	PERSONNELLES
Forme cochléo-vestibulaire	Guérisons.	7	13	0
	Améliorations. . .	14	19	6
	Sans changement. .	4	10	2
Forme cochléaire.	Guérisons.	11	12	1
	Améliorations. . .	23	6	1
	Sans changement. .	6	3	0
Forme vestibulaire.	Guérisons.	2	1	0
	Amélioration. . . .	0	1	1
	Sans changement. .	3	2	1

Des chiffres précédents on peut conclure.

1° Que dans *l'ensemble* les accidents auditifs internes dus à la syphilis

ont une évolution bénigne en ce qui concerne les formes acoustiques pures (74 pour 100 de guérison). En réalité les chiffres précédents n'ont qu'une valeur relative. La proportion des cas malheureux doit être plus élevée, car, d'une part, les auteurs ont une tendance bien naturelle à publier des cas favorables pour montrer les bons résultats de leur thérapeutique ; d'autre part, comme nous l'avons dit, beaucoup de cas de surdité syphilitique interne, surtout chronique, nous échappent.

Parmi 12 cas que nous avons pu suivre, un seul cas de guérison a été observé. Or il s'agissait chez ce malade d'une forme seulement cochléaire tout à fait au début. Dans tous les autres cas nous avons observé des améliorations à la suite du traitement, surtout quand les phénomènes auditifs étaient de date récente. En général ces améliorations sont rapides, et le gain maximum est atteint au bout d'un mois de traitement. On voit la perception osseuse reparaître, l'étendue du champ auditif augmenter ; mais il reste une diminution irréductible sur le maximum d'audibilité (Ut^6 2046 V. d.) signe de l'atteinte définitive de l'appareil percepteur.

En pratique la notion de la durée de l'affection est capitale, et il ne faudra guère compter sur une amélioration quand le début de l'affection est un peu ancien.

2° Dans chacun des grands groupes d'observations, l'évolution n'est pas tout à fait la même.

Les guérisons s'observent surtout dans les neurorécidives : 45 pour 100 de guérisons ; tandis que les syphilis ordinaires en donnent 29 pour 100.

A notre avis cette différence tient :

a) A ce que les observations de syphilis auditive concernent des cas souvent très anciens, difficilement curables et mal soignés.

b) A ce que les neurorécidives sont des accidents récents, rapidement et énergiquement traités, et dont la cause semble résider dans une méningite secondaire assez facilement curable, pouvant même guérir spontanément.

3° A côté des formes précédentes aboutissant soit à la guérison complète, soit à la destruction définitive de l'appareil auditif interne, il existe des *formes à rechute*.

Relativement rares dans la syphilis auditive acquise, elles sont beaucoup plus fréquentes au cours des neurorécidives.

D'après G. Dreyfus ces rechutes seraient nettement en rapport avec la persistance de l'inflammation méningée, et celle-ci paraît liée à l'abandon du traitement. Il ne faut donc pas s'étonner d'observer des accidents de ce genre, surtout au cours des neurorécidives, car d'une part celles-ci sont en majeure partie fonction de syphilis méningée, d'autre part la croyance primitive, à l'action stérilisante d'un petit nombre d'injections de salvarsan sans thérapeutique mercurielle adjuvante, fai-

sait seulement passer sans la guérir la méningite à l'état de latence. Au bout de peu de temps, celle-ci se réveillait, traduisant sa présence par une céphalée plus ou moins vive, et par des phénomènes paralytiques se manifestant soit par une paralysie de l'auditif primitivement atteint, soit par une atteinte de la VIII[e] paire du côté opposé.

II. — *Formes associées.*

En général l'auditif reste définitivement lésé ; car étant le premier atteint il est le plus fortement touché. Les autres nerfs récupèrent au contraire très souvent leur valeur première.

Sur 21 observations, l'auditif est resté lésé dans l'immense majorité des cas.

Dans nos deux observations personnelles du même type, la paralysie faciale guérit toujours, tandis que l'auditif demeura touché.

VI. — Étiologie.

Les causes prédisposantes agissant sur la localisation de la syphilis au niveau de l'oreille interne sont :

1° D'ordre général ;
2° D'ordre local.

1. — *Causes d'ordre général.*

a) *Age de la syphilis.*

α) La date d'apparition des signes auditifs par rapport à l'âge de la syphilis a son importance puisque l'attention des auteurs a, dans ces derniers temps, été surtout attirée par des manifestations précoces.

Otto Mayer, dans un article récent rédigé avec le matériel de la clinique d'Habermann à Gratz, a pu réunir 64 cas de syphilis auditive interne. Il fournit le tableau suivant indiquant le rapport qui existe entre la date initiale de l'infection et le nombre de cas observés :

DÉBUT DE L'INFECTION	NOMBRE DE CAS
3 à 6 semaines..	6
6 à 10 —	7
10 à 16 —	8
4 à 9 mois.	5
9 à 12 —	3
1 à 20 ans..	35

Soit 15 pour 100 des cas concernant une atteinte au cours de la syphilis récente.

Alexander, à l'aide d'une statistique basée sur 68 cas, trouve 13 pour 100 de syphilis auditives précoces.

En ce qui nous concerne sur les 61 cas observés à la clinique de Toulouse nous avons trouvé environ 18 pour 100 de syphilis auditives précoces. Sur 111 cas réunis dans la littérature dont 80 indiquent la période de la syphilis, on peut voir que 55 concernent des syphilis dans leur première année d'évolution.

Les chiffres précédents ne sont pas tous comparables entre eux ; mais il ressort clairement de leur lecture que l'atteinte de l'auditif est fréquente au cours de la syphilis secondaire.

Ces lésions précoces de l'auditif commencent à paraître vers le premier mois après l'apparition des signes secondaires, pour croître en nombre et atteindre leur maximum de fréquence vers le quatrième mois ; elles vont ensuite en décroissant jusqu'à la fin de la première année.

Quant aux syphilis auditives tardives, surtout progressives, car les surdités brusques alarment assez le malade pour le forcer à consulter, il est probable qu'elles sont légion, négligées par le malade ou ignorées étiologiquement par le médecin.

β) Si nous pratiquons une recherche analogue à la précédente pour les *neurorécidives*, nous voyons que sur 122 observations, 91 indiquent l'âge de la syphilis et nous ont permis de dresser le tableau suivant :

2 mois.	7	9 mois.	3
3 —	17	10 —	3
4 —	11	11 —	1
5 —	18	12 —	2
6 —	12	13 —	2
7 —	5	2 ans.	1
8 —	5	6 —	1

De ces chiffres on peut tirer deux conclusions :

1° Que les neurorécidives acoustiques s'observent dans les syphilis récentes.

2° Que ce genre d'accidents s'observe surtout du deuxième au onzième mois pour atteindre leur maximum de fréquence entre le troisième et le sixième mois.

b) *Gravité de la syphilis.*

α) La *syphilis auditive interne* s'observe surtout au cours des véroles graves.

Il y a déjà longtemps que Fournier avait signalé ce rapport puisqu'il déclarait qu' « en temps que symptôme prodromique ou précoce de la syphilis cérébrale, la perte relative ou absolue de l'audition n'est

jamais qu'unilatérale. (?) Légère, moyenne ou intense, elle constitue toujours un présage alarmant. Fort souvent, en effet, on l'a vue suivie à échéance plus ou moins rapprochée d'accidents sérieux, voire immédiatement graves. »

Les causes de malignité peuvent tenir :

1° Au mauvais état général du sujet ; 2° à la virulence de l'agent infectieux.

2° L'alcoolisme, le surmenage et surtout l'âge du sujet ont sur l'évolution de la syphilis une influence que personne ne met en doute.

De tous ces facteurs *l'âge du malade au moment où il a contracté la maladie est le plus net.*

Nous trouvons ainsi 8 à 9 pour 100 de cas pour lesquels l'infection a débuté après 40 ans. Personnellement nous avons observé une femme de 60 ans qui peu après le début des accidents secondaires présenta un syndrome de Lannois.

3° La syphilis auditive interne s'observe surtout au cours de véroles se tradaisant par des signes précocement graves.

a) Nous avons relevé cinq cas de chancre céphalique :

Charazac.	Chancre de la gencive.
Balzer.	— de la langue.
Stümpke.	— de l'amygdale.
Werther.	— de l'amygdale.
A. Vincent.	— de la lèvre.

Or, le chancre céphalique est un lieu peu fréquent de localisation puisque Mauriac sur 1773 cas de chancre syphilitique en a seulement trouvé 50 de céphaliques (0,28 pour 100).

Il faut donc admettre qu'il existe un lien entre l'inoculation céphalique de la vérole et les localisations de la syphilis sur l'oreille interne.

Fournier a depuis longtemps insisté sur le rôle défavorable joué par l'inoculation céphalique dans l'évolution ultérieure de la vérole. *Le chancre céphalique prédispose à la syphilis cérébrale, et c'est dans cette localisation encéphalique ultérieure qu'il faut chercher le trait d'union unissant le chancre céphalique et la syphilis auditive interne.*

b) Il est difficile de dire d'après les observations souvent incomplètes à ce sujet quels sont les signes concomitants de la syphilis.

α') *Les signes cutanéo-muqueux* sont souvent signalés, et même *dans un nombre assez grand de cas* les signes auditifs coïncident avec l'apparition de phénomènes *pouvant être interprétés comme des signes d'une récidive cutanéo-muqueuse.*

Mais il est des cas où l'infection syphilitique ne se traduisit par aucun signe apparent.

Dans la syphilis tertiaire, l'on note souvent la présence de lésions nasales ou vélo-palatines, de lésions osseuses crâniennes ou de signes

de compression intracrânienne. Mais dans les surdités syphilitiques tardives les signes de la syphilis sont peu apparents.

β") *La coexistence de la localisation sur l'oreille interne et de l'infection méningo-encéphalique* doit donc être considérée comme *fréquente et nous sommes persuadés qu'elle le serait bien davantage encore si les observateurs pratiquaient systématiquement chez ces malades un examen du liquide céphalo-rachidien.*

β) Au cours des *neurorécidives acoustiques* nous retrouvons également des signes traduisant la gravité de la syphilis.

1° Sur 109 observations relatant l'âge du malade au moment de l'infection nous en trouvons 12 concernant des sujets ayant dépassé 40 ans (9 pour 100).

Cette proportion est respectable si l'on songe à la prudence avec laquelle l'arsénobenzol a été appliqué aux sujets âgés.

2° Quant aux signes concomitants liés à l'évolution de la maladie, ils sont entièrement comparables à ceux que nous avons relevés pour la syphilis auditive interne.

a) *Les chancres céphaliques* sont *fréquents* puisque nous avons pu en réunir huit observations.

Haike et Wechselmann.	Chancre de la langue.
Ettinger.	— de la lèvre inférieure.
Desneux et Dujardin.	— du menton.
Levy..	— du menton.
Hammer.	— buccal.
Hahn.	— de la lèvre inférieure.
Rille..	— de l'amygdale.
Desneux et Dujardin.	— de la langue.

Ce qui nous donne le chiffre très élevé de 7 pour 100, mais en somme comparable à celui précédemment obtenu (5 pour 100) pour les syphilis auditives internes primitives.

b) *Les signes cliniques de la syphilis* traduisent incontestablement une reprise de l'infection se manifestant à la fois par les signes cutanéo-muqueux habituels, et par des manifestations méningées presque constantes.

Chaque fois que la ponction lombaire a été pratiquée, elle a montré des modifications du liquide céphalo-rachidien. Et quand cette recherche n'a pas été faite, la céphalée constante, les vomissements, dans quelques cas la raideur de la nuque, enfin la proportion élevée des paralysies basales associées (32 pour 100) permettent d'affirmer l'atteinte méningée.

c) *Action du traitement antérieur.*

A. *Dans la syphilis acoustique*, sur 109 cas, 31 fois aucun rensei-

gnement n'est donné par les auteurs sur le traitement antérieurement suivi.

Dans 46 cas les malades n'avaient suivi aucun traitement ou un traitement insuffisant.

A l'examen de 32 observations qui restent nous avons été frappé :

1° Par la minime place faite aux sels mercuriels insolubles.

2° Par la grande quantité d'infections récentes : 22 fois la maladie était dans les deux premières années de son évolution.

En dernière analyse l'explication des résultats précédents nous paraît simple et peut facilement s'énoncer sous forme des deux propositions suivantes.

1° *Dans la majorité des cas* (51 pour 100), les malades n'ont pas été traités ou ont suivi un traitement tout à fait insuffisant, et leur vérole en se malignisant a marqué son empreinte en lésant l'appareil auditif interne.

2° *Dans un grand nombre de cas* la syphilis était maligne, d'emblée, et le traitement mal choisi et appliqué avec une énergie insuffisante a laissé évoluer des accidents acoustiques.

B. *Dans les neurorécidives acoustiques* les rapports existant entre les signes auditifs internes et le traitement antérieur demandent une étude précise et détaillée. Aussi examinerons-nous successivement.

a) Le traitement suivi avant l'introduction de l'arsénobenzol dans l'organisme.

b) Les rapports proprement dits du Salvarsan et des neurorécidives acoustiques.

α) Date d'apparition après l'injection.

β) Nombre d'injections.

γ) Voie d'introduction du médicament.

c) Le traitement suivi après la cure arsénobenzolée.

a) *Traitement antérieur à l'emploi de l'arsénobenzol.*

On peut affirmer que dans la très grande majorité des cas *aucun traitement mercuriel ne fut institué avant la cure d'arsénobenzol.* Sur 122 observations de neurorécidives acoustiques que nous avons réunies, 14 seulement indiquaient l'emploi des mercuriels.

b) *Rapports existant entre les neurorécidives et l'arsénobenzol.*

α) *Date d'apparition après l'injection.* — Elle correspond avec une fixité remarquable aux deuxième et troisième mois après le début de l'infection.

Cette notion a son importance, car elle permet d'éliminer les accidents immédiats du type Herxheimer. Voici d'après les observations recueillies le tableau que nous avons pu en dresser d'après 67 observations.

MOIS APRÈS L'INJECTION	NOMBRE de cas	MOIS APRÈS L'INJECTION	NOMBRE de cas
1 mois.	6	3 mois 1/2.	2
1 — 1/2.	15	4 —	8
2 —	25	5 —	6
2 — 1/2.	12	6 —	3
3 —	19	7 —	1

β) *Nombre d'injections.* — La majorité des malades a reçu une ou deux injections seulement. Sur 108 observations :

49 malades ont reçu.	1 injection.	
35 —	2 injections.	
13 —	3	—
10 —	4	—
1 malade a reçu.	5	—

γ) *La voie intraveineuse a eu la préférence dès le début de la méthode.* Mais elle n'a pas été la seule car sur un total de 176 injections on en trouve 30 pratiquées par voie intramusculaire et 21 par voie sous-cutanée. *Ces voies délaissées à l'heure actuelle ont donc été usitées dans près du tiers des cas.*

δ) Si l'on envisage *les doses totales employées* dans 91 observations les indiquant, on voit que la dose totale la plus souvent employée est de 0 gr. 50 (19 fois) et que dans l'immense majorité des cas cette dose fut inférieure à 1 gramme (71 fois).

c) *Traitement postérieur à l'emploi du Salvarsan. — Dans la grande majorité des cas la cure par l'arsénobenzol n'a été suivie d'aucun traitement ultérieur.*

En effet sur les 122 observations de neurorécidives acoustiques 15 seulement indiquent un traitement mercuriel d'ailleurs très souvent insuffisant. Ainsi : 1° *Les neurorécidives acoustiques s'observent dans des syphilis mal soignées.*

Dans la majorité des cas les injections de 606 ne furent ni précédées, ni suivies d'un traitement mercuriel. Les injections de Salvarsan furent souvent introduites par des voies défectueuses, leur nombre fut beaucoup trop réduit et les doses beaucoup trop faibles.

2° *Les neurorécidives acoustiques apparaissent avec une fixité remarquable à la même date après le début de l'infection.*

Cette date qui correspond au troisième mois après le début de l'infection est exactement la même pour les accidents auditifs observés en dehors du Salvarsan au cours des syphilis récentes.

C'est celle où la méningite secondaire latente est la plus fréquente (80 pour 100). Nous tenons à signaler que dans le service de M. le Pr Audry le nombre des neurorécidives acoustiques a été été des plus

réduits puisque sur 780 malades traités par l'arsénobenzol nous en avons vu un seul cas.

2. — *Causes d'ordre local.*

1° *Rôle des otopathies antérieures non spécifiques.* — Il est indiscutable, si bien que Gradenigo poussant cette notion à l'extrême admet que toute labyrinthite syphilitique est conditionnée par une altération préexistante et de nature invisible de l'appareil de perception.

a) Sans adopter une théorie aussi exclusive il est facile de mettre en évidence *le rôle prédisposant d'une atteinte auditive* quelle qu'elle soit *en ce qui concerne la syphilis acoustique.*

En effet parmi les faits entrant nettement dans ce cadre nous trouvons :

Otite purulente remontant à 2 ans ; ankylose de la chaîne des osselets ; otite purulente remontant à l'enfance ; sclérose du tympan ; otite moyenne bilatérale remontant à 9 ans ; otite moyenne — catarrhe tubaire depuis 5 ans.

En ce qui nous concerne cette proportion paraît élevée puisque parmi nos 20 observations personnelles une atteinte auditive étrangère à la syphilis fut décelée dans 3 cas.

b) *Dans les neurorécidives* le rôle prédisposant d'une otopathie antérieure à la syphilis paraît plus difficile à mettre en évidence (*un seul cas personnel*).

O. Beck et Lang font jouer un rôle important à l'otite adhésive et à l'oto-sclérose vraie.

Ils sont tous les deux d'accord pour contre-indiquer le Salvarsan chez les malades de ce genre.

Dans le seul cas de neurorécidive acoustique observé dans le service de M. le Pr Audry le malade était porteur d'une tare auditive constituée par une otite adhésive consécutive à des végétations adénoïdes.

Nous croyons :

1° Que si les otopathies antérieures paraissent ici jouer un rôle plus restreint que dans la syphilis traitée par le mercure, c'est parce que les auteurs mis en défiance par les publications sur la question n'ont pas traité par le 606 les malades de cette catégorie.

2° Que les lésions prédisposantes précédentes siègent au niveau de l'oreille moyenne ou du labyrinthe, elles doivent donc peu prédisposer aux neurorécidives conditionnées par une localisation sur le tronc de l'acoustique par l'intermédiaire d'une lésion méningée,

2° *Rôle des lésions syphilitiques siégeant sur la trompe ou dans l'oreille moyenne.*

Depuis l'époque déjà lointaine où Itard appliqua le cathétérisme de la trompe au traitement des otopathies, depuis que plus récemment

Menière et Vidal de Cassis eurent affirmé le rapport constant unissant la surdité syphilitique à des lésions tubaires ou de l'appareil de transmission, on a vécu *sur l'idée de la rareté des lésions de l'oreille interne au cours de la syphilis.*

Cependant Gros et Lancereaux n'avaient pas craint d'émettre l'hypothèse « de l'action directe, immédiate du virus vénérien sur le nert de la VIII[e] paire » mais l'ensemble du public médical restait réfractaire à cette notion. Si bien qu'en 1910, le Pr Dieulafoy, dans une leçon clinique sur la surdité syphilitique, parlait à peine de la localisation sur l'appareil auditif nerveux, et insistait sur les lésions de l'oreille moyenne. Il reconnaissait pourtant que les cathétérismes n'amélioraient pas son malade, et celui-ci guéri de sa surdité présentait peu après une hémiplégie, démontrant ainsi qu'atteint d'une syphilis maligne précoce (l'infection remontait à quelques mois) il avait une localisation auditive nerveuse.

Cette manière de voir ne doit plus être seule admise et il faut *reconnaître que dans un très grand nombre de cas chez les syphilitiques atteints de surdité l'oreille moyenne est normale et l'oreille interne seule intéressée.*

Nous ne voulons pas dire certes que le catarrhe tubaire et l'otite moyenne ne jouent aucun rôle dans la genèse de la surdité syphilitique.

Il est certain que des syphilitiques sont uniquement sourds parce que la trompe n'est plus perméable et la caisse enflammée. De l'oreille moyenne l'infection peut gagner le labyrinthe et détruire l'appareil de perception ; mais ce sont là des faits banaux que l'on retrouve dans une foule d'infections ; il est d'ailleurs probable que même chez les syphilitiques ils ne sont pas dus à l'agent spécifique de la maladie, mais plutôt à l'exaltation de virulence des microbes saprophytes contenus dans les voies tubo-tympaniques

VII. — Anatomie pathologique et pathogénie.

1° *Syphilis acoustique acquise.* — Au niveau de l'oreille interne et du tronc de l'acoustique, la syphilis peut produire des lésions en employant deux processus principaux.

a) *Indirectement* en agissant par compression (gommes, hyperostoses de voisinage.....) ou par extension de lésions destructrices (nécrose, suppuration.....).

b) *Directement* en produisant des lésions primitivement localisées sur l'appareil acoustique périphérique.

Quel que soit le processus qui les ait engendrées, ces lésions peuvent siéger sur le labyrinthe, sur la branche cochléaire ou vestibulaire de l'auditif, sur le tronc nerveux avant sa séparation en deux branches, ou enfin sur les noyaux bulbaires.

a) Lésions indirectes ou secondaires.

Ce sont les mieux connues, parce que grossières et faciles à saisir.

Le plus souvent il s'agit dans ces cas de la propagation à l'oreille interne d'une otite moyenne syphilitique catarrhale ou purulente.

Dans un certain nombre de cas plus fréquents autrefois, les lésions débutaient au niveau des os du massif facial. Ceux-ci, frappés de nécrose, ouvraient de larges communications entre les diverses cavités de la face, favorisaient les infections et aboutissaient soit à des méningites purulentes, soit à des otites suivies de labyrinthite.

L'observation si souvent citée du voilier de Delpech (voir Lagneau et Lancereaux) est un des meilleurs exemples que l'on en puisse donner.

A côté de ces processus destructeurs, il faut placer les processus compressifs : épaississement du périoste vestibulaire dans les cas de Toynbee et de Moos.

Dans l'observation d'Hermet (syndrome de Menière apparu au cours d'une syphilis secondaire) le périoste était légèrement épaissi, le tissu cellulaire situé entre la paroi osseuse du vestibule et sa paroi membraneuse était hypertrophié et infiltré de petites cellules. Cette infiltration cellulaire se retrouvait dans le périoste de la lame spirale membraneuse, mais plus particulièrement marquée dans l'organe de Corti dont il était impossible de distinguer les éléments. Le tronc de l'auditif n'était pas altéré.

Le nerf auditif est souvent lésé au cours de son trajet à travers le rocher dans l'aqueduc de Fallope ; ce processus, surtout fréquent dans la syphilis héréditaire, n'est pas rare au cours de la syphilis acquise, et nombreuses sont les observations relatant la destruction du nerf par l'ostéite hypertrophiante du rocher.

Au niveau de la base de l'encéphale, un grand nombre d'observations signalent la destruction de l'auditif par une gomme de voisinage.

Dans le cas de Rayer l'on trouva une gomme siégeant dans la fosse du rocher du côté droit.

Dans l'observation de Van Oordt, une tumeur molle s'étendait de la partie antérieure de la selle turcique au milieu de l'apophyse basilaire, occupant latéralement toute la largeur du corps du sphénoïde.

Dans un travail récent, Rosenstein a réuni dix cas certains de méningite gommeuse basale ayant produit une surdité.

Enfin dans quelques cas la lésion peut être située dans le bulbe, et agir en détruisant les racines de l'auditif.

Rosenstein rapporte un cas de Siemerling dans lequel une gomme siégeant au niveau du corps restiforme avait détruit la moitié gauche de la moelle. Les troncs de l'acoustique étaient macroscopiquement

intacts de même que le noyau et la racine superficielle, mais la racine profonde présentait une diminution évidente de ses filets.

b) Lésions directes ou primitives.

Ce sont dans la pratique les plus fréquentes. Malheureusement le nombre des autopsies concernant les faits de ce genre est peu élevé.

Ces lésions peuvent siéger.

α) Sur le labyrinthe.

β) Sur les troncs nerveux.

Comme « la plupart des processus portant atteinte au système nerveux pendant le cours de la syphilis elles ont pour substratum anatomique un ensemble de lésions artérielles, veineuses, lymphatiques et méningées ; elles sont primitives et créent par leur évolution les lésions nerveuses proprement dites, celles de l'axe cérébro-spinal et des nerfs » (Ravaut).

Peut-être à la lumière des réactions du type Jarisch-Herxheimer faudrait-il compléter cette définition en envisageant la possibilité d'une atteinte toxinique primitive se localisant sur l'appareil nerveux auditif.

α) *Les lésions de l'appareil auditif terminal* paraissent être surtout d'après les cas publiés d'ordre uniquement vasculaire.

Il s'agira donc surtout d'artérites syphilitiques des artères labyrinthiques.

L'apparition rapide de la surdité cadre bien avec une hémorragie due à la rupture d'une artériole labyrinthique.

La séparation fréquente des signes cochléaires et vestibulaires semble en rapport avec la topographie vasculaire presque distincte pour le limaçon et les canaux semi-circulaires.

Il n'est pas jusqu'à la localisation plus fréquente sur l'appareil cochléaire, qui ne puisse trouver une explication dans la disposition vasculaire de la région.

On sait que l'artère cochléenne, après avoir suivi le nerf cochléen dans les pertuis qui perforent la columelle, se divise en une série de rameaux qui se dirigent, pour les irriguer, vers la lame spirale, la membrane de Reissner et la bandelette sillonnée. Or, les branches terminales de ces ramuscules sont constituées par des paquets glomérulaires dits « glomérules de Schwalbe » analogues à ceux du rein. On peut admettre une *glomérulite cochléenne.*

Ces lésions vasculaires sont d'ailleurs souvent décrites.

Toynbee, chez un syphilitique de 48 ans, qui présenta de la surdité cinq ans après une ulcération syphilitique, trouva des deux côtés une forte injection des vaisseaux du limaçon.

Baratoux a observé surtout au niveau des nombreuses anses vasculaires situées sur la paroi du canal de Corti, entre la membrane de

Reissner et l'angle spiral, une altération des parois limitée à une faible étendue et occupant généralement tout le pourtour du vaisseau. Celui-ci présentait une prolifération allant de l'extérieur à l'intérieur, amenant un rétrécissement de l'artère et, par suite, son oblitération par un caillot fibrineux. Cette artérite par le changement profond qu'elle détermine dans la structure de l'artère peut produire une dilatation anévrismale et même une rupture du vaisseau ; d'où hémorragie qui, se répandant dans le canal de Corti, peut détruire tout cet organe, ou pénétrer et produire des désordres analogues dans les rampes tympaniques et vestibulaires, en laissant le canal de Corti intact.

β) *Les lésions du nerf acoustique* sont produites :

1° Directement par les spirochètes amenés dans les vaisseaux du nerf ;

2° Indirectement par les lésions des artérioles pie-mériennes contenues dans les gaines du nerf ou encore par les modifications du liquide céphalo rachidien.

1° Il n'et plus douteux que dès le début de l'infection syphilitique les spirochètes passent en grande quantité dans la circulation sanguine générale.

Sans doute les résultats nécropsiques confirmant la localisation précoce du spirochète dans les petits vaisseaux du nerf sont rares. Cependant on en possède quelques cas et d'autre part il est logique de conclure par analogie avec l'optique.

En 1910 Strassmann a publié l'observation et l'examen histologique des pièces provenant d'un malade de 26 ans ayant succombé à des accidents méningo-myélitiques survenus au cours d'une syphilis datant de 20 mois. Il trouva des spirochètes non seulement dans la pie-mère et l'écorce cérébrale sous-jacente, mais encore il put les déceler au niveau des 12 nerfs crâniens (y compris l'auditif) où ils se trouvaient dans le périnèvre et dans l'endonèvre, apportés par les petits vaisseaux au niveau des espaces conjonctifs.

Récemment Verhoef, rapportant l'examen histologique pratiqué sur l'œil énucléé chez un malade au début d'une syphilis secondaire, trouva des spirochètes dans toutes les parties du nerf optique, surtout dans les parties centrales.

2° Par l'intermédiaire des méninges, le nerf acoustique peut être facilement lésé. Dans ce processus il faut tenir compte des lésions agressives presque directes produites par l'intermédiaire des vaisseaux pie-mériens ; d'autre part il faut faire une place importante à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui, comprimant le nerf à son entrée dans le conduit auditif interne, produit à son niveau des lésions dégénératives faciles à comprendre par analogie avec celles de l'optique.

En ce qui concerne les lésions méningées dont la fréquence est si

grande, comme le prouvent les résultats presque toujours positifs de la ponction lombaire, la céphalée, la coexistence avec d'autres paralysies basales, nous comprenons leur action sur l'auditif comme se faisant par l'intermédiaire de l'enveloppe périnévritique. Rosenstein l'a bien démontré en publiant plusieurs cas de périnévrite gommeuse de l'acoustique. Du périnèvre l'agent pathogène gagnera facilement les espaces interfasciculaires du nerf, où il produira alors directement des lésions. Cette pathogénie nouvelle pour l'acoustique a été récemment défendue par De Lapersonne pour expliquer la névrite optique dans la syphilis récente.

A côté du mécanisme précédent, il est certain qu'il faut faire jouer dans les lésions dégénératives de l'acoustique un rôle important à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Pour se rendre de la cavité crânienne au labyrinthe, l'acoustique traverse un pertuis osseux très étroit, et en somme sa situation est à ce point de vue entièrement comparable à celle de l'optique.

D'après ce que nous venons de dire, on voit que toute lésion de l'acoustique d'origine méningée retentit forcément sur le labyrinthe, aussi est-il dans ces cas un peu illusoire de vouloir séparer entièrement la labyrinthe de la névrite acoustique.

Mais encore faut-il faire une part équitable à chacune de ces localisations.

A ce point de vue les rôles ont été absolument intervertis dans ces dernières années.

Les auteurs anciens Schwartze, Habermann, Politzer admettaient que les otites syphilitiques étaient presque toujours dues à une labyrinthite.

Sans émettre nettement son opinion, Stümpke paraît être du même avis, car il dit à propos d'une de ses observations : « les maux de tête très violents et très opiniâtres qui cessèrent dès l'emploi du traitement se présentant à côté de l'affection labyrinthique indiquent, sans être à proprement parler une complication syphilitique nouvelle, un processus méningé. » Gerber distingue la labyrinthite de la névrite acoustique ; il admet même avec Jung la possibilité de surdités nerveuses précoces ; mais il croit que dans la majorité des cas il s'agit de périnévrite gommeuse basale, se traduisant par l'association paralytique avec un autre nerf crânien.

Les auteurs modernes : Gérone et Guttmann, Knick et Zaloziecki, G. Dreyfus, en revanche, sont très nets et se prononcent franchement dans les cas récents en faveur du rôle prépondérant de la méningite basale syphilitique. Nous nous rangeons entièrement à leur avis.

2° *Neurorécidives acoustiques.* — Il n'existe pas d'autopsie de malade mort à la suite d'injections de 606 et porteur d'une neurorécidive acoustique. Aussi ne peut-on pour le moment qu'émettre des hypothèses sur leur nature.

a) Les neurorécidives sont de nature toxique et entièrement dues à l'arsénobenzol.

Cette opinion est à l'heure actuelle abandonnée par la majorité des auteurs.

Elle se basait sur les arguments suivants :

α) Fréquence anormale des accidents auditifs internes chez les syphilitiques traités par le 606 ou ses dérivés.

C'est un point qui est maintenant tout à fait controuvé.

β) Absence de réaction de Wassermann dans le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien.

Cet argument n'a plus aucune valeur pour conclure à la nature toxique des accidents présentés par le malade.

γ) Apparition fréquente de paralysies vestibulaires isolées, depuis l'emploi du 606.

Il est, en effet, certain que le nerf vestibulaire est très sensible à certains poisons.

Avec des injections de doses énormes d'arsacétine (elles correspondaient à 120ᵍ pour l'homme) Ehrlich a produit chez la souris des phénomènes très spéciaux connus sous le nom de danse de la souris, et Röthig a montré que le substratum anatomique de cette affection résidait dans une dégénérescence du nerf vestibulaire.

De même Leidler a publié une observation de névrite vestibulaire isolée consécutive à une intoxication par des viandes de charcuterie. En rapprochant de ces faits les cas de névrite vestibulaire isolée observés après le 606 et en insistant sur la fréquence plus grande de ces accidents depuis l'emploi du Salvarsan, Urbantchitsch s'était prononcé pour leur nature toxique.

Mais nous avons pu conclure à une fréquence sensiblement égale de ces accidents, que la syphilis ait été ou non traitée par le 606.

b) Les neurorécidives sont des accidents syphilitiques étrangers au Salvarsan. — Cette théorie a été émise par Ehrlich sous la forme suivante (*Berlin. klin. Woch.*, 1910, p. 2346).

« Les névrites des nerfs crâniens ne sont pas de nature toxique, mais des manifestations de la syphilis ; elles sont dues à des spirochètes isolés et restés vivants, alors que la plus grande masse était tuée ; elles se produisent aussi après le traitement mercuriel. Leur peu d'étendue et la petite quantité de spirochètes qui les produisent expliquent l'absence de réaction de Wassermann et leur prompte disparition par un nouveau traitement spécifique. Il ne s'agit donc pas de récidive, mais d'un dernier reste de stérilisation incomplète. »

Après une étude aussi complète que possible des faits publiés et nous basant sur les constatations dont on va lire l'exposé, c'est à cette manière de voir que nous nous rangerons en ce qui concerne les neurorécidives auditives.

a) *Au point de vue symptomatique* il n'existe aucune différence entre les lésions ordinaires de la syphilis et celles observées après le 606.

Dans l'un et l'autre cas, on retrouve les mêmes formes avec la même fréquence et la même évolution.

b) *Leurs rapports avec l'infection syphilitique* sont identiques quand il s'agit de cas comparables c'est-à-dire de signes survenant peu après le début de la maladie, puisque en ce qui concerne les neurorécidives nous sommes seulement en possession de faits de ce genre.

α) Les *dates d'apparition* par rapport au début de l'infection syphilitique sont les mêmes.

En ce qui concerne les neurorécidives on a voulu faire *jouer un rôle significatif important à l'intervalle sensiblement constant de 6 à 8 semaines* s'écoulant entre la date de l'injection de Salvarsan et l'apparition de la surdité. Or si au lieu de se repérer par rapport au traitement on fait la même opération par rapport à l'âge de la syphilis on voit que les dates concordent avec une infection datant de 3 à 4 mois.

Si en possession de cette donnée on se reporte alors aux accidents comparables survenus au cours de la syphilis mercurialisée on est frappé de retrouver aussi souvent le même intervalle dans les *observations recueillies*.

AGE DE LA SYPHILIS	
3 mois.	4 cas.
4 —	6 —
5 —	3 —
6 —	3 —
7 —	7 —

Voici donc 23 observations correspondant aux dates précédentes. Cette constatation nous conduit à penser que l'*intervalle précédent* loin d'impliquer un rapport direct de cause à effet entre l'emploi du 606 et l'apparition de la manifestation auditive *est avant tout conditionné* par *les propriétés biologiques du spirochète et par son évolution dans l'organisme*.

β) *Les signes de la syphilis* indiquent aussi bien dans les neurorécidives que dans la syphilis auditive banale une infection grave et profonde avec atteinte marquée et précoce au niveau des méninges.

c) LA SYPHILIS DE L'OREILLE INTERNE ET LES NEURORÉCIDIVES SONT NETTEMENT EN RAPPORT AVEC UN TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE INSUFFISANT.

Nous croyons en avoir fait la preuve dans notre exposé étiologique, nous n'y reviendrons donc pas ici. Mais il est un fait qui n'a pu échapper aux observateurs avertis et que nous tenons à signaler.

Après une période de publication intensive dont l'apogée correspond à l'apparition du travail de Benario en 1911, le nombre des cas de

neurorécidives a été singulièrement en diminuant dans les deux dernières années. L'arsénobenzol et ses dérivés sont pourtant de plus en plus employés.

A l'heure actuelle 780 malades ont été arsénobenzolés dans le service de M. le Pr Audry, un seul cas de neurorécidive acoustique a été observé il y a 2 ans.

S'il y avait rapport direct de cause à effet entre le 606 et les neurorécidives acoustiques, on devrait, loin de voir diminuer le nombre des accidents auditifs à mesure que l'emploi de l'arsénobenzol se généralise, observer une augmentation parallèle de ces deux ordres de faits. En réalité cette diminution des accidents auditifs est le résultat de notre connaissance de jour en jour plus parfaite de l'emploi des arsenicaux organiques dans le traitement de la syphilis.

Et si, à la clinique de Toulouse, ces accidents ont été très rares, c'est parce que M. le Pr Audry a toujours insisté sur la nécessité absolue d'associer le traitement arsenical au traitement mercuriel.

d) Les neurorécidives acoustiques guérissent souvent au lieu d'être aggravées par un nouveau traitement au Salvarsan ou par le mercure.

La démonstration en est facile à faire. Sur 122 observations, 105 indiquent le traitement et l'évolution ultérieure.

Or parmi celles-ci 97 ont été traitées et donnent en chiffre global : 50 guérisons, 32 améliorations, 15 incurables. 8 cas ont été laissés sans traitement aucun : or ils ont donné 1 guérison, 5 améliorations, 2 incurables.

Si parmi les cas traités nous essayons de nous rendre compte du traitement suivi nous obtenons les résultats suivants.

1° Traitement mercuriel : 36 observations.

Guérisons, 27 ; améliorations, 16 ; incurables, 3.

2° Arsénobenzol seul : 32 observations.

Guérisons, 15 ; améliorations, 10 ; incurables, 7.

3° Arsénobenzol et mercure : 19 observations.

Guérisons, 8 ; améliorations, 6 ; incurables, 5.

e) Les neurorécidives acoustiques n'ont jamais été observées chez des non-syphilitiques traités par le 606.

Cependant le nombre des malades ainsi soignés est de plus en plus grand depuis que le 606 a été appliqué au traitement du paludisme, etc.

VIII. — Traitement.

Ayant identifié les neurorécidives acoustiques et la syphilis auditive interne, nous considérons que le traitement de l'une et l'autre de ces affections est identique.

1° *Le traitement prophylactique* doit consister à dépister les signes d'une syphilis maligne à laquelle se lie le plus souvent la syphilis de l'oreille interne. On y parviendra :

a) par l'étude de l'état général du malade, et des signes de l'infection syphilitique :

b) par un examen soigné du système nerveux et du liquide céphalo-rachidien.

L'examen du système nerveux doit porter sur l'état des appareils auditif et optique.

2° *Le traitement curatif* devra être très actif, bien prescrit et régulièrement suivi.

Dans la pratique on se trouvera en présence de trois variétés de malades.

a) *La syphilis et la surdité sont récentes.*

Il s'agit le plus souvent de malades insuffisamment traités ou atteints d'une syphilis maligne au début, ce qui d'ailleurs revient souvent au même.

Dans ces cas l'atteinte auditive traduit la lésion méningée. L'examen du liquide céphalo-rachidien réglera donc le traitement, et toute la thérapeutique devra d'abord se proposer pour but de le ramener à la normale.

Il faut aussitôt instituer un traitement énergique et comme l'arsénobenzol et ses dérivés sont les agents destructeurs de spirochètes les plus puissants, c'est à eux que nous aurons recours.

Mais, comme employés seuls ces médicaments sont insuffisants, on les associera au mercure.

Tout d'abord pour éviter la production de phénomènes réactionnels, on commencera par un traitement mercuriel d'une à deux semaines. Après quoi l'on emploiera les arsenicaux.

α) *La surdité s'améliore, le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal.*

Ce sont les cas heureux. Les malades redeviennent des syphilitiques ordinaires qu'il faudra surveiller sans doute, mais auxquels on prescrit le traitement habituel.

β) *La surdité s'améliore, le liquide céphalo-rachidien continue à montrer une réaction nette.*

Très souvent, dans ces cas, les malades se croient guéris, et comme le prouvent plusieurs observations cessent tout traitement. Mais alors l'infection reprend un regain d'activité, les signes auditifs ne tardent pas à reparaître quelquefois plus graves et associés à d'autres paralysies basales. A notre point de vue les neurorécidives entrent dans ce cadre.

Alors il faudra reprendre le traitement au début et le faire suivre avec énergie.

γ) La surdité persiste, alors que tous les signes de syphilis sont éteints.

Il ne faut pas désespérer, car il est des cas dans lesquels la surdité ne s'améliore qu'au bout d'un temps quelquefois très long, et continuer le traitement spécifique combiné aux injections de pilocarpine.

δ) Si le traitement indiqué ne paraît avoir d'influence ni sur la surdité, ni sur le liquide céphalo-rachidien; il faudra revenir au mercure, de préférence au calomel.

On pourra aussi multiplier les ponctions lombaires qui suffisent parfois à produire une amélioration des signes auditifs.

Dans les syphilis récentes, il ne faudra jamais laisser un malade injecté au Salvarsan sans traitement mercuriel consécutif.

Le dogme de la stérilisation par ce seul médicament a vécu; et beaucoup d'accidents doivent être mis au compte de l'oubli de cette règle.

b) Si la syphilis est ancienne et la surdité récente.

Il faut toujours instituer un traitement énergique, car il peut s'agir d'un réveil de l'infection ancienne ou de l'évolution d'accidents tertiaires : méningite gommeuse basale, lésions osseuses de la base du crâne.....

c) Si la syphilis et la surdité sont anciennes, il ne faudra pas compter sur un résultat favorable, car outre qu'il est bien difficile d'établir des rapports de cause à effet entre la vérole et les lésions auditives, il n'est pas possible de restaurer un appareil auditif en général détruit depuis longtemps.

LEUCÉMIE MYÉLOIDE ET SYPHILIS

par **A. Nanta.**

Chef de clinique à la Faculté de Toulouse.

[Travail de la Clinique de dermatologie et syphiligraphie. (Pr Ch. Audry)].

Puisqu'il est encore permis de faire des hypothèses sur la nature des leucémies, en attendant que la bactériologie nous fournisse une solution définitive du problème, nous rapporterons ici une observation de leucémie myéloïde apparue chez une syphilitique, pour nous demander quelle peut être l'action de la syphilis sur la détermination de la leucémie.

Dans un précédent article, paru ici même (1), nous avons indiqué pour quelles raisons la syphilis, en exagérant ou en prolongeant son action habituelle sur le système lymphatique d'individus prédisposés, pouvait être considérée comme responsable de certaines lymphomatoses leucémiques ou aleucémiques. Et nous apportions deux cas de leucémie lymphatique apparue chez des syphilitiques encore en puissance d'accidents. Depuis lors nous avons appris qu'une troisième leucémique (225 000 globules blancs) dont l'observation figure dans notre thèse (Thèse de Toulouse, 1912. p. 159) et chez laquelle nous n'avions pas trouvé d'antécédents spécifiques, avait été soignée en réalité douze ans auparavant pour une syphilis par le Pr Audry. Sur huit cas de lymphadénie de type lymphoïde que nous avons examinés depuis 3 ans, nous avons donc relevé trois fois des antécédents spécifiques indubitables.

En ce qui concerne les myélomatoses nous indiquions que de tels antécédents étaient peut-être plus fréquents qu'on ne le croit généralement. Le fait est connu pour la myélomatose avec albumosurie de Bence-Johnes; on sait encore que le tréponème pâle est souvent responsable de l'anémie pseudo-leucémique infantile avec myélémie. Et cela nous permet de poser la question à propos de la leucémie myéloïde : cette hyperplasie diffuse du tissu myéloïde n'est-elle pas réactionnelle, et ne répond-elle pas parfois à une infection — entre autres causes — telle que la syphilis?

On ne peut pas espérer, même dans les cas où la syphilis existe dans les antécédents d'un leucémique, faire la preuve de cette action en essayant le traitement pierre de touche: les quelques auteurs qui l'ont tenté ont montré que le mercure avait une action néfaste sur l'évolution de la leucémie, et l'arsénobenzol une action nulle.

(1) *Annales de Dermatologie*, mars 1913.

Cela ne va pas à l'encontre de l'hypothèse posée, d'ailleurs, car les mêmes médicaments n'agissent ni sur certaines leucoplasies, ni surtout, — et au contraire — sur l'épithélioma sur-leucoplasique.

Il faut donc se contenter, si l'on veut soutenir notre hypothèse, de rechercher, dans la relation de faits pareils aux nôtres, les quelques traits cliniques qui montrent un rapport plus on moins étroit entre les deux maladies, la syphilis et la leucémie.

Notre observation présente cet intérêt que la syphilis avait produit d'importantes lésions osseuses peu d'années avant l'apparition de la leucémie myéloïde ; la rate et le foie de notre malade étaient plus durs et plus « ficelés » que ne le sont la rate et le foie leucémiques au bout de deux années de maladie ; enfin le traitement par l'iodure de potassium, s'il n'avait pas amélioré la leucémie, avait fait diminuer la rate de 8 centimètres en dix-huit jours. Si bien que les lésions des deux ordres coexistaient sans doute, et qu'il existait, cliniquement, une certaine dépendance entre les lésions myélomateuses, et les lésions tertiaires.

Nous devons ajouter cependant que, n'ayant pas pu prélever de pièces après la mort de notre malade, nous ne pouvons pas démontrer nettement la coexistence des deux ordres de lésions dans les organes hématopoiétiques. Néanmoins, l'aspect de cette leucémie myéloïde chez une syphilitique dont les centres médullaires osseux avaient été si fortement lésés, posait un problème étiologique troublant, qu'il est impossible de ne pas se poser.

Voici notre observation résumée :

Rosalie D., 54 ans, ménagère, entre le 30 octobre 1913 à la salle Sainte-Cécile, venant d'un service de chirurgie.

Aucun antécédent héréditaire ni collatéral remarquable. Personnellement elle présente ceci : elle a accouché d'un fœtus mort lors de sa première grossesse ; la seconde grossesse a été normale, mais l'enfant est mort au bout de six mois d'on ne sait quelle affection ; un troisième enfant est né, et actuellement se porte bien, il a 22 ans. Enfin bien que la malade nie la syphilis, elle a eu il y a douze ans de nombreuses gommes osseuses successives, au tibia et sur le frontal, et des ulcérations tertiaires étendues au-dessus du sein gauche : elle a été soignée dans le service du Pr Audry à cette époque, et un traitement ioduré a produit rapidement la cicatrisation des ulcères cutanés. Elle n'a jamais pris de mercure.

Il y a deux ans elle s'est aperçue que son ventre grossissait, qu'elle avait une volumineuse tumeur dans le flanc gauche. La tumeur restait indolente, on n'a fait aucun traitement, et c'est à l'occasion d'une crise de diarrhée violente, que la malade, amaigrie et très fatiguée, entre à l'hôpital.

La tumeur qui occupe le flanc droit et dépasse l'ombilic de 2 à 3 travers de doigt, est une rate énorme, dure, très profondément sillonnée d'incisures, qui mesure 32 centimètres $\times$ 17 centimètres.

Le foie est gros, son bord antérieur est mousse, inégal, dur et sa face

antérieure, au-dessous des fausses côtes, est sillonnée et dure. La hauteur totale est de 19 centimètres sur la ligne mamillaire.

Il n'y a pas d'ascite, pas d'ictère, mais une circulation collatérale très développée, et une diarrhée abondante, des hémorroïdes, qui témoignent sans doute d'hypertension portale.

La malade a 10 à 15 selles par jour, et elle est épuisée, lorsque de fortes doses d'opium finissent par diminuer un peu l'abondance de la diarrhée.

Il n'y a pas d'albumine, pas de sucre dans l'urine ; l'excrétion de l'acide urique est de 0 gr. 90 par jour. Au cœur, on note un souffle systolique à la base.

L'examen du sang révèle :

Le 1er novembre 600 000 globules blancs.
4 200 000 globules rouges.

Pourcentage des globules blancs :

2 myélocytes éosinophiles.
7 — basophiles,
22 — neutrophiles,
35 polynucléaires —
1 — basophiles,
2 — éosinophiles,
2 lymphocytes,
5 moyens mononucléaires,
2 grands —
7 cellules de Turck,
5 promyélocytes,
10 lymphoïdocytes (cellule-souche).

Le diagnostic de leucémie myéloïde classique est donc indubitable. Les ganglions ne sont nulle part volumineux. Mais ce qui attire l'attention d'une manière particulière, ce sont les signes de syphilis ancienne que présente la malade. Le tibia droit est le siège de deux volumineuses exostoses et d'un épaississement fusiforme gros comme un poing d'enfant. L'os frontal porte deux exostoses et une cicatrice de gomme. Enfin au-dessus du sein gauche il existe une large cicatrice cutanée longue de 10 centimètres sur 3 à 5 de large, gaufrée, entourée d'une zone hyperchromique.

La réaction de Wassermann est positive dans le sang.

La malade fait quelques frictions mercurielles, subit deux injections de biiodure, avant d'entreprendre le traitement radiothérapique. Mais le mercure est rapidement abandonné pour l'iodure « qui, dit-elle, l'a guérie complètement il y a 10 ans ». De fait, au bout de 18 jours de cure iodurée (4 grammes par jour) la rate a beaucoup diminué de volume, l'état général est meilleur. Cependant le nombre des globules blancs oscille autour de 600 000 comme au début du traitement. C'est alors qu'on entreprend la radiothérapie : mais la malade indocile n'en a supporté qu'une séance, et un volumineux hématome intramusculaire s'étant formé dans la cuisse gauche, elle quitte l'hôpital le 8 novembre.

Elle est morte quinze jours plus tard, chez elle.

Ce qui nous paraît devoir être remarqué dans cette observation c'est

la présence d'importantes lésions osseuses syphilitiques précédant de 10 ans l'apparition de la leucémie myéloïde ; c'est, d'autre part, la dureté du foie et de la rate, bosselés et ficelés tous les deux plus que ne le sont les organes leucémiques ; c'est enfin la présence d'une réaction de Wassermann positive.

Sans prétendre que la leucémie soit une conséquence directe de la syphilis, il est ici permis de supposer que les multiples lésions osseuses, et peut-être certaines lésions spléniques spécifiques n'ont pas été étrangères à la détermination du processus hyperplastique et métaplastique qui a constitué la leucémie myéloïde de notre malade.

Acné.

Sur l'acné des nouveau-nés (Ueber Acne noneatorum), par A. Kraus. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 116, p. 704.

Les pédiatres ont décrit sous le nom de milium des éléments éruptifs offerts par les nouveau-nés, et dont la nature a généralement été méconnue par eux. Cependant Epstein les avait rapprochés de l'acné. Jacquet et Rondeau ont soigneusement étudié ces altérations.

En réalité les véritables miliums de l'enfance tels que Unna les a décrits existent réellement (kystes rétentionnels dans le follicule de lanugo, mais le plus souvent, les efflorescences d'apparence miliaire, les formes de comédons, les réactions inflammatoires répondent à une lésion inflammatoire folliculaire qui constituent une véritable acné des nouveau-nés remarquable par sa localisation au front, au pourtour du nez et de la bouche, etc. Cette acné peut débuter pendant la vie utérine (formation kystique, multiplication, augmentation des sébacées, toutes ouvertes sur la peau). Il peut se former des lésions comparables aux comédons de l'adulte, mais non identiques. Cependant autour de ces comédons une véritable acné peut se développer. Certainement, c'est là un processus comparable à celui qu'on observe lors de la puberté, et c'est bien là une manifestation de séborrhée comparable à la galactorrhée des nouveaux-nés.

K. est disposé à croire que cette séborrhée ne répond pas à une puberté en miniature (Jacquet et Rondeau), mais plutôt à une action des hormones placentaires, transmises par le sang maternel et excitant les glandes.

Ch. Audry.

Actinomycose.

Étude des cas d'actinomycose (A study of cases of actinomycosis), par Mc Keuty. *The American Journ. of the Med. Sciences*, juin 1913, p. 835.

Revue générale suivie de 37 observations personnelles. L'auteur insiste sur la fréquence de l'actinomycose en particulier dans les campagnes. Elle est souvent confondue avec la tuberculose et les tumeurs. L'infection ne peut avoir lieu sans une lésion préalable de la peau ou d'une muqueuse. L'actinomycose des maxillaires est surtout fréquente vers la fin de l'année, tandis que les localisations abdominales et pulmonaires se rencontrent plus fréquemment en hiver et au printemps.

L'actinomycose abdominale et thoracique est d'un pronostic beaucoup plus grave que celle de la peau ou des mâchoires. L'excision constitue le meilleur traitement lorsqu'elle est possible.

Dans tout autre cas, l'auteur recommande l'incision suivie d'un curettage et d'un nettoyage avec une solution iodée, pansement à la gaze iodoformée et administration à l'intérieur d'iodure de potassium.

S. Fernet.

Bactériologie.

Sur le soi-disant bacille-bouteille de Unna (Ueber das Wesen der sogenannten Unnaschen Flachsenbacillus), par A. Kraus. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 116, p. 723.

K. commence par décrire la morphologie de ce microorganisme tel qu'on l'observe dans le pus des pustules d'acné ; K. décrit particulièrement des formations filamenteuses qui ont avec les formes vulgaires, des rapports certains. Ces mêmes formations filamenteuses se retrouvent d'ailleurs autour des flaschsen-bacilles de la surface épidermique. Sur les ulcères, K. n'a vu que des hyphes élémentaires peu développés, arrivant bientôt au stade sporoïde.

K. donne ensuite l'analyse des travaux antérieurs depuis ceux de Malassez et conclut : Le bacille-bouteille n'est sûrement pas un « spaltpilz ».

Tous les organismes désignés par le nom de bacilles-bouteilles ne sont pas identiques entre eux, mais peuvent se ramener à 2 formes : bacilles-bouteilles qui sont des levures vraies (Meirowsky), et autres formes, qui apparaissent comme l'élément sporoïde de champignons filamenteux d'une organisation plus élevée. Ch. Audry.

Cheveux.

Sur les cheveux cassés (Ueber Haarbruch), par K. Herxheimer. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, n° 21, 1913, p. 1141.

H. donne l'observation courte d'une dame de 46 ans, bien portante, qui se teignait les cheveux avec un produit non défini chimiquement, et dont les cheveux se cassaient sans lésions localisées. Peut-êtra faut-il incriminer des sulfures alcalins contenus dans la teinture. Ch. Audry.

Diabète.

Les dermatoses des diabétiques (Die Hautkrankeiten der Diabetiker), par Bettmann. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 25, p. 1188.

Les rapports du diabète avec l'eczéma, avec le psoriasis, même avec le lichen plan (qui affecte en ce cas quelquefois des formes anormales), ne sont pas faciles à établir, et encore moins à définir. Cependant il faut admettre que dermatose et diabète ne sont pas, chez ces malades, liés l'un à l'autre, mais qu'ils dépendent l'un et l'autre d'une cause originelle, commune, dyscrasique ou autre. Maintenant on doit faire jouer un rôle à une action de la maladie sur le système nerveux quand celui-ci présente des troubles spéciaux : prurit, prurigos, etc.

Il existe bien cependant une série de manifestations où le diabète, en tant que glycémie, exerce très probablement une action : ce sont les suppurations ; mais il faut bien remarquer que dans ces cas encore, il n'y a pas de rapports entre la quantité de sucre et l'intensité des manifestations, de telle sorte que la glycémie n'est assurément pas seule en cause

Cependant l'action du sucre est plus manifeste et moins contestable s'il s'agit des diabétides génitales de l'un et l'autre sexes. A ce propos, B. signale les efflorescences végétantes vulvaires qu'il a rencontrées.

La fragilité de la muqueuse buccale s'explique peut-être par l'acidité de la bouche. Le zona, qui est certainement fréquent chez les diabétiques,

reste mal expliqué. En tous cas, aucun de ces accidents n'est lié spécifiquement au seul diabète qui ne fait que les favoriser ou les aggraver.

Une seule dermatose paraît vraiment « diabétique », c'est le xanthome multiple, et encore existe-t-il et guérit-il parfois chez les sujets indemnes de diabète. Ch. Audry.

Épithélioma.

Épithélioma en forme de morphée (Morphoeähnliches Epithelioma), par L. Heidingsfield. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 375.

Un homme de 38 ans présente sur la jambe droite une plaque ronde, datant de 3 ans, un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs, semblable à une tache de morphée (centre jaunâtre, dur, déprimé, bords brillants, un peu relevés, etc.). Au microscope, structure d'ulcus rodens.

H. rappelle quelques cas antérieurs semblables et termine par quelques considérations générales sur les épithéliomas cutanés. Ch. Audry.

Sur l'ossification des épithéliomas calcifiés de la peau (Ueber Verknöscherung der Verkalkten Hautepitheliom), par S. Saltykow. *Centralblatt für Allgemeine Pathologie u. pathol. Anatomie,* 1913, t. 24, n° 11, p. 481.

D'une manière générale, on admet depuis Demcke que la calcification peut frapper les cellules épithéliales, mais que l'ossification a pour théâtre le stroma conjonctif. Cependant différents auteurs ont admis que l'ossification pouvait s'accomplir dans l'épithélium même.

S. qui a pu examiner 5 fois des épithéliomas calcifiés a vu que dans 2 cas les travées osseuses présentaient en leur milieu non pas des cellules cartilagineuses, mais bien des cellules épidermiques typiques entièrement nécrosées et calcifiées. Le centre de la néoplasie osseuse était spongieux. Le tissu conjonctif offrait du tissu de granulation et des cellules géantes à corps étrangers, et les os, comme les cellules calcifiées étaient attaqués par des ostéoclastes. Ch. Audry.

Eruption artificielle.

Un cas de sensibilité exceptionnelle à la résorcine (An instance of unusual sensitiveness to resorcin), par D. W. Montgomery. *The Journ. of the American Med. Assoc.,* 28 juin 1913, p. 2035.

Observation d'un malade chez lequel l'application de pommades résorcinées (3 pour 100 puis 1,6 pour 100) provoque à plusieurs reprises des réactions extrêmement violentes : érythème généralisé, vésiculation, prurit intense, insomnie, etc. L'auteur conclut de cette observation qu'une extrême prudence est nécessaire dans l'emploi de la résorcine ; il conseille de ne faire usage que de faibles doses et prévient les praticiens contre les accidents généraux graves qui peuvent suivre une application étendue sur des surfaces dénudées et absorbantes (intoxication, coma, mort).

S. Fernet.

La Glattoline comme cause d'une dermite opiniâtre du cou (Glät-

tolin als tursache einer hartnäckigen Dermatitis colli), par J. Kohn. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 22, p. 1205.

Observation d'une dermite aiguë du cou qui résistait à tous les traitements, jusqu'au jour où l'on s'aperçut qu'elle était causée par la glattoline, enduit dont le porteur couvrait le bord de son col. Ch. Audry.

Sur la multiplication de l'érythème copaïvique (Das gehäufte Auftreten von Exanthemen nach dem Gebrauch von Copaivabalsans), par E. Portuer. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 22, p. 1047.

P. a aussi remarqué cette multiplication des cas d'érythème copaïvique: mais il l'attribue seulement à ce que la drogue n'est pas pure, les prescriptions officielles n'assurant qu'imparfaitement sa purification.

Ch. Audry.

Sur la multiplication des cas d'érythème copaïvique (Ueber das gehäufte Auftreten von Exanthemen nach dem Gebrauch von Copaïvabalsans), par W. Fischer. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* n° 18, 1913, p. 850.

Les éruptions copaïviques un peu oubliées en Allemagne y ont subi récemment une recrudescence en rapport avec un emploi plus fréquent du médicament qui avait été antérieurement supplanté par le santal. F. rappelle les formes décrites autrefois, érythème, urticaire, manifestations bulleuses, papuleuses, eczémateuses, hémorragiques, telles que Lewin les avait résumées.

Les cas que F. a observés répondent aux formes érythémateuses vulgaires. Bien que ces accidents aient été sans gravité, il est revenu à l'usage de l'huile de Santal. Ch. Audry.

Érythèmes.

Érythème noueux et tuberculose (Erythema nodosum und Tuberkulose), par Moro. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* n° 21, 1913, p. 1142.

Pollack déclare que l'érythème noueux des enfants est toujours tuberculeux, et même une tuberculose cutanée. Non, dit Moro, car il a vu manquer la réaction à la tuberculine 4 fois sur 30, tandis que Pollack la considère comme constante.

Du reste Moro ne nie pas qu'il puisse exister des rapports entre l'érythème noueux et la tuberculose infantile. Dans un cas, l'érythème noueux fut provoqué par la pommade à la tuberculine, et s'accompagna de purpura et de zona.

Quant à l'affirmation que l'érythème noueux est une lésion tuberculeuse locale, nous n'avons pas encore de moyen de l'affirmer, les inoculations étant négatives jusqu'à présent. Il faut remarquer que la plupart de ces enfants sont lymphatiques et disposés au purpura, etc., ils sont donc exposés à réagir d'une manière particulièrement vive aux irritants chimiques.

Ch. Audry.

Erythème exsudatif multiforme hémorragique suivi de mort (Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme hæmorrhagicum mit

Exitus letalis), par A. DE AMICIS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 116, p. 461,

Un homme de 25 ans, en traitement pour une syphilis datant de 15 mois, est pris brusquement de fièvres, de douleurs articulaires, avec état typhoïde, et présente sur tout le corps des efflorescences papulo-hémorragique ou taches hémorragiques sur la muqueuse bucco pharyngée, de l'albuminurie. Dépression générale croissante, hypothermie, mort. A l'autopsie, congestion des méninges, infarctus hémorragiques dans les poumons ; la muqueuse intestinale est toute entière ecchymotique, avec une hypertrophie notable des plaques de Payer.

Au miscroscope, infiltrations périvasculaires, dilatation des vaisseaux sanguins et lympathiques, petits infarctus hémorragiques dans la peau ; à la base de la langue, ulcération complète de l'épithélium, infiltrations inflammatoires, lésions hémorragiques, etc.

En somme érythème exsudatif hémorragique chez un syphilitique, mais non syphilitique. Ch. AUDRY.

Érythromélalgie.

Érythromélalgie, par FOSSIER. *New-York Med. Journ.*, 14 juin 1913, p. 1238.

L'auteur décrit deux cas d'érythromélalgie définitivement guéris par des injections de cacodylate de soude. Revue générale de la question.

S. FERNET.

Exanthème.

Exanthème aigu pemphigoïde au cours d'une fièvre typhoïde (Ein Fall von akuten pemphigus-ähnlichen Exanthem im Verlaufe des Abdominalttyphus), par A. REUTER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 115, p. 833.

Une fille de 15 ans présente un état typhoïde assez bien caractérisé cliniquement (pas de recherches de laboratoires), pendant lequel au 16e jour, on vit survenir sur la peau du dos et des jambes, une éruption de bulles ; quelques-unes de ces bulles s'ulcérèrent. La malade guérit avec des cicatrices. Ch. AUDRY.

Généralités.

Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des couleurs d'aniline sur la peau de l'homme et des animaux (Klinische und experimentelle Untersuchungen ueber die Einwirkung von Anilinfarbstoffer anf die menschliche und tierische Haut), par O. SACHS *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, n° 116, p. 355.

S. commence par rappeler les travaux antérieurs sur l'influence délétère exercée sur la peau par les couleurs d'aniline, ou les goudrons : érythème, eczéma, papillomes, épithéliomas. etc. Il y joint quelques observations personnelles montrant l'action provocatrice de couleurs d'aniline sur la production de papillonnes consécutivement au contact avec des poudres colorantes ; d'eczéma verruqueux, de verrues séborrhéides, dus à l'action locale de colorants, etc.

Il montre ensuite qu'expérimentalement il a réussi à provoquer sur la face interne de l'oreille du lapin un processus d'irritation verruqueux, papillomateux, en y pratiquant des frictions avec le scharlach rot, le rouge brillant, le jaune lumière et d'autres couleurs d'aniline.

Employé en injections sous-épidermiques huileuses, le scharlach-rot a bien déterminé les processus végétants des éléments malpighiens tels qu'ils ont été décrits. Mais d'autres couleurs d'aniline injectées en solution huileuse ou aqueuse ont aussi déterminé des altérations semblables : prolifération épithéliale, formation de kystes, cellules géantes, etc. Enfin, S. déclare qu'avec l'huile d'olive pure, stérile ou non, il a pu obtenir des résultats identiques à ceux que procure l'injection d'émulsion de couleurs d'aniline. Peut-être cette action tient-elle à un certain degré de rancidité de l'huile, à des corps acides.

Au demeurant il s'agit là d'actions très complexes d'origine chimique, mais il est manifeste que les irritants capables d'engendrer les proliférations malpighiennes sont extrêmement nombreux et variés.

Si l'on tient compte qu'on a pu avec des produits d'élimination albuminoïdes mal élaborés (natol, indol, etc.) déterminer des altérations semblables, on peut se demander si certaines dermatoses de la puberté comme la keratosis follicularis ne peuvent pas trouver là une explication étiologique.

Enfin S. a vu que la pommade au rouge brillant avait une action épidermisante supérieure à celle du scharlachroth, de telle sorte que l'action de celui-ci n'a rien de spécifique. Ch. Audry.

Sur le rôle des lymphocytes dans les inflammations chroniques infectieuses (Ueber die Rolle der Lymphocyten bei den chronisch infektiösus Entzündungen), par C. Sternberg. *Centralblatt für allgemeine Pathologie*, 1913, n° 9, p. 387.

Conclusions.

Lymphocytes et cellules plasmatiques forment régulièrement une partie du tissu de granulation spécifique ou non, et y affectent une disposition constante (plasmazellen pris dans le sens de Marschalko).

Dans les tissus tuberculeux, ces éléments surviennent tardivement, et les lymphocytes sont habituellement plus abondants que les plasmazellen, la variété des bacilles tuberculeux n'ayant pas d'influence sur ce point. Toutefois, les bacilles morts exercent une action moins vigoureuse sur leur production.

Dans la syphilis primaire et secondaire, les lymphocytes et plus encore les plasmazellen entrent pour une part considérable dans le tissu de granulation, beaucoup moins dans la gomme. Lymphocytes et plus encore plasmazellen sont richement développés en maintes lésions d'hérédo-syphilis.

De telles lésions se retrouvent dans un grand nombre d'autres infections ; ces dispositions sont habituellement en rapport avec la nature du parasite virulent : il en est encore de même quand l'agent morbide est inconnu comme dans le mycosis fongoïde.

Si la virulence de l'agent est moindre, les lymphocytes sont moins abondants.

Dans les maladies inflammatoires chroniques du système lympho et

hématopoiétique, telles que la lympho-granulomatose, les lymphocytes et les plasmazellen sont abondants, tandis qu'ils manquent dans les processus hyperplastiques (leucémie lymphatique, et pseudo-leucémie).

Ch. Audry.

Sur l'origine des lymphocytes et leur destinée dans l'inflammation (Ueber die Herkunft der Lymphocyten und ihre Schichksale bei der Entründung), par F. Marchand. *Centralblatt für allgemeine Pathologie*, 1913, n° 9, p. 385.

Résumé d'un rapport à la *Deutsche pathogische Gesellschaft*.

Les premiers vestiges du sang et des vaisseaux proviennent de la périphérie du mésoblaste, et sont vraisemblablement les primitives hémogonies sans hémoglobine. Parois vasculaires et globules apparaissent ensemble, mais les cellules du sang ne naissent pas de l'endothélium vasculaire. Une partie des cellules indifférentes se transforment en érythroblastes, d'autres en cellules incolores indifférentes. Ces dernières (mésameboïdes de Minot) gardent longtemps chez l'embryon le pouvoir d'engendrer les formes diverses des leucocytes, myélocytes, cellules géantes et érythroblastes, c'est-à-dire les éléments dits myéloïdes. Cette transformation s'opère aussi bien dans le mésenchyme que dans les organes où les cellules acquièrent leurs formes spécifiques. De la même manière, d'abord dans le mésenchyme, puis dans les organes hématopoiétiques, et dans les tissus adénoïdes apparaissent les cellules granuleuses leucocytoïdes et lymphocytoïdes, les grands et les petits lymphocytes, ces derniers provenant particulièrement des tissus anédoïdes réticulés. Le thymus, la rate participent aussi à la formation de lymphocytes qui, normalement est restreinte dans le foie et la moelle osseuse, mais qui, pathologiquement, peut s'exalter dans ces derniers organes.

Les cellules adventives périvasculaires, les cellules conjonctives dormantes ont aussi la faculté de se transformer, sous l'influence de l'inflammation en macrophages et autres éléments leucocytoïdes, y compris les lymphocytes, ces derniers paraissant émigrer surtout des extrémités du système lymphatique.

Les cellules endothéliales des séreuses sont distinctes de l'endothélium vasculaire et ne donnent pas de lymphocytes. Les plasmazellen sont des lymphocytes qui augmentent de volume sous l'influence d'irritants chimiques ou inflammatoires en se chargeant de substances albuminoïdes (granoplasma). Normalement, d'ailleurs les plasmazellen peuvent aussi provenir des lymphocytes. Les leucocytes granuleux proviennent des cellules indifférentes (pariétales). Les granulations sont un produit d'activité interne, de sécrétion cellulaire, caractéristique de ces cellules, mais non de leur point de départ.

Dans l'inflammation, les lymphocytes peuvent provenir de la prolifération des cellules pariétales indifférentes du tissu conjonctif, des vaisseaux lymphatiques, des cellules fixes dormantes du tissu conjonctif, des vaisseaux sanguins.

Les ganglions lymphatiques participent à l'inflammation aiguë par leur riche prolifération cellulaire du réticulum ou de l'endothélium des sinus, et fournissent surtout des phagocytes.

La rate réagit en fournissant surtout des plasmazellen.

Les lymphocytes interviennent dans les inflammations aiguës aussi bien que dans les processus chroniques prolongés, sous forme de plasmazellen, ou de mastzellen, ou de cellules éosinophiles et forment l'infiltration dite « petites cellules ». Dans les processus chroniques, ils aboutissent aussi aux cellules fusiformes, périvasculaires sans toutefois se transformer en cellules formatrices des fibres conjonctives ou élastiques. Les fibroblastes du tissu de granulation proviennent des cellules conjonctives normales fixes, mais peuvent aussi donner de grands phagocytes, soit les macrophages à fixer des parois .

(On remarquera combien les conclusions de Marchand se rapprochent des conceptions familières depuis longtemps à l'École française. N. d. T.)

Ch. Audry.

Histologie.

Sur la dégénérescence lipoïde de l'élastine de la peau (Ueber lipoïde Degeneration des Elastins der Haut), par C. Kreibich. *Archiv für Dermalologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 325.

En examinant des verrues séborrhéiques, coupées après congélation et colorées par le scharlachrot ou le sudan, on voit que les plus élastiques deviennent jaunâtres, et on y constate une grande quantité de gouttelettes soudanophiles qui manquent chez les fibres élastiques des jeunes sujets. K. a d'ailleurs retrouvé cette même disposition dans des fragments de peau ayant subi des dégénérescences séniles.

K. conclut qu'il existe une forme de dégénérescence des fibres élastiques caractérisées par ce fait qu'elles deviennent sudanophiles de colorations, et qu'il s'y forme des gouttelettes lipoïdes. Cette altération graisseuse est analogue à celle que Jores a signalée dans l'artério-sclériose.

Ch. Audry.

Hyperkératose.

Hyperkératose ponctuée épineuse (Hyperkeratosis punctata spinulosa et striata cuniculiformis), par K. Vignolo-Lutati. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 116, p. 147.

Une fille de 13 ans, dont la maladie a commencé il y a 10 ans. Elle consiste en élevures hyperkératosiques acuminées, accupant les côtés du cou, des épaules et des bras, le dos des mains. Au microscope on distingue des élevures folliculaires, d'autres extra-folliculaires, parmi ces dernières, quelques-unes occupent le pourtour d'un pore sudoripare, et d'autres sont saillantes sur l'épiderme de recouvrement.

V.-L. rapproche et distingue le fait de la keratosis spinulosa habituelle ; il rappelle les observations antérieures de kyperkeratosis follicularis punctata et striata de Hebra, etc. (photographies). Ch. Audry.

Keratosis follicularius.

Keratosis follicularis spinulosa, par C. Coppolino. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 811.

Une observation. Ch. Audry.

Lèpre.

Sur la culture et la morphologie du microbe de la lèpre et la transmission de la lèpre au singe (Ueber die Kultivierbarkeit und Morphologie des Lepraerregers und die Ubertragung der Lepra auf Affen), par J. Runstierna. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 116, p. 480.

R. rappelle les travaux antérieurs sur l'une et l'autre question, et en particulier les travaux récents de l'Américain Duval. Lui-même a utilisé un milieu de culture complexe : cerveau humain, bouillon de viande, glycérine, sucre, additionnée de liquide d'ascite.

Voici ses conclusions :

En partant du sang et d'un léprome d'un seul malade, il a obtenu sur ses milieux liquides des micro-organismes les uns acidophiles, les autres non. Les non acido-résistants se sont présentés sous des formes variées : en forme de streptocoques, en partant du sang ; en forme de microbes diphtéroïdes en partant du léprome. Quant aux acido-résistants ils répondaient au bacille de la lèpre habituelle ; quelques-uns prenaient le Gram.

En traitant les cultures mixtes par l'antiformine, il est parvenu à obtenir des cultures pures de bacilles acidophiles. Ceux qui venaient du sang ont persisté 4 générations, toujours acidophiles ; ceux du léprome, 2 générations. A côté, on voyait survenir d'autres formes microbiennes, calciformes, acidophiles ou non. D'autre part une culture de sang qui avait fourni un streptocoque non acido-résistant montra bientôt d'autres cocci acido-résistants. Avec l'émulsion du léprome, il a obtenu sur un macaque une ulcération du nez, des lèvres, de la bouche dans les tissus de laquelle on trouvait des bacilles acido-résistants, etc.

Un second macaque inoculé avec le même léprome mourut avec des foyers caséeux multiples qui, inoculés à 5 cobayes, y reproduisirent les mêmes accidents. L'inoculation à un macaque d'une culture pure acido-résistante provenant du sang a déterminé des taches cutanées, et plus tard la mort de l'animal avec des caséifications multiples.

Un macaque inoculé avec la culture de streptocoques venant du léprome a présenté des bulles et l'animal est mort avec des foyers caséeux où l'on a trouvé des bacilles acido-résistants, intracellulaires ou non.

Enfin, pour R., le microorganisme de la lèpre est tout à fait polymorphe: formes streptococciques, diplococciques, non acido-résistantes, diphtéroïdes, appartiennent à un champignon mycélien plus élevé, qui affecte en d'autres circonstances la forme classique acido-résistante. Il est très proche du bacille tuberculeux. On peut infecter des cobayes avec les bacilles de la lèpre. Ch. Audry.

Lupus.

Sur l'emploi de l'opération de Payr dans le traitement du lupus de la face (Bericht über die Anwendung der Payr'schen Operation Gesichtslupus), par J. Fabry. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 105, p. 996.

F., qui a appliqué au visage la méthode opératoire recommandée par Payr pour le lupus des extrémités, a pu se rendre compte de l'extrême fréquence des récidives. L'opération de Payr (décollement (unterminürung)

des lambeaux cutanés et tuberculeux) donne des résultats qui soit immédiatement, soit tardivement sont inférieurs à ceux qu'on obtient par l'extirpation totale et les greffes. Ch. Audry.

Morve.

Morve chronique de la peau et des articulations (Zur Kenntnis der chronischen Rotzes der Haut und der Gelenke), par O. Stein. *Archiv für Dermatologie uud Syphilis,* 1913, t. 116, p. 804.

Un homme de 23 ans, de Salonique, présente depuis plusieurs mois des ulcérations chroniques disséminées sur les jambes, à bords décollés, fistules ; périostite du tibia ; arthrite aiguë du genou droit, etc.

Pas de lésions des muqueuses naso-pharyngo-buccale, mort, à l'autopsie : foie et rate amyloïde ; ostéomyélite du tibia droit, arthrites suppurées des deux genoux, etc.

Les recherches faites sur le pus permirent d'isoler le bacille de la morve.

En résumé, morve chronique ayant respecté les viscères et les muqueuses pour frapper la peau et les système ostéo-articulaire.

D'après les expériences faites sur les animaux. il s'agissait d'une variété arthrotrope de bacille de la morve. Ch. Audry.

Nævus.

Rétrocession spontanée d'un nævus verruqueux unilatéral (Spontane Rückbildung eines nævus verrucosus uniuslateris), par Bettmann. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. XX, n° 6, p. 473.

Un nouveau-né du 1er décembre 1912 présentait sur la moitié gauche du corps de nombreuses lignes parallèles formées de petites élevures verruqueuses, où l'examen histologique montra la structure du nævus verruqueux linéaire. Au huitième jour après la naissance, la lésion persistait avec un aspect corné un peu plus accusé. 6 semaines après la naissance, toutes ces lésions avaient disparu sans traitement.

B. rappelle quelques cas antérieurs plus ou moins comparables.

Ch. Audry.

Nævus verruqueux linéaire (Nœvus verrucosus linearis), par R. Polland. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. XX, n° 6, p. 499.

Un cas observé chez une fillette de huit ans ; les lésions occupaient la moitié du côté gauche du corps ; la localisation, très typique, présentait de la tête aux pieds les dispositions bien connues dans ces cas (front, menton, ventre, bras, fesses, etc.) : histologiquement hyperplasie papillomateuse de l'épiderme et des sudoripares ; hyperkératose ; absence de poils et de sébacés.

(Une bonne planche.) Ch. Audry.

Psoriasis.

Le psoriasis est-il un symptôme d'infection chronique (tuberculose, syphilis) ? [Ist die Psoriasis ein Symptom chronischen Infektionskrankheiten (Tuberculose, Syphilis) ?]. par W. Schoenfeld. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 33, p. 1446.

S. a voulu vérifier les assertions de Menzer qui considère le psoriasis

comme un syndrome traduisant des infections chroniques en se fondant sur la fréquence des manifestations viscérales et autres chez les psoriasiques, sur le fait que ces malades réagissent aux inoculations vaccinales streptococciques, tuberculiniques, etc. 2 fois sur 23 psoriasiques, S. a vu que tous réagissent à des doses plus ou moins élevées de tuberculine (réaction générale), mais jamais ils ne présentèrent de réaction locale. La dermo-réaction donnait des résultats positifs au niveau des efflorescences, mais non sur la peau saine. Jamais la tuberculine n'exerça d'influence curatrice. Tout cela peut indiquer que ces malades peuvent être tuberculeux par ailleurs, mais ne témoignent pas en faveur de la nature tuberculeuse des psoriasis mêmes. Aucune autre méthode d'exploration (recherche des bacilles. etc.) n'a donné de résultats positifs au point de vue tuberculose.

3 malades sur 23 réagirent à l'inoculation d'un vaccin streptococcique, mais 2 d'entre eux présentaient des suppurations cutanées.

En ce qui touche la syphilis: 5 fois sur 71 psoriasiques on a retrouvé une R. W. positive.

S. conclut que rien ne rend vraisemblable l'hypothèse qui considère le psoriasis non comme une maladie mais comme un syndrome. Rien non plus ne pourrait le rattacher à une infection chronique telle que la tuberculose ou la syphilis. Ch. Audry.

Sur la soi-disant diminution de substance adrénalinique dans le sérum des psoriasiques (Ueber die angebliche adrenalinartiger Substanzen im Serum von Psoriasiskranken), par R. Fischel et P. Parma. *Berliner klinische Wochenschrift,* 30 juin 1913, n° 26, p. 1213.

De la production du phénomène d'Ehrmann avec le sérum de psoriasique on a cru pouvoir conclure à l'existence dans ce sérum de substances du genre de l'adrénaline.

Mais si l'on reprend la question en suivant la technique de Laewen-Trendelenbourg, on voit que les sérums de non-psoriasiques réagissent comme ceux des psoriasiques ; et qu'il n'existe de ce chef aucune particularité dans le sérum de ces derniers malades. Ch. Audry.

Traitement du psoriasis par le thorium X (Ueber die Behandlung von Psoriasis mit Thorium X), par F. Gudzent et Winckler. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 20, p. 925.

Le thorium X a été employé dans 12 cas de psoriasis ; il a eu une influence favorable évidente dans 7 cas dont un avait résisté à un grand nombre d'autres moyens ; mais les 9 autres n'ont pas été modifiés ; il ne peut donc pas être considéré comme un bon médicament du psoriasis, sauf peut-être dans les cas rebelles aux autres traitements. Ch. Audry.

Purpura.

Traumatisme et purpura, par le Dr G. Thibierge. *Bulletin de la Société de médecine légale de France,* mai 1913.

Le purpura peut, dans des circonstances variées, succéder à des traumatismes, comme suite rapide et immédiate ou comme suite éloignée et indirecte : il peut dans des conditions différentes prolonger la durée de l'inca-

pacité résultant d'un traumatisme, particulièrement d'un accident du travail, le compliquer plus ou moins gravement. Mais il est souvent difficile d'établir la relation entre le purpura et le traumatisme et d'écarter l'idée d'une simple coïncidence. R. LUTEMBACHER.

Séborrhée.

Le diagnostic et le traitement des kératoses séborrhéiques des lèvres (The diagnosis and treatment of seborrheic keratoses of the lips), par R. SUTTON. *The Journ. of the American Med. Assoc.*, 7 juin 1913, p. 1774.

L'auteur étudie successivement toutes les affections spéciales aux lèvres : maladie de Fordyce, cheilitis glandularis apostematosa, cheilitis exfoliativa, l'épithélioma et le chancre des lèvres afin d'en faire distinguer les kératoses séborrhéiques, dont il précise le diagnostic différentiel et indique le pronostic et le traitement. S. FERNET.

Sporotrichose.

Un cas de sporotrichose (Ein Fall von Sporotrichosis), par H. HECHT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 116, p. 846.

Le premier cas observé en Bohême, confirmé par la culture, l'intradermo-réaction, la déviation du complément et l'éosinophilie sanguine.

Le traitement vaccinal a influencé favorablement la maladie ; mais trop court, ce traitement n'a pas empêché la récidive. Ch. AUDRY.

Tatouage.

Érysipèle et tatouage (Erysipel und Tätowierung), par E. SEHRWALD. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 18, p. 976.

Un érysipèle violent partit d'un furoncle de la nuque pour s'étendre sur le dos, les épaules, les bras. L'inflammation acquit une intensité extrême au niveau des parties rouges des tatouages bleus et rouges qui s'y trouvaient disséminés, elle y persista plus longtemps, tandis que les parties bleues sortaient à peu près indemnes d'accidents.

Faut-il en conclure que la couleur rouge appelle les streptocoques, cela ne paraît pas probable ; ce serait plutôt le bleu qui aurait une action protectrice en ce sens que le filtrage des rayons bleus exercerait une action différente de celle des rayons rouges. On pourrait aussi croire que les matières qui servent à tatouer jouent un rôle chimique ; mais en réalité il y a une autre hypothèse qui paraît préférable à S. ; les grains de cinabre étant plus gros que les grains charbons, les fentes lymphatiques où ils pénétrent sont plus dilatées, et c'est à cause de cette disposition anatomo-pathologique que les streptocoques seraient plus nombreux et plus actifs auprès du rouge. Ch. AUDRY.

Thérapeutique.

De l'emploi abusif des rayons X dans le traitement des affections cutanées (The abuse of the X-Rays in the treatement of skin affections), par F. BOWEN. *The Boston Med. and Surgical Journ.*, 8 mai 1913, p. 682.

Un grand nombre de lésions cutanées défigurantes résultent de l'emploi

abusif ou inutile des rayons X. Tels un eczéma squameux, un lanugo, une verrue, etc., qui (plus ou moins guéris) laissèrent persister de l'érythème, de l'atrophie cutanée avec télangiectasies, des sclérodermies, des alopécies. Le traitement par les rayons X devrait, par conséquent, être pratiqué uniquement sur l'indication des médecins spécialistes et par des radiologistes compétents. S. Fernet.

Le mésothorium en dermatologie (Das Mesothorium in der Dermatologie), par E. Kutznicky. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 423.

K. a employé des capsules contenant au plus 20 milligrammes de mesothorium ; cette substance peut être mise à côté du radium, et dans certains cas, agit préférablement.

Pour l'appliquer, on met la capsule de mesothorium en contact avec les zones de peau que l'on veut irradier et on les maintient par des bandes d'emplâtre. K. ne filtre pas les rayons. La série d'application est d'autant plus prolongée que la quantité de mesothorium est moindre, et que la dermatose comporte des lésions plus profondes. La série d'application varie de 20 minutes à 2 heures. La réaction inflammatoire se manifeste après un ou deux jours (rougeurs, croûtes, etc.). Sur 24 cas de carcinose cutanée il a obtenu 19 guérisons (dont 13 après une seule application). Ces résultats ont été excellents aussi en cas d'angiomes isolés ; son action est irrégulière contre les nævi pigmentaires.

En cas de lupus vulgaire, le résultat n'est pas brillant ; mais il est excellent contre le lupus érythémateux (1 milligramme de mesothorium coûte 150 marks). Ch. Audry.

Traitement des tumeurs superficielles par le bromure de radium pur (Treatment of superficiel new growths by pure radium bromid), par Williams et Ellsworth. *The Journ. of the American Med. Assoc.,* 31 mai 1913, p. 1694.

Les auteurs reconnaissent une grande efficacité au radium dans le traitement des tumeurs peu volumineuses et superficielles et insistent sur la commodité de son emploi dans les affections des paupières où l'exérèse chirurgicale est dangereuse. Ils conseillent d'appliquer le radium avant de recourir aux procédés chirurgicaux. On fait de 3 à 10 applications. L'amélioration se manifeste après 2-3 séances. Le radium a une action analgésique. Le plus grand succès du radium est dans le traitement des chéloïdes dont il constitue le seul traitement efficace. S. Fernet.

Sur le traitement par l'air sec des dermatoses prurigineuses et suintantes (Ueber die Trockenluftbehandlung von näsänden und juckenden Dermatosen), par E. Wagner-Kratge. *Dermatologisches Centralblatt,* 1913, n° 10, p. 291.

Avec l'appareil de Küttner, on a dirigé un courant d'air sec stérilisé sur des ulcères de jambes, des placards d'eczémas, etc. Séances quotidiennes d'une demi-heure. Résultats généralement bons, surtout en cas de dermatoses prurigineuses. Ch. Audry.

REVUE DES LIVRES

Compendium de Röntgen-Therapie (irradiations superficielles et profondes) [Kompendium der Röntgen-Therapie (oberflächichen und Tiefenbestrahlung)], par H.-E. Schmidt. Berlin, 1913.

Troisième édition d'un excellent petit manuel auquel on ne peut que renvoyer le lecteur, parce qu'il ne supporte pas d'analyse. Ch. Audry.

Sur la polymyosite aiguë (Ueber Polymyositis acuta), par H. Rotky. Berlin, 1912.

La polymyosite aiguë s'accompagne de symptômes cutanés assez importants pour avoir parfois mérité le nom de dermatomyosite aiguë. C'est à ce titre qu'on analyse ici le travail de R. Celui-ci a pour point de départ l'observation d'une femme de 33 ans dont la maladie a débuté six semaines avant son entrée à la clinique de Jacksch, pas de douleurs dans les membres et de la fièvre, de la céphalée, etc. Les muscles du cou et des membres supérieurs sont épaissis et indurés, très douloureux ; la peau est pâle, la face gonflée, les jarrets très douloureux. Ces accidents se généralisent presque complètement, la peau se pigmente, le cœur faiblit et le malade succomba après 10 semaines de maladie.

Nous ne donnons pas l'analyse de l'autopsie et de l'examen des muscles qui n'intéressent pas ces *Annales*.

Essentiellement il s'agit d'un processus inflammatoire des muscles qui n'aboutit pas à la suppuration.

Un chapitre rapide résume les données actuelles sur l'étiologie, qui reste inconnue.

Souvent on a mentionné d'importants symptômes cutanés : érythème, taches rouges, urticaire, exanthème en forme d'érythème noueux, de psoriasis, hémorragie, herpès, purpura, pigmentation.

Tous les muscles peuvent être pris. Il y a de la fièvre, des frissons : la rate est parfois augmentée, les poumons sont souvent atteints, probablement à cause des localisations sur les muscles respiratoires. Myocardite, etc.

Le diagnostic est à faire d'avec la trichinose ; il est parfois difficile (présence d'altérations cutanées, absence de troubles intestinaux).

L'évolution est variable, de 10 jours à 2 ans. Le pronostic est très grave. Le traitement reste symptomatique et généralement assez varié. Ch. Audry.

Précis de dermatologie (Grundriss der Dermatologie), de J. Darier, traduit par K. Zwick, avec remarques et additions de J. Jadassohn. Berlin, 1913. J. Springer, éditeur.

Les lecteurs français connaissent le Précis de Dermatologie, de J. Darier et il est inutile de faire l'éloge de ce livre rapidement et justement classique parmi nous. Le volume dont il s'agit ici n'est pas une simple introduction de cet excellent ouvrage ; il est autre, et en un certain sens, il est amélioré. Tout le monde sait que la dermatologie a considérablement bénéficié de la pénétration internationale dont Besnier et Doyon ont fourni jadis un si beau modèle, lorsqu'ils ont fait paraître l'édition française des

leçons allemandes de Kaposi, édition française qui devint presque aussi répandue et rendit autant de services en Allemagne même qu'en France. Dans des dimensions un peu moins étendues, mais avec autant d'à-propos et de richesse, l'édition allemande de J. Darier rendra des services de même ordre, en offrant un exposé pour ainsi dire universel de nos connaissances dermatologiques, non pas élémentaires, mais fondamentales.

Au texte français, et dans ce texte même, Jadassohn a intercalé un grand nombre d'additions et de remarques courtes et précises qui ne contredisent pas le sens original, mais qui y ajoutent les acquisitions les plus récentes ; d'autres indiquent avec la netteté et la clarté nécessaires les points de vue différents, les résultats différents auxquels Jadassohn lui-même, et l'école allemande en général, sont arrivés. Cette intervention était presque nécessaire pour fixer bien des points d'une nomenclature dont on connaît l'importance et la fâcheuse complexité.

Pour réussir dans une pareille tâche, il fallait non pas seulement l'érudition et l'expérience, mais encore la générosité d'esprit, la rigueur et la clarté qui ne sont pas les moindres qualités de l'illustre collaborateur de J. Darier. Mais il n'a assurément perdu ni sa peine, ni son temps, si son but a été de réaliser un ouvrage dont la présence est nécessaire dans toutes les mains.

Je n'ai pas eu le loisir de comparer ligne par ligne la traduction de M. Zwick au texte de Darier ; mais elle m'a paru intelligente et sûre, et ce n'est pas un mince honneur pour un dermatologiste débutant que d'inscrire son nom en tête d'un livre, entre ceux de Darier et de Jadassohn.

Ch. Audry.

Les névroses vaso-motrices et trophiques (Die vasomotorische trophischen neurosen), par R. Cassirer. Berlin, 1913. Karger, éd.

Le titre de ce volume, qui compte près de mille pages et un grand nombre de planches hors texte, ne laisse que difficilement deviner l'intérêt considérable qu'il présente pour les Dermatologistes. Peut-être est-il la cause du peu de diffusion qu'en a reçue en France une première édition, parue il y a 12 ans ; du reste ce gros volume en diffère énormément, et offre pour nous des ressources beaucoup plus précieuses que la première.

On pense bien que je n'ai pas la prétention d'analyser ici et de critiquer en quelques lignes un pareil travail. Mais il faut en faire connaître l'existence au lecteur, et surtout lui donner une idée des renseignements pratiques qu'il trouvera dans cette petite encyclopédie consacrée à une série de questions très controversées, très difficiles et pour l'étude desquelles le travail énorme de Cassirer fournira pendant longtemps un point de départ à peu près nécessaire.

Le premier chapitre constitue une introduction anatomique et physiologique ; il expose, et en détails suffisants, l'anatomie et la physiologie des voies et des centres vaso-moteurs, puis celles des voies et des centres sécrétoires, et enfin, très longuement, les fonctions trophiques du système nerveux. Les autres chapitres du livre forment autant de monographies qui ont successivement pour objet : les acroparesthésies, l'érythromélalgie, la maladie de Raynaud, l'acroasphyxie chronique, la sclérodermie, l'œdème aigu circonscrit, les gangrènes cutanées multiples neurotiques.

Sur bien des points le lecteur français trouvera réunis des renseignements qu'il lui serait impossible de se procurer sans des recherches pénibles. Je n'ai pas honte d'avouer que, pour ma part, j'y ai appris beaucoup.

Une bibliographie d'une centaine de pages complète l'ouvrage auquel on pourrait peut-être adresser un reproche, celui de manquer d'une table alphabétique ; il est vrai que la disposition alphabétique des indications bibliographiques y remédie dans une assez large mesure.

Cassirer achève son livre par des conclusions générales dont je vais donner une brève analyse : Les syndromes étudiés dans ce travail ont un grand nombre de caractères communs, soit dans leur manière d'être, soit dans leurs localisations. Au centre du syndrome se trouvent les troubles vaso-moteurs, autour desquels se groupent les manifestations sensitives, sécrétoires et trophiques.

Parmi les accidents *vaso-moteurs,* on distingue la syncope locale, l'asphyxie locale, l'hyperémie locale ; les accidents *sensitifs* consistent principalement en paresthésies et douleurs ; les thermoparesthésies sont spécialement fréquentes, bien plus que l'anesthésie, qui est rare, et que l'hyperesthésie.

Les symptomes *sécrétoires* comprennent l'anhidrose et l'hyperhidrose. Comme accidents *trophiques,* il faut relever la gangrène, le développement hypertrophique, les altérations scléromatiques. En général, les phénomènes morbides ont pour théâtre les extrémités du corps. Elles sont donc souvent symétriques et mal circonscrites.

Généralement les syndromes ont une évolution chronique avec des rémissions typiques, et ne progressent pas.

Le sexe féminin y est un peu plus exposé. L'état nerveux, héréditaire surtout, des sujets constitue une prédisposition active.

Très souvent, les contours des syndromes sont mal tracés, et ils se confondent entre eux ; mais il peut aussi y avoir un antagonisme comme celui qui existe entre la maladie de Raynaud et l'érythromélalgie.

Le complexus symptomatique le plus riche est celui de Raynaud ; la transition se fait facilement de cette maladie à la sclérodactylie et de là à la sclérodermie et à ses diverses variétés.

Les symptômes vaso-moteurs, en forme d'hyperémie. rapprochent l'érythromélalgie de la maladie de Raynaud.

Il faut du reste remarquer qu'avec le temps, ce syndrome de Raynaud prend un caractère de continuité symptomatique, et alors s'affirment les accidents dystrophiques.

Il est plus difficile de rapprocher de ce syndrome l'ensemble des œdèmes aigus circonscrits. Mais l'assimilation se fait en considérant de préférence les accidents de la nutrition générale, les anomalies du système végétatif (hémoglobinurie, tachycardie, etc...). C'est aux symptômes vaso-moteurs qu'appartient le premier rang ; le plus souvent il s'agit de phénomènes irritatifs. et non paralytiques. Les lésions trophiques sont étroitement unies aux vaso-moteurs. Souvent, elles sont dues à un trouble des réflexes qui s'opèrent par la voie sensitive sur les vaso-moteurs.

Quant aux causes premières, elles sont extrêmement nombreuses et variées : traumatismes, psychopathies, etc...

Il faut voir dans le syndrome de Raynaud une maladie qui frappe tout

l'appareil vaso-moteur, y compris le végétatif; on n'en connaît pas encore la véritable origine.

Mais tous ces édifices morbides se construisent sur un système nerveux débilité d'une manière congénitale ou acquise.

De toutes les maladies nerveuses définies, c'est la gliose médullaire qui se rapprocherait le mieux par ses apparences cliniques.

A un point de vue très précis, dit Cassirer, les acro-paresthésies, la névrose vaso-motrice de Nothnagel, l'érythromélalgie, la maladie de Raynaud, l'acro-asphyxie chronique, la sclérodermie et l'hémiatrophie de la face, l'œdème aigu circonscrit et les gangrènes cutanées, multiples, neurotiques peuvent dans nombre de cas être envisagés comme des syndromes identi-

Ch. Audry.

Les maladies sexuelles (Die Geschlechtskrankheiten), par E. Finger. 2e édition, considérablement augmentée et améliorée. Leipzig et Vienne, Franz Deuticke, éditeur.

Entre la première édition du manuel de Finger, édition parue en 1885, et cette dernière, datée du 25 décembre 1912, il existe de telles différences qu'on aurait peine à reconnaître l'ouvrage initial dans le volume récent. Celui-ci a singulièrement profité des 28 années d'expérience acquise par l'auteur; car un bon manuel est le résumé d'une longue carrière, et non un essai de début. Tel qu'il est maintenant, le livre de Finger est excellent à tous points; il est non seulement clair, précis et informé, il est proportionné dans ses parties, et répond à son objet qui est l'enseignement et la démonstration élémentaire. Il possède enfin cette qualité primordiale qui est: l'autorité.

Si l'on considère en outre que F. y a reposé avec une lucidité parfaite, les acquisitions récentes de la syphiligraphie, on n'aura pas de peine à voir un modèle du genre.

Il offre d'ailleurs pour le lecteur français un intérêt particulièrement instructif en ce sens qu'il représente la syphiligraphie «allemande»; il y a donc là pour nous beaucoup d'informations très utiles et qui ne nous sont pas toujours assez familières.

Il nous est naturellement facile de le compléter en y ajoutant des notions classiques de notre école nationale.

Nous pouvons donc en recommander vivement la lecture, une lecture non seulement tout à fait utile, mais encore *agréable*. J'espère que je ne blesserai personne en observant que ce dernier éloge n'est pas toujours de ceux que l'on peut accorder aux ouvrages, par ailleurs souvent très remarquables, qui sont écrits en langue allemande. Ch. Audry.

Sur le sérodiagnostic de la syphilis (Über die Serodiagnose der Syphilis, ihr Wesen, ihre Technik und ihre praktische Bedeutung), par A. Sauer. *Der Sammlung*... dirigé par Jadassohn. Halle, 1912.

Bon exposé élémentaire avec une figuration schématique utile aux élèves.

Ch. Audry.

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉTATS ÉLÉPHANTIASIFORMES DE L'OREILLE

par **L. Brocq.**

I

Au début de cette étude il convient de préciser la nature que nous allons analyser.

On sait qu'à l'heure actuelle le terme *éléphantiasis* ne désigner un syndrome qui peut être la résultante d'affections fort Voici la définition qu'en ont donnée E. Besnier, A. Doyon et Do nici: « Hypertrophie régionale chronique à marche extensive et progressive liée: 1° à la réaction inflammatoire de l'appareil conjonctivo u-laire sanguin et lymphatique, déterminant les œdèmes à séros tanément coagulable, l'hyperplasie du tissu collagène, la multi cellulaire, 2° à des transsudats séreux simples d'origine mécan

Cette définition élimine du cadre des éléphantiasis toute une d'hypertrophies régionales chroniques à marche progressive qui les simulent objectivement d'une manière grossière, et qui comprennen « 1° les néoplasies à types de tumeurs bénignes ou malignes non in matoires; 2° les néoplasies provoquées par des infections spécifi qui déterminent des hétéroplasies de types particuliers (gomme plasmomes syphilitiques, tubercules dus au bacille de Koch, lépromes, acnés hypertrophiques, etc...) 3° les hypertrophies provoquées par des œdèmes simples non inflammatoires » (Dominici: article Éléphantia et États éléphantiasiques; *Pratique dermatologique,* t. II, p. 357)

D'après E. Besnier et Dominici on pourrait ranger dans les élé tiasis deux groupes de faits:

1° Ceux dans lesquels le syndrome clinique se développe d'emb chez un sujet en apparence sain sans affectation antérieure appréciab ce sont les éléphantiasis proprement dits qui se divisent en deux gr des variétés: *a*) ceux qui reconnaissent pour cause la filariose, *b*) qui ne reconnaissent pas pour cause la filariose, et qui dépend d'une infection microbienne quelconque, en particulier de la strep coccie (Sabouraud), soit d'auto-intoxications ou d'états anormau systèmes nerveux et circulatoires: « il semble que l'on doive admettre que toute infection de nature quelconque et d'origine exogène ou endogène, doit pouvoir, surtout lorsqu'elle est associée à la stase sanguine ou lymphatique, produire un éléphantiasis » (Froment et Jambon, *Société médicale des hôpitaux,* 29 juillet 1904).

2° Ceux dans lesquels le syndrome se développe sur une affection préexistante qu'elle vient modifier et compliquer : c'est ce que E. Besnier a désigné sous le nom d'*états éléphantiasiques*. Or voici, d'après les auteurs classiques, quelles sont les principales conditions pathogéniques dans lesquelles se développent ces états éléphantiasiques : *a*) États éléphantiasiques secondaires à un obstacle à la circulation de la lymphe soit que les troncs lymphatiques soient comprimés par une tumeur ou par une dégénérescence des ganglions lymphatiques, soit que le cours de la lymphe soit gêné par une simple altération des parois des vaisseaux ; *b*) États éléphantiasiques secondaires à un obstacle de la circulation veineuse, que cet obstacle soit périphérique comme dans les varices ou les phlébites, ou central comme dans les affections cardiaques ; *c*) États éléphantiasiques mixtes secondaires à des obstacles à la circulation lymphatique et veineuse ; *d*) États éléphantiasiques secondaires à des ulcérations ou à des néoplasies.

On le voit donc, à côté des éléphantiasis vrais proprement dits, il y a une quantité considérable de processus morbides qui peuvent arriver à simuler ces éléphantiasis, mais nous pensons qu'il ne faut pas rendre trop banale cette expression d'*états éléphantiasiques* et l'attribuer à tous les cas dans lesquels on voit une lésion quelconque se compliquer d'un peu d'œdème avec une légère infiltration des téguments et de l'hypoderme. Pour qu'il y ait « *état éléphantiasique* » il faut qu'il y ait l'aspect clinique et l'évolution du syndrome éléphantiasis.

Or, à côté de ces états éléphantiasiques, il y a des formes morbides qui prennent par périodes l'aspect objectif de l'éléphantiasis, qui le simulent alors à un tel point qu'un médecin non prévenu, ne connaissant pas l'histoire de la maladie, pourrait à première vue porter le diagnostic d'éléphantiasis, et cependant elles n'ont nullement l'évolution de ce syndrome, et, après avoir duré pendant quelque temps, elles finissent par disparaître en quelque sorte spontanément. Nous croyons qu'on pourrait leur attribuer l'épithète d'*éléphantiasiformes* et c'est sur elles que nous voudrions appeler aujourd'hui l'attention des dermatologistes.

II

Les faits que nous étudions dans cet article nous paraissent être de deux ordres :

A. *Dans un premier groupe* il s'agit de personnes qui, sans lésions cutanées antérieures notables, ou tout au moins sans lésions cutanées antérieures nettement perceptibles, sont prises brusquement aux oreilles, plus souvent aux deux, parfois à une seule, d'œdème rouge, congestif, avec tuméfaction et tension de tout le pavillon. Après un laps

de temps variable, la rougeur s'atténue, la tuméfaction diminue et tout rentre dans l'ordre ; mais dans la majorité des cas de nouvelles poussées se produisent à des intervalles variables. Ces faits sont rares : ils peuvent à la rigueur être considérés comme étant des poussées érysipélatoïdes de début d'un éléphantiasis nostras ; on peut aussi les faire rentrer dans les formes inflammatoires des œdèmes aigus circonscrits, et les considérer comme se reliant aux poussées congestives d'origine interne que présentent parfois les sujets auxquels on donnait autrefois le nom d'arthritiques nerveux.

B. *Dans un deuxième groupe de faits,* il s'agit de personnes qui ont depuis un laps de temps plus ou moins long des symptômes de ces dermatoses encore assez mal définies, du moins pour la grande masse des dermatologistes, auxquelles on a, après Unna, donné le nom d'eczéma séborrhéique, et dont nous avons repris l'étude en essayant d'y apporter plus de précision objective. Ce sont nos *parakératoses psoriasiformes* ; et, parmi elles, c'est surtout la variété à laquelle nous avons donné le nom de *parakératose psoriasiforme eczématisée* ou ayant de la tendance à l'eczématisation, variété à laquelle on pourrait vraiment aussi réserver le nom d'*eczéma séborrhéique psoriasiforme,* qui nous paraît pouvoir aboutir aux états morbides dont nous parlons. Peu à peu, plus ou moins vite selon les cas, sous l'influence de poussées fluxionnaires qui revêtent parfois une telle intensité qu'elles simulent l'érysipèle, les pavillons des oreilles se tuméfient, et dès lors les phénomènes morbides revêtent la physionomie objective de l'éléphantiasis et de ses poussées inflammatoires.

Telles sont les deux catégories de faits dont nous allons donner une rapide description.

III

A. *Premier groupe de faits.* — Nous ne les avons malheureusement observés qu'en ville sans pouvoir les analyser et les étudier comme il aurait fallu le faire ; mais ils nous ont démontré que l'on peut voir se produire du côté des oreilles des sortes d'œdèmes inflammatoires primitifs qui semblent être complètement distincts des processus érysipélateux vrais.

Observations.

Obs. I. — En 1892 nous avons été consultés par un homme de 40 ans environ, ancien syphilitique, ancien palustre, rhumatisant, qui depuis plusieurs mois avait les deux pavillons des oreilles d'un rouge intense un peu violacé, très tuméfiés, d'une consistance presque élastique, quoique un peu plus molle au toucher que le cartilage. Cet état s'était produit en fort peu de temps sans cause appréciable et avait constamment persisté depuis avec des sortes de poussées congestives successives pendant lesquelles le malade

ressentait des sensations peu intenses de cuisson et de tension : ces poussées survenaient sans cause appréciable. Il avait déjà vu la plupart des grands dermatologistes de l'époque qui avaient porté les uns le diagnostic d'accidents syphilitiques, les autres celui d'éléphantiasis. L'iodure de potassium et le traitement mixte par l'iodure et le mercure étaient restés sans effets. Les cultures n'avaient permis de déceler la présence d'aucun microbe pathogène. La quinine à haute dose ne produisait que peu d'effets. Enfin rien ne permettait de supposer qu'il pût s'agir d'une manifestation lépreuse. Nous considérâmes ces lésions comme des sortes d'œdèmes inflammatoires se reliant sans doute à l'arthritisme, et nous instituâmes un traitement par l'électrolyse qui donna des résultats favorables.

Obs. II. — En 1893, nous fûmes consultés par une femme de 42 ans qui avait été prise 15 jours auparavant, subitement, sans cause appréciable, d'une sensation de chaleur très forte à l'oreille droite, puis peu à peu de gonflement et d'une rougeur intense du pavillon de cet organe : les téguments de la région mastoïdienne tout près de l'oreille étaient également un peu envahis. En 48 heures la tuméfaction devint extrême, la rougeur intense ; la malade éprouvait des douleurs névralgiques dans la tête au voisinage de l'oreille. Au bout de 3 ou 4 jours il y eut un peu d'accalmie, puis brusquement, sans cause appréciable, huit jours après l'oreille droite, l'oreille gauche se prit de la même manière.

Quand nous la vîmes, les deux oreilles semblaient être le siège d'un érysipèle des plus accentués : les deux pavillons étaient très tuméfiés, d'un rouge vif ; leur température locale était beaucoup plus élevée que celle des régions voisines : ils étaient fort sensibles au toucher : il n'y avait pas le moindre suintement. Les pavillons dans leur totalité étaient envahis ; le sillon rétroauriculaire et la partie voisine de la région mastoïdienne étaient un peu intéressés. Il n'y avait pas de fièvre. La malade ne présentait aucun antécédent héréditaire notable : comme antécédents personnels on ne trouvait qu'une maladie du foie. Elle était fort nerveuse et très sédentaire. Ces manifestations morbides s'atténuèrent peu à peu et finirent par disparaître graduellement au bout de plusieurs semaines.

Obs. III. — En 1894, nous fûmes consultés par une femme de 38 ans, issue d'une famille de goutteux avérés. Brusquement elle avait vu survenir quelques mois auparavant une tuméfaction des plus accentuées des oreilles qui étaient devenues d'un rouge vif. Il y avait eu au début un léger mouvement fébrile : au bout de 10 jours les oreilles avaient repris peu à peu leur volume normal. Au moment où nous la vîmes elle venait d'être reprise de la même manière pour la deuxième fois. L'avant-veille elle avait éprouvé des malaises, un peu de fièvre, et elle avait ressenti du côté des pavillons des deux oreilles une sensation de tension, de chaleur et d'ardeur ; rapidement ces parties étaient devenues d'un rouge vif, tuméfiées, tendues, luisantes. Lors de notre examen elles donnaient l'impression de tissus envahis par un érysipèle : il n'y avait ni vésicules, ni suintement ; mais la malade n'avait pas de fièvre, pas de malaise ; elle éprouvait seulement un peu de chaleur et de gêne vers les régions atteintes. Les jours suivants les phénomènes s'atténuèrent peu à peu et au bout de huit jours tout était revenu à l'état normal.

Obs. IV. — En 1889 nous fûmes consultés par une femme de 43 ans qui en 1888 avait déjà vu le pavillon de l'oreille gauche se tuméfier et rougir d'une manière extraordinaire : en 15 jours tout disparut avec des lotions d'eau de guimauve et des cataplasmes de fécule de pomme de terre. Quand elle vint nous trouver, elle était malade de nouveau depuis 15 jours : la tuméfaction de l'oreille gauche avait débuté d'une manière assez brusque et elle persistait depuis lors sans modifications. Le pavillon était d'un rouge vif ; il était très augmenté de volume surtout vers le lobule ; il donnait au toucher une sensation d'induration quasi cartilagineuse : c'était en somme un œdème dur d'un rouge vif avec forte infiltration des téguments. Il n'y avait ni vésicules ni suintement. Il n'y avait pas de fièvre.

Réflexions. — Il est vraiment difficile de ranger les cas qui précèdent purement et simplement dans les érysipèles. L'absence totale ou presque totale de fièvre, le bon état général des malades, l'exacte limitation des lésions au pavillon de l'oreille, la bilatéralité et la symétrie des accidents cutanés (dans certains cas les deux pavillons étant atteints alors que le reste de la face était indemne), la longue durée des phénomènes morbides, tout cet ensemble de faits ne permet guère de considérer ces tuméfactions érythémateuses comme étant de simples conséquences d'une streptococcie. On est invinciblement porté à les ranger à côté des œdèmes rosés circonscrits et des œdèmes phlegmoneux. On sait en effet que parfois dans la maladie de Quincke les œdèmes circonscrits ont une teinte rosée plus ou moins foncée par suite de la vasodilatation des vaisseaux sanguins. On sait aussi que de nombreux auteurs (Guyon et Kirmisson, A. Mathieu et J. Weil, H. Cœur, etc., etc.) ont décrit des œdèmes qu'ils considèrent comme étant de nature rhumatismale et dans lesquels les phénomènes de rougeur, de tension des téguments sont tellement accentués qu'on leur a donné le nom de pseudo-phlegmons.

C'est invinciblement dans cette catégorie que l'on est tenté de ranger les faits précédents.

Voici ce que nous écrivions à ce sujet en 1892. « Entre l'urticaire vraie d'une part, les œdèmes rhumatismaux vrais plus ou moins persistants, pouvant subir la transformation fibro-lipomateuse et les états éléphantiasiques d'autre part, il existe toute une série de faits dont l'étude d'ensemble s'impose..... Quand on analyse avec soin des faits d'œdème aigu circonscrit dans lesquels il y a une certaine rougeur des téguments et certains phénomènes généraux, fièvre, frisson, céphalalgie, etc... on voit qu'ils constituent comme un premier échelon d'une série complète aboutissant », *comme physionomie clinique,* « aux états éléphantiasiques. »

Nous ne voulons pas aller plus loin dans l'analyse et la discussion de ces faits, car les documents précis nous font défaut. Nous avons attendu jusqu'à ce moment pour attirer sur eux l'attention des derma

tologistes parce que nous espérions toujours pouvoir en observer et en étudier un dans notre service avec toutes les ressources du laboratoire moderne. Cet espoir a été déçu : nous prions nos collègues, s'ils ont la bonne fortune de rencontrer un cas de cet ordre, de compléter et de mettre au point cette ébauche de mémoire.

IV

B. 2e *groupe de faits.* — Comme nous l'avons indiqué plus haut, il s'agit ici de malades atteints depuis plus ou moins longtemps de dermatoses du type dit eczéma séborrhéique psoriasiforme, nos parakératoses psoriasiformes eczématisées, qui voient leurs éruptions changer d'aspect et prendre la physionomie des poussées inflammatoires de l'éléphantiasis.

Ces observations nous ont entraîné (voir plus haut) à nous demander si, à côté des éléphantiasis vrais et des états éléphantiasiques, on ne devrait pas décrire une autre classe de faits dans lesquels les lésions cutanées peuvent prendre pendant un certain laps de temps et dans une certaine mesure l'aspect de l'éléphantiasis, sans en avoir le mode de production et l'évolution : nous leur avons donné le nom d'*états éléphantiasiformes,* c'est-à-dire *simulant comme aspect objectif l'éléphantiasis.*

Ce qui va suivre permettra de mieux comprendre notre pensée.

Au congrès de 1909 à Budapest nous avons, notre ami le Dr Pautrier et nous, fait une communication sur quelques formes anormales de lichénification. Nous y avons mis en relief ce fait important, que nous avions d'ailleurs mentionné depuis longtemps déjà, que, chez certains sujets, en particulier chez les enfants en bas âge, la lichénification peut prendre un développement tellement extraordinaire qu'elle simule de véritables tumeurs, ou pour mieux dire des états éléphantiasiformes circonscrits. Nous avons montré que l'examen histologique de ces lésions prouve qu'elles sont formées d'un tissu conjonctif lâche, infiltré de sérosité, avec cellules conjonctives jeunes, de néoformations et de dilatations vasculaires avec altérations des parois des capillaires sanguins et lymphatiques : on ne peut donc pas ne pas les rapprocher des lésions histologiques des états éléphantiasiques : seule, la constatation de polynucléaires manque pour compléter le tableau. Il semble donc que, sur des peaux particulièrement fines et de structure lâche, le processus de la lichénification, produit par un grattage incessant, détermine la formation non plus seulement d'hyperacanthose et d'infiltrats dermiques, mais encore de véritables états éléphantiasiformes circonscrits se traduisant par ces pseudo-tumeurs cutanées (L. Brocq et Pautrier ; Congrès de Budapest, 1909).

On ne peut pas parler ici d'états éléphantiasiques définis comme

nous l'avons vu plus haut : sous l'influence d'un traitement du prurit approprié au cas particulier, ces lésions tendent en effet à disparaître et les tissus reprennent leur état normal d'une toute autre manière que lorsqu'il s'agit d'obstacles à la circulation veineuse ou lymphatique ou de néoplasies. C'est pour ce motif que nous ne disons pas qu'il s'agit dans ces cas d'états éléphantiasiques, mais de lésions cutanées éléphantiasiformes.

Au conduit auditif on observe assez fréquemment, à la suite de grattages consécutifs à des prurits de cet organe presque toujours avec parakératose psoriasiforme eczématisée (ou eczéma séborrhéique psoriasiforme) concomitante, des lichénifications considérables qui se développent peu à peu sous l'influence des divers traumatismes exercés par le malade, et qui finissent par oblitérer complètement ou presque complètement la lumière du conduit. Ce sont là des faits d'observation banale et que nous ne rappelons que pour mémoire.

Les faits sur lesquels nous allons insister sont un peu différents ; voici sous quelle forme ils se présentent : Après plusieurs poussées éruptives d'eczéma séborrhéique psoriasiforme vrai c'est-à-dire, d'après notre notation de parakératoses psoriasiformes ayant une tendance nette à l'eczématisation, on voit les téguments du conduit auditif, du pavillon de l'oreille, parfois même des régions adjacentes, se tuméfier et s'infiltrer. Après un laps de temps plus ou moins long, les couches superficielles des téguments se modifient ; il ne se forme plus de vésicules eczématiques ; l'épiderme est lisse, tendu, brillant, et il n'y a plus aucun suintement : mais par contre les téguments sont toujours d'un rouge plus ou moins vif, très infiltrés, très épaissis, ayant un aspect vraiment éléphantiasiforme : les conduits auditifs sont, est-il utile de le dire, complètement ou presque complètement oblitérés. Cet état de turgescence de ces régions persiste pendant plus ou moins de temps, pendant plusieurs années dans les observations que nous allons publier, et certes, si l'on n'avait pas suivi les malades, il aurait été impossible à un premier examen de porter un diagnostic exact.

Nous avons déjà rencontré plusieurs de ces faits. Nous en relaterons seulement deux que nous venons d'étudier dans notre clientèle parce qu'ils constituent véritablement des types de cette curieuse complication.

Obs. V. — Mme X..., âgée de 49 ans, vient nous consulter en 1906 pour un eczéma séborrhéique psoriasiforme suintant (parakératose psoriasiforme avec eczématisation) des plis rétro-auriculaires. C'est une femme corpulente, jusqu'alors admirablement bien portante, ayant des antécédents familiaux de goutte, mais n'ayant encore eu aucune manifestation morbide. Elle fait usage de café, de thé, de chocolat, de vin, et mange beaucoup de viande, de poissons et d'œufs : elle ne fait en somme aucune attention à son régime alimentaire. Tous ses organes sont parfaitement sains.

Les plis rétro-auriculaires sont le siège dans toute leur étendue d'une

rougeur intense, assez nettement limitée du côté du pavillon de l'oreille, et de la région mastoïdienne par deux lignes courbes au niveau desquelles le derme est rouge, sec, squameux, un peu tuméfié. Le fond du pli est rouge vif, suintant, criblé de vésicules eczématiques, encombré par places de croûtelles et de débris épidermiques. C'est donc un cas type d'eczéma dit séborrhéique psoriasiforme des plis : c'est notre parakératose psoriasiforme ayant de la tendance à s'eczématiser. On retrouve de la rougeur avec desquamation au niveau des conduits auditifs. Ces lésions sont le siège d'accès de prurit de la plus grande intensité. La malade avoue qu'elle se gratte avec fureur surtout pendant la nuit.

Nous lui conseillons de restreindre l'alimentation carnée, de s'abstenir de café, de thé, d'alcools, de tout aliment pas frais ; nous lui prescrivons de faire tous les deux jours des badigeons avec une solution de nitrate d'argent au 25e, et nous faisons appliquer localement une pâte de zinc ichthyolée au 10e. Sous l'influence de ce traitement, les phénomènes inflammatoires se dissipent peu à peu, et au bout de quinze jours nous nous trouvons en présence de surfaces rouges, non suintantes, çà et là recouvertes de squames et présentant des signes évidents de lichénification. Nous augmentons peu à peu l'énergie des topiques employés ; nous incorporons aux pommades du thigénol, du goudron : nous arrivons même à appliquer pendant la nuit le baume de Baissade, et, au bout de 3 mois environ, il ne reste plus que des vestiges de l'éruption, vestiges consistant en un peu de rougeur et de lichénification au niveau du fond des plis et vers la région mastoïdienne.

Depuis cette époque, Mme X... est venue nous consulter de nombreuses fois tous les 3 ou 4 mois environ pour des rechutes consistant en poussées inflammatoires greffées sur le reliquat que nous avons signalé plus haut et qui n'a jamais disparu. Ces poussées sont toujours localisées aux plis rétro-auriculaires et aux régions adjacentes : parfois elles arrivent à dépasser un peu la limite des cheveux en arrière des oreilles : elles ont la physionomie que nous avons décrite pour la première attaque. Elles coïncident soit avec de nombreux écarts de régime, la malade dès qu'elle se sent mieux reprenant son ancienne manière de vivre, soit avec des troubles de la ménopause qui commencent à se faire sentir.

La situation reste telle que nous venons de le dire jusqu'à la fin d'octobre 1909 : à cette époque les accidents morbides prennent une intensité toute particulière. A la suite de voyages en automobile, peut-être d'écarts de régime, mais surtout de secousses nerveuses et de suspension des règles, il survient une poussée congestive des plus accentuées : en quelques heures les sillons rétro-auriculaires s'enflamment, prennent une teinte d'un rouge foncé et suintent ; la rougeur gagne en arrière toute la région mastoïdienne et envahit le cuir chevelu adjacent dans une étendue de 2 ou 3 centimètres : les pavillons des oreilles dans leur totalité se tuméfient, deviennent d'un rouge vif et se mettent à suinter : leur volume est énorme ; leurs rebords externes et les lobules figurent de véritables tumeurs ; les régions préauriculaires sont également envahies dans une zone de 3 centimètres environ en avant de l'oreille : les tissus y sont nettement tuméfiés et d'un rouge vif. Les paupières sont œdématiées, d'un rouge assez accentué, mais elles ne suintent pas.

La malade éprouve des sensations de tension, d'élancements, au niveau des régions atteintes : elle a l'impression d'avoir une tête extrêmement lourde et volumineuse : par crises se produisent de violentes démangeaisons.

Nous lui prescrivons de ne pas s'exposer au contact de l'air, de garder le repos, de se mettre à une diète d'autant plus sévère qu'il y a un peu d'albumine dans les urines. Nous la mettons pendant 5 jours au régime lacté complet avec grands lavages de l'intestin, puis au régime végétarien absolu. Nous lui donnons de l'extrait d'ovaire. Localement nous appliquons des cataplasmes de fécule de pomme de terre froids ; nous faisons des enveloppements humides, et, quand c'est impossible, nous nous bornons à mettre un peu d'axonge fraîche et de la poudre de talc. La malade boit à jeun entre les repas tantôt de l'eau de Vichy, tantôt de l'eau de Vittel.

Malheureusement cette médication ne produit que peu d'effets.

Nous souvenant alors de ses antécédents goutteux héréditaires et acquis nous lui prescrivons, outre l'extrait d'ovaire, des pilules de quinine, colchique et digitale. Elle prend tous les jours des bains de pieds à l'eau chaude et au gros sel, et elle garde le repos.

Au bout d'un mois cette nouvelle médication a donné quelques résultats. Les paupières sont dégagées ; les oreilles et les régions adjacentes ne suintent plus; mais elles sont toujours très fortement tuméfiées et d'un rouge vif. Nous recommençons alors à faire des applications le soir pour la nuit de pâte d'oxyde de zinc au sapolan, le jour de poudre de talc, parfois de vernis à la caséine renfermant un peu de sapolan, puis peu à peu nous augmentons avec beaucoup de prudence la force de ces topiques et nous y ajoutons un peu d'ichthyol. Quelques applications de laccoderme au goudron calment le prurit.

Nous arrivons ainsi jusqu'au mois de mars 1910. A cette époque, il n'y a plus vestige de suintement, mais les oreilles sont dans leur totalité d'un rouge vif, très augmentées de volume, comme tendues. Le bourrelet externe du pavillon a l'épaisseur du petit doigt, le lobule forme une véritable tumeur ovalaire du volume d'une noix. Les régions adjacentes des joues sont elles aussi d'un rouge vif et épaissies, mais à un moindre degré que le pavillon. L'épiderme superficiel ne présente aucune solution de continuité apparente, aucune vésicule appréciable ; il est lisse, comme un peu vernissé, mais il n'offre pas de desquamations comme dans les périodes dites d'épiderme lisse et de desquamations successives de l'évolution de l'eczéma. Le derme sous-jacent est manifestement œdématié et infiltré : la pression prolongée avec la pulpe du doigt finit par y laisser une cupule caractéristique de l'œdème, mais elle donne en outre une sensation d'infiltration néoformatrice. Par cette pression on diminue notablement la rougeur des téguments, mais on ne la fait pas disparaître en totalité, et il reste une teinte jaunâtre un peu rouge assez accentuée. En un mot l'aspect clinique des lésions est celui d'un tissu éléphantiasique moyennement enflammé.

Nous faisons examiner la malade le 6 mars 1910 par M. le Dr Ayrignac qui trouve une molécule élaborée moyenne volumineuse : 89 ; une grosse imperméabilité rénale, 2,43 ; une diminution considérable des oxydations

azotées, 77 pour 100 au lieu de 86 pour 100; et des oxydations soufrées 72 pour 100 au lieu de 90 pour 100. La malade consomme beaucoup trop d'albumine, 100 grammes par jour, beaucoup trop de graisse, elle présente une rétention considérable de l'eau, des matières minérales et du chlore.

Ces troubles nutritifs sont considérables et peuvent dans une certaine mesure expliquer la persistance des phénomènes morbides. Aussi, d'après les conseils de M. le Dr Ayrignac, soumettons-nous la malade à un régime alimentaire ultra-sévère de goutteux : nous réduisons la quantité d'albumine ingérée dans les 24 heures à 70 grammes, nous réduisons l'apport des matières minérales et du chlore, et nous lui prescrivons comme médicaments du phosphate de soude et du corps thyroïde.

Peu à peu, il se produit une certaine amélioration, mais avec une extrême lenteur. Cependant la malade se sent mieux comme état général à partir d'avril : pendant les mois de mai et de juin, sous l'influence de la médication générale et d'enveloppements humides que l'on fait pendant la nuit, l'infiltration des tissus subit une certaine diminution.

Le 18 juillet, M. le Dr Ayrignac trouve que la molécule élaborée moyenne n'est plus que de 60, le coefficient d'imperméabilité rénale n'est plus que de 1.61 ; la malade ne détruit plus que 68 grammes d'albumine par 24 heures, par contre les oxydations sont toujours faibles : les oxydations azotées ne sont que de 69 ponr 100, les oxydations soufrées de 70 pour 100. Les graisses ont été réduites de 140 grammes en 24 heures à 70 grammes, et on a porté les hydrocarbonés à 350 grammes au lieu de 290. On a donc obtenu une grosse amélioration du côté du rein, mais le côté hépatique, le côté oxydations est toujours mauvais.

On maintient donc le régime et on augmente les médications thyroïdienne et ovarienne.

En août on envoie la malade à la Bourboule où elle fait sur les oreilles des applications de tarlatane imbibée d'eau minérale. Sous l'influence de tous ces traitements, et peut-être aussi de l'évolution naturelle du mal, il se produit en septembre 1910 une réelle détente. La rougeur et le gonflement des pavillons et des conduits auditifs diminuent beaucoup. Cependant en octobre 1910 il survient encore une poussée qui atteint les oreilles, les paupières, les joues et tout le buste. Depuis cette époque, les oreilles sont restées moins enflées, quoique toujours atteintes de parakératose eczématisée. Tous les vingt ou trente jours environ il survient, sous l'influence de causes qu'il est difficile de préciser, des poussées éruptives qui siègent surtout aux paupières, aux joues, aux oreilles, sur la poitrine, en particulier au-dessous des seins et aux aisselles. En quelques heures les téguments prennent une coloration d'un rouge vif, se tuméfient, parfois suintent tout en étant le siège d'atroces démangeaisons; puis la poussée fluxionnaire se calme et il ne reste plus que des lésions de parakératose psoriasiforme à peine eczématisée. Aux paupières notamment on ne trouve dans l'intervalle des crises aiguës presque pas de dermatose fixe.

En décembre 1911 de nouvelles analyses effectuées par M. le Dr Ayrignac permettent de constater que l'imperméabilité rénale est beaucoup moins accentuée, que la malade ne détruit plus que 57 grammes d'albumine dans les 24 heures, mais que les oxydations azotées et soufrées sont encore faibles, qu'il y a des fermentations intestinales, et un gros excès

d'acide urique. A cette date l'état est toujours celui que nous venons de signaler. Sur la joue droite, s'arrêtant vers le cou suivant une ligne à légère convexité inférieure, existe un vaste placard, un peu épaissi, rouge, squameux, presque complètement sec, de parakératose psoriasiforme ; il en existe un autre, mais beaucoup moins accentué à gauche : les oreilles, le dessous des seins, les aisselles sont aussi envahis. Nous lui redonnons du corps thyroïde à doses progressives, du solurol, et nous conseillons de reprendre un régime alimentaire fort sévère. Localement nous prescrivons des pâtes de zinc au goudron de houille, à l'ichthyol et au sapolan.

La malade, enfin convaincue de la nécessité qu'il y a à suivre exactement nos prescriptions diététiques, se met résolument au régime d'épreuve que le Dr Ayrignac lui avait imposé pour faire ses analyses, et ne commet plus d'écarts. Sous l'influence de ce traitement rigoureux, elle voit dans le courant de l'année 1912 disparaître progressivement toutes les manifestations de sa dermatose. En juin les oreilles sont parfaitement souples et débarrassées de toute éruption. Il se produit encore de temps en temps quelques légères tuméfactions des paupières. Mais vers la fin de 1912 la malade nous apprend avec satisfaction qu'elle est complètement indemne. C'est à peine si en 1913 elle a eu quelques légères démangeaisons et des soupçons de poussées éruptives aux paupières. Elle continue toujours son régime alimentaire, et elle prend de temps en temps du corps thyroïde et 8 jours par mois du solurol.

Obs. VI. — Mlle X..., âgée de 60 ans, nous a déjà consultés depuis plusieurs années pour un eczéma rebelle des membres inférieurs. Il s'agissait d'un eczéma vésiculeux chronique avec infiltration des téguments et purpura accentué développé sur des jambes variqueuses, fort prurigineux et lichénifié. La malade était habituée à manger avec excès, abusait de la viande et du vin, était extrêmement nerveuse, surmenée par un travail exagéré et de fortes préoccupations d'affaires. Nous la traitâmes par les médications classiques, et, après des succès partiels et de nombreuses rechutes, nous lui fîmes faire à Bagnères-de-Bigorre pendant trois années successives des cures assez prolongées qui amenèrent enfin une disparition à peu près complète des manifestations eczémateuses des membres inférieurs en 1908.

Ce fut alors, pendant l'hiver 1908-1909 et surtout pendant le printemps 1909, que survinrent les accidents sur lesquels nous voulons attirer l'attention. La malade fut d'abord prise de démangeaisons dans les conduits auditifs ; elle se gratta ; il survint de la rougeur, de la tuméfaction des conduits, un peu de suintement. Puis les sillons rétro-auriculaires furent envahis à leur tour, et la malade présenta une parakératose psoriasiforme eczématisée ou eczéma séborrhéique psoriasiforme des conduits auditifs et des sillons rétroauriculaires. Nous la vîmes à cette période, vers août 1909, et nous lui fîmes les prescriptions classiques : nous lui recommandâmes en particulier de se badigeonner avec des solutions de nitrate d'argent, et d'appliquer des pâtes de zinc renfermant un dixième de Sapolan et de thigénol.

Nous ne savons au juste ce qui se passa vers la fin de 1909 ; ce qui est sûr, c'est qu'il se produisit à cette époque une poussée inflammatoire de la

plus grande intensité avec sensations de tensions, d'élancements et de prurit des plus pénibles. Les pavillons des oreilles se tuméfièrent d'une manière monstrueuse : ils étaient d'un rouge livide, couverts de sérosité, de squames humides, de croûtes : les conduits auditifs s'obstruèrent par accolement hermétique de leurs parois: la malade était presque complètement sourde. Ce pénible état dura pendant quelques semaines. Enfin, grâce à un régime végétarien des plus sérieux, à des enveloppements humides, à des cataplasmes de fécule de pomme de terre mis d'une manière permanente, l'intensité de la réaction inflammatoire s'apaisa quelque peu. Le suintement diminua, puis cessa tout à fait. Les régions mastoïdiennes, temporales, préauriculaires devinrent un peu plus souples ; la rougeur qui avait envahi une partie du cuir chevelu et presque toute la figure se localisa à une zone de 5 centimètres environ de large tout autour de l'insertion du pavillon de l'oreille.

Vers le mois de mars l'éruption avait la circonscription que nous venons de lui décrire. Les tissus étaient d'un rouge intense tirant sur le violet; ils étaient fort tuméfiés ; l'infiltration paraissait presque lardacée, bien qu'une pression prolongée déterminât la formation d'une légère cupule. On éprouvait en les touchant une sensation nette de chaleur. Au niveau des pavillons qui étaient plus que doublés de volume et qui au premier abord donnaient l'impression d'être en état d'éléphantiasis, l'épiderme était lisse, luisant, comme vernissé : on ne voyait ni vésicules, ni croûtes, ni même de squames notables : cependant en le frottant on déterminait l'apparition d'une légère furfuration. Les conduits auditifs étaient complètement oblitérés par la tuméfaction des parois. Au fond des sillons rétroauriculaires, en écartant le pavillon de l'apophyse mastoïde, ce que l'on ne faisait qu'avec beaucoup de peine, on voyait des croûtelles et un peu de suintement, mais partout ailleurs les téguments étaient, comme nous l'avons dit plus haut, parfaitement secs et lisses.

Malgré des applications humides et des pommades calmantes à base de zinc et contenant comme excipient du cold cream, du cérat ou de l'axonge, on n'obtint pendant les mois de mars, avril et mai aucune amélioration. Le laccoderme au goudron de houille ne fit que calmer momentanément certaines sensations de prurit qui avaient persisté : le baume de Baissade donna une poussée.

La malade se décida alors à venir nous consulter à Paris vers la fin de mai. Les pavillons des oreilles étaient énormes, au moins triplés de volume. Le derme y était d'un rouge vif, tuméfié, comme turgescent. L'épiderme était lisse, vernissé : il n'y avait pas de vésicules visibles, pas de squames appréciables ; cependant au fond des plis on voyait un peu de suintement et de magma épidermique. Les conduits auditifs étaient complètement oblitérés par la turgescence des parois, et la malade n'entendait qu'avec beaucoup de peine. Les régions préauriculaires étaient rouges et tuméfiées dans une zone de 3 ou 4 centimètres de large tout autour des pavillons : les régions mastoïdiennes présentaient des lésions analogues. Les paupières étaient rouges et gonflées, mais l'infiltration y était modérée comparativement à celle des oreilles, et elles n'avaient pas l'aspect éléphantiasiforme de ces dernières.

M. le Dr Ayrignac, consulté au point de vue des échanges nutritifs, trouva

une molécule élaborée moyenne égale à 60, un coefficient d'élimination rénale de 1,48, par suite assez bon, mais une énorme diminution des oxydations, 67 pour 100 au lieu de 86 pour 100. Ses conclusions furent qu'étant donné le régime ultra-sévère comme végétarisme auquel cette malade était soumise depuis plusieurs mois, il était probable qu'elle avait dû avoir une forte imperméabilité rénale, car elle avait encore un coefficient d'élimination rénale un peu exagéré. Il conseilla de lui donner un peu plus d'albumine qu'elle n'en prenait, car elle était loin d'en ingérer une dose répondant à ce qu'elle éliminait et par suite elle courait rapidement à la dénutrition ; mais il conserva les grandes lignes de son régime.

En présence de cet état éléphantiasiforme rebelle des pavillons, je lui fis faire par M. le Dr Belot une séance de radiothérapie : 20 jours plus tard on lui en fit une autre en province, et je lui prescrivis des applications émollientes, alternant avec des pâtes au Sapolan. Les deux séances de radiothérapie semblèrent avoir bon effet. Les pavillons et les conduits auditifs diminuèrent graduellement de volume vers la fin de juin et le commencement de juillet, puis la malade alla à la Bourboule : elle y fit des applications de compresses imbibées d'eau minérale. Quand je la revis après cette saison, l'amélioration était réelle : les pavillons avaient beaucoup diminué de volume ; ils étaient encore cependant rouges et tuméfiés.

Cette amélioration ne dura pas longtemps. Dès le mois d'octobre les pavillons avaient repris leur volume des mauvais jours et la rougeur empiétait de nouveau en arrière sur le cuir chevelu, en avant sur les joues. Les poussées congestives continuaient à se produire vers ces régions avec une désespérante ténacité. En mars 1911 la malade revint donc à Paris : je la remis entre les mains du Dr Ayrignac pour le régime alimentaire, et du Dr Belot pour la radiothérapie : localement elle se contenta de simples applications émollientes.

Après deux séries d'applications radiothérapiques elle revint en province, pour reprendre à Paris 3 semaines plus tard toute la médication. Nous eûmes alors la joie de constater sous l'influence de ces traitements exécutés avec le plus grand soin une réelle amélioration caractérisée par une diminution dans l'intensité des poussées éruptives, et par un certain affaissement de la tension des pavillons auriculaires.

Contente de ce premier résultat la malade regagna son pays ; malheureusement le mieux ne persista pas. Elle m'écrivit des lettres désespérées. Les oreilles avaient enflé de nouveau, les poussées congestives étaient plus fortes que jamais. Je lui conseillai alors de poser un vésicatoire au bras gauche et de l'y maintenir à l'état d'activité par des applications de pommades épispastiques pour combattre les poussées congestives.

Dès que le vésicatoire permanent fut bien établi, les poussées congestives cessèrent de se produire du côté des oreiles, mais il se faisait tous les jours un suintement séropurulent fort abondant au niveau du vésicatoire.

En août elle fit une nouvelle saison hydrominérale à Bagnères-de-Bigorre.

Quand nous la revîmes en septembre 1911, nous la trouvâmes complètement transformée. Sous l'influence de la suppression des poussées fluxionnaires qui avait suivi l'application du vésicatoire, l'infiltration des tissus malades et leur rougeur avaient notablement diminué. Tout évoluait franchement vers la guérison.

En mars 1912 nous notons qu'il ne s'est plus produit de poussées congestives et sous l'influence d'applications de pâte de zinc à l'ichthyol les parakératoses psoriasiformes eczématisées ont à peu près complètement disparu. La malade ennuyée de son vésicatoire nous demande si elle peut le supprimer ; nous lui disons de faire un essai. Elle le laisse sécher ; mais dès qu'il ne suinte plus, presque immédiatement une nouvelle poussée congestive se produit du côté des oreilles.

On recommence tout de suite la pommade épispastique. Dès que le suintement est rétabli au niveau du bras, il ne se fait plus de poussées congestives vers les pavillons.

Nous la revoyons en septembre 1912. L'état de la peau est tout à fait satisfaisant. Les pavillons des oreilles ont repris leur volume et leur aspect normaux ; il n'existe plus qu'un état un peu fripé des téguments au niveau des régions préauriculaires, seul vestige des énormes lésions qui s'y étaient développées. Mais la malade conserve son vésicatoire.

Vers la fin de 1912 le vésicatoire du bras gauche a séché malgré les pansements ; la malade a cru tout de suite ressentir des chaleurs et des fluxions du côté des oreilles et elle s'est empressée de mettre un autre vésicatoire au bras droit.

En septembre 1913 je l'ai revue. Elle est en parfait état de santé quoique assez amaigrie. Autour de ses vésicatoires il s'est développé un peu d'eczéma ; le vésicatoire du bras droit coule toujours ; mais la figure est indemne.

Malgré nos conseils elle n'ose pas laisser sécher son exutoire.

Réflexions. — Voici donc deux observations à peu près identiques de femmes arrivées à la ménopause ou ayant passé cette époque depuis quelques années qui ont été prises d'abord d'une parakératose psoriasiforme eczématisée des plis rétro-auriculaires et des conduits auditifs (eczéma séborrhéique psoriasiforme), puis qui ont vu leurs pavillons rougir, se tuméfier, prendre un aspect éléphantiasiforme, et cet état a persisté chez elles pendant de longs mois avec des périodes pendant lesquelles toute trace de vésiculation avait disparu au moins en certaines régions et cependant les téguments restaient rouges, tendus, infiltrés.

De temps en temps la congestion devenait plus intense, la rougeur plus vive, la sensation de tension plus pénible : il se faisait une poussée : cette poussée pouvait provoquer une apparition de vésicules et de suintement, mais non toujours. Le tout s'accompagnait de crises de prurit des plus pénibles, et le mal a évolué ainsi avec une ténacité désespérante malgré tous les topiques, malgré toutes les médications internes et externes.

Comment peut-on concevoir ces faits ?

Un premier point incontestable, c'est qu'il existe ici la forme objective à laquelle on a donné le nom d'eczéma séborrhéique psoriasiforme, notre parakératose psoriasiforme ayant de la tendance à se vésiculiser.

L'affection a débuté nettement par de la rougeur des plis rétro-auriculaires avec squames à la surface, puis cette rougeur s'est étalée et à commencé à suinter. Ce premier point est acquis, nous le répétons. Doit-on considérer tous les phénomènes morbides qui ont suivi comme une pure et simple aggravation de ce processus ? C'est possible, et c'est même ce qu'il y aurait de plus simple comme interprétation. Cependant on ne peut s'empêcher de remarquer qu'à certaines périodes le diagnostic d'eczéma séborrhéique psoriasiforme aurait paru tout à fait insuffisant ou même erroné si on avait vu alors les malades pour la première fois. En effet l'affection n'était parfois caractérisée que par un épaississement diffus des téguments qui étaient rouges, lisses, tendus, non vésiculeux, profondément infiltrés : comment consentir à ranger une pareille lésion dans l'eczéma séborrhéique ?

Il semblerait donc qu'au processus primitif vraiment digne de ce nom d'autres processus morbides soient venus se surajouter. Il est d'abord hors de doute qu'il se produit dans ces cas à intervalles plus ou moins rapprochés des sortes de poussées congestives : de quelle nature peuvent-elles être ?

S'agit-il d'un élément microbien streptococcique comme dans certains érysipèles récidivants des fosses nasales et du centre de la face, dans lesquels les crises érysipélateuses sont infiniment atténuées, parce que très fréquentes, et donnent simplement lieu à une tuméfaction des téguments, et à une rougeur plus vive des parties intéressées, le tout se calmant au bout de quelques jours pour récidiver au bout d'un laps de temps variable ? Certes c'est possible, et c'est même l'hypothèse qui vient tout d'abord à l'esprit. Elle expliquerait en outre pourquoi au bout d'un certain nombre de crises semblables les téguments peuvent prendre un aspect éléphantiasiforme, puisqu'il a été prouvé (Sabouraud) que le streptocoque peut être un des agents pathogènes des états éléphantiasiques. Du streptocoque actif, pathogène, serait donc venu se greffer sur l'eczéma séborrhéique primitif : et cette hypothèse n'est certes pas pour nous déplaire. Malheureusement dans nos deux cas on n'a pu rechercher le streptocoque pathogène avec une suffisante précision pour admettre sans réserves cette interprétation.

On pourrait aussi se demander si un autre processus n'est pas venu se surajouter à l'eczéma séborrhéique primitif. Je m'explique. On sait que les sujets que l'on appelait autrefois en France des neuro-arthritiques, c'est-à-dire des sujets fort impressionnables chez lesquels il existe des troubles de la nutrition générale, peuvent présenter du côté des divers organes de l'économie des sortes de poussées fluxionnaires qui se portent de préférence vers les organes en état d'infériorité de résistance. C'est ainsi qu'ils peuvent présenter des crises de migraine, des crises d'asthme, des poussées d'urticaire, des œdèmes circonscrits, etc... Quelle est la nature réelle de ces poussées ? quelle en est la

pathogénie? Il est assez difficile de le préciser. Il est probable que les vices d'une alimentation mal appropriée à l'organisme du sujet, le mauvais fonctionnement de divers organes, et en particulier des glandes vasculaires sanguines, etc.. sont les principaux facteurs de ces crises morbides. Quoi qu'il en soit, le fait existe.

Il n'est donc pas illogique de rechercher si ce ne sont pas des processus morbides de cet ordre qui viennent se superposer à l'eczéma séborrhéique psoriasiforme et se développer aux loci minoris resistentiæ de l'organisme créés par cet eczéma pour donner à l'affection cutanée cette physionomie si particulière.

Ce qui semblerait confirmer cette hypothèse, c'est l'effet produit par l'application d'un vésicatoire permanent au bras gauche de notre dernière malade. Depuis que l'on a ainsi déterminé artificiellement un suintement abondant à ce niveau, les poussées congestives ont cessé de se faire du côté des oreilles. On ne voit pas bien une infection streptococcique supprimée dans son évolution par l'application d'un vésicatoire au bras, tandis qu'il est à la rigueur possible de comprendre que l'on puisse localiser des poussées fluxionnaires d'origine interne sur un point de l'économie en créant en ce point un lieu de moindre résistance, puisqu'il semble que ces poussées congestives d'origine interne aient de la tendance à se porter sur les endroits déjà malades ou violemment traumatisés de l'organisme. Ne peut-on pas d'ailleurs comprendre de cette manière le rôle thérapeutique que jouent dans certains cas les vésicatoires permanents, les cautères et les sétons?

Nous prions enfin nos lecteurs de vouloir bien se reporter à notre premier groupe de faits. On pourrait se demander s'il n'est pas possible que des processus morbides analogues à ceux que nous avons relatés dans la première partie de ce travail, viennent se greffer chez des neuro-arthritiques sur des eczémas séborrhéiques psoriasiformes pour leur donner la physionomie et les allures si particulières que nous avons relatées plus haut. Or, il y a eu chez nos deux malades des phases pendant lesquelles il n'y avait aucune trace nette ni de vésiculation, ni de suintement, ni d'exfoliation, et pendant lesquelles les tissus étaient très rouges, tuméfiés, infiltrés, tout à fait identiques en somme comme aspect aux œdèmes circonscrits rouges pseudophlegmoneux dont nous avons parlé dans la première partie de ce travail.

On voit combien ces deux observations conduisent à discuter de problèmes intéressants : et malheureusement nous ne pouvons à l'heure actuelle résoudre d'une manière précise les questions suivantes : 1° s'agit-il uniquement de parakératoses psoriasiformes eczématisées à allures insolites ; 2° s'agit-il de parakératoses psoriasiformes infectées de streptocoques ou d'autres microbes pathogènes, et ces infections secondaires sont-elles la cause des allures insolites de l'éruption ; 3° s'agit-il de poussées fluxionnaires d'origine interne se faisant sur des

loci minoris resistentiæ créés par les parakératoses ; 4° s'agit-il d'œdèmes circonscrits pseudophlegmoneux greffés sur des parakératoses primitives ?

Pour notre part nous aurions, nous l'avouons, de la tendance à préférer la troisième hypothèse.

En tout cas il ne peut s'agir de véritables poussées éléphantiasiques, et c'est pour ce motif que nous leur avons donné le nom d'*éléphantiasiformes*.

Résumé. — A. Il existe un premier groupe de faits dans lesquels soudainement, sans dermatose préalable, un seul pavillon ou les deux pavillons des oreilles sont pris d'un œdème rouge, avec tuméfaction, tension et chaleur des téguments. Après un laps de temps très variable, la rougeur s'atténue, la tuméfaction diminue, et tout rentre dans l'ordre ; mais, presque toujours, à des intervalles variables, il se produit de nouvelles poussées.

On pourrait considérer ces faits comme des manifestations érysipélatoïdes de début d'un éléphantiasis nostras. On peut aussi les faire rentrer dans les formes inflammatoires des œdèmes aigus circonscrits, et les considérer comme se reliant aux poussées congestives d'origine interne que présentent parfois certains sujets.

B. Dans un deuxième groupe de faits il s'agit de personnes qui ont depuis un laps de temps plus ou moins long, soit au conduit auditif, soit au sillon rétro-auriculaire, des parakératoses psoriasiformes eczématisées. Sur cette dermatose antérieure, il se produit des poussées congestives plus ou moins violentes, simulant assez fréquemment l'érysipèle, et, après un certain nombre de ces poussées, les pavillons des oreilles deviennent extrêmement volumineux, d'un rouge foncé, et prennent un aspect éléphantiasiforme. Cet état semble pouvoir persister pendant fort longtemps dans certains cas, en particulier chez les femmes qui se trouvent au moment de la ménopause.

Il semble que lorsque par un traitement général et local approprié on ne peut arriver à la guérison, l'application d'un vésicatoire permanent au bras puisse faciliter la disparition de ces lésions en empêchant les poussées congestives de se produire du côté des oreilles.

SUR LA MÉNINGITE SYPHILITIQUE MÉTACHANCREUSE ET PRÉROSÉOLIQUE

par **M. Lavau,** interne des hôpitaux.

(Travail de la Clinique de l'Université de Toulouse. Pr Ch. Audry.)

Voici quelques observations dont M. Audry et nous-même avons annoncé la publication dans ces Annales (1). Elles sont relativement peu nombreuses, parce qu'il n'est pas toujours facile d'hospitaliser des porteurs de chancres à une période assez précoce pour fournir les informations que nous recherchions. Nous n'avons pas pu y joindre un certain nombre de faits recueillis à la clinique par M. le Dr Roques, parce que les observations originales ont été malheureusement perdues, et qu'on n'a pas voulu les reconstituer de mémoire. Nous pouvons cependant dire que le résultat était semblable à ceux qu'on va lire.

Les faits suivants s'ajoutent à ceux qui sont mentionnés dans notre note précédente (2) et sur lesquels il n'y a pas lieu de revenir; ajoutons-y cependant que 2 fois sur 7, M. Ravaut (3) avait trouvé de l'hyperalbuminose chez des porteurs de chancre.

Observation I. — Henri B., homme de 18 ans ; exerçant la profession de maréchal ferrant. Entré le 27 février 1914. Aucun antécédent.

Le 28 février on constate un chancre de la face interne du prépuce en voie de guérison et dont l'apparition remonte à 5 semaines. Aucune trace de roséole sur la peau, pas de plaques muqueuses; pas de céphalée ; l'état général est parfait. Une semaine avant son entrée à l'hôpital il avait reçu une injection de 0 gr. 15 de néosalvarsan.

Ponction lombaire le 28 février.

1° Pression très augmentée, le liquide coule en jet à 10 centimètres.

2° Limpidité parfaite.

3° Albumine sensiblement normale (par A. azotique, chaleur, Esbach).

4° 7 lymphocytes par millimètre cube.

Après centrifugation de 3 centimètres cubes de liquide pendant 10 minutes à 3000 tours environ on trouve avec l'obj. à imm. 1/12 et l'ocul. 1 de Leitz 6 à 10 lymphocytes par champ.

(1) Audry et Lavau, Sur les méningites périodiques. Ces *Annales*, janvier 1914, p. 29.

(2) A l'indication du petit livre de Gennerich, joignons: Wechselmann, Über intralumbale Injektion von Neosalvarsan. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1912, n° 31, p. 1447. — Altmann et Dreyfus. Salvar-an und Liquor cerebrospinalis... *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 9, p. 464.

(3) P. Ravaut, Les réactions nerveuses tardives observées chez certains syphilitiques traités par le Salvarsan et la méningo vascularite syphilitique. *La Presse Médicale*, n° 18, 2 mars 1912.

5° Réaction de Wassermann négative.

Le 28 février 0 gr. 75 de novarsénobenzol et Hg.

Le 1er mars céphalée violente, vomissements, photophobie, température 37°5; pas de raideur de la nuque, pas de Kernig ; urines normales.

Le 2 mars état stationnaire.

Le 4 mars toute réaction méningée a disparu.

Par la suite le malade supporte sans aucune réaction le traitement par le Salvarsan.

Obs. II (publiée *Annales de Dermat.*, janvier 1914). — Elias X. H. de 25 ans. Aucun antécédent.

Le 1er novembre on constate un chancre syphilitique de la face interne du prépuce datant de 4 semaines. Pas de roséole, pas de céphalée. R. W. positive dans le sang.

Ponction lombaire le 2 novembre.

1° Augmentation forte de la pression.

2° Limpidité parfaite.

3° Albumine légèrement augmentée.

4° 40 lymphocytes par millimètre cube.

Après centrifugation et examen dans les mêmes conditions que pour l'observation précédente on trouve 20 à 30 lymphocytes par champ. Pas d'éléments anormaux.

5° R. W. négative.

Le 2 novembre on injecte 0 gr. 60 d'arsénobenzol et Hg.

Le 3 novembre réaction méningée vive : céphalée, vomissements ; raideur de la nuque et Kernig accusés. La température reste normale. Le pouls est normal.

Le 4 novembre état stationnaire, les urines sont normales comme qualité, mais la quantité est faible, le malade ne buvait pas.

Le 8 novembre les symptômes sont très diminués.

Le 12 novembre l'état est devenu à peu près normal, on fait 0 gr. 60 d'arsénobenzol ancien et une injection d'huile grise. Aucune réaction.

Le 24 novembre 0 gr. 60 d'arsénobenzol ancien sans réaction.

Ponction lombaire.

1° Pression très augmentée.

2° Limpidité partaite.

3° Albumine augmentée.

4° 62 lymphocytes par millimètre cube, donc lymphocytose plus accusée que dans le liquide de la 1re ponction.

Cependant l'état général est parfait.

Obs. III. — Michel C. H. de 19 ans ; mécanicien ; entré le 13 février 1914, sans antécédents.

Chancre syphilitique du prépuce datant de 5 semaines.

Il n'existe pas de lésions cutanées ou muqueuses.

Pléïade inguinale développée. Pas de céphalée ; la santé semble parfaite.

Ponction lombaire le 14 février 1914.

1° Tension normale.

2° Limpidité parfaite.

3° Il existe quelques globules rouges qui proviennent évidemment des vaisseaux traversés par l'aiguille ; en tenant compte de la présence de ce sang on peut estimer le nombre des lymphocytes à 8 par millimètre cube, donc réaction légère.

4° Albumine augmentée.

5° Réaction de Wassermann négative.

On injecte 0 gr. 75 de novarsénobenzol et Hg.

Le soir aucune réaction sensible.

Le 15 février, réaction méningée nette. Céphalée vive; photophobie ; vomissements ; pas de raideur de la nuque ni de Kernig.

Le 16 état stationnaire. Le 17 le malade va mieux. Le 18 il est complètement rétabli, les symptômes ont disparu ; les urines ont toujours été normales.

Ponction lombaire le 19 février:

Le liquide coule goutte à goutte ; il est légèrement coloré par du sang ce qui complique singulièrement les calculs, mais en tenant compte de toutes les causes d'erreurs on peut affirmer qu'il existe une lymphocytose certaine et plus accusée que dans le liquide de la première ponction.

Le malade a supporté sans aucune réaction deux autres injections de 0 gr. 75 de novarsen.

Obs. IV. — François H. H de 16 ans ; boulanger, entré le 16 décembre 1913, sans antécédents héréditaires, a été sujet à des vertiges épileptiques. Chancre syphilitique du méat, examen à l'ultra-microscope positif ; pléiade accusée ; la miction n'est pas troublée, pas de blennorrhagie. Aucune trace de roséole, pas de plaque muqueuse ; pas de céphalée, l'état général n'est pas troublé.

Ponction lombaire le 17 décembre 1913.

1° Pression normale sensiblement.

2° Albumine normale.

3° 37 lymphocytes environ par millimètre cube.

4° Réaction de Wassermann négative.

0 gr. 50 de 606 ancien et Hg. Aucune réaction, guérison rapide.

Obs. V. — Jean-Marie Q. H. 16 ans, coiffeur, aucuns antécédents. Entré le 16 février 1914, pour un chancre syphilitique du prépuce. Pléiade inguinale, etc., pas de céphalée.

Pas de roséole nette, cependant le chancre date de 6 semaines .

Ponction lombaire.

1° Pression normale.

2° Limpidité parfaite.

3° 15 lymphocytes par millimètre cube, c'est-à-dire réaction faible.

4° Albumine augmentée.

5° R. W. négative.

0 gr. 50 d'arsénobenzol nouveau et Hg. Aucune réaction.

Les jours suivants les autres injections furent également bien supportées.

Obs. VI. — Jean C. H., 54 ans, boulanger. Sans antécédents. Entré le 6 décembre 1913.

Chancre syphilitique du fourreau de la verge datant de 4 semaines. Pas de roséole, pas de céphalée.

Ponction lombaire le 7 décembre.

1° Pression normale.

2° Albumine normale.

3° 15 lymphocytes environ par millimètre cube.

4° Réaction de Wassermann positive.

Injection de 0 gr. 60 de Salvarsan ancien.

Aucune réaction.

Il faut remarquer la précocité de la R. W. positive.

Obs. VII. — Maurice O. âgé de 19 ans, employé de banque, entré le 11 février 1914. Pas d'antécédents. Chancre syphilitique du prépuce datant de 3 semaines. Pas de roséole ni de plaques muqueuses ; adénopathie inguinale. Pas de céphalée ; 1 gr. 50 d'albumine dans les urines. La santé générale est parfaite.

Ponction lombaire le 12 février.

1° Pression normale.

2° Limpidité parfaite. Albumine normale.

3° 4 lymphocytes par millimètre cube. Après centrifugation 5 par champ. ocul. 1, obj. imm. 1/12 Leitz.

4° Réaction de Wassermann négative.

En résumé liquide normal. La R. W. est positive dans le sang.

Injection de 0 gr. 90 de néosalvarsan et Hg.

Aucune réaction. L'albumine persiste. L'état général est bon.

Obs. VIII. — Antonin C., âgé de 15 ans, cordonnier. Entré le 24 janvier 1914. Pas d'antécédents.

Chancre syphilitique du sillon balano-préputial datant de 3 semaines environ. Pas de céphalée, pas de roséole ni de plaques muqueuses. Pléiade inguinale. Examen à l'ultra-microscope positif.

Ponction lombaire le 25 janvier.

Liquide absolument normal.

0 gr. 60 de néosalvarsan et Hg.

Aucune réaction.

Obs. IX. — René B. âgé de 18 ans, matelot ; entré le 28 janvier 1914. Pas d'antécédents.

Chancre syphilitique du sillon balano-préputial datant de 30 jours environ ; traité en ville par des pilules et du sirop de Gibert. Pas de roséole ni de plaque muqueuse ; pas de céphalée. Adénopathie inguinale ; examen à l'ultra-microscope positif.

Ponction lombaire le 29 janvier.

Liquide limpide dont la tension est normale.

L'albumine est en quantité normale ; 2 lymphocytes par millimètre cube. R. W. négative.

En résumé liquide normal.

0 gr. 60 de novarsénobenzol et Hg.

Aucune réaction.

Par conséquent sur 9 malades pris au hasard, 6 présentèrent des modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien (Obs. I à VI).

L'étude attentive de ces observations et de celles des auteurs cités plus haut nous permet de formuler quelques conclusions importantes.

1° Il existe une méningite préroséolique dans la syphilis qui, pour nos observations existait dans les 2/3 des cas.

2° Cette méningite peut se traduire seulement par une céphalée légère ; le plus souvent elle est absolument latente, ne se révèle par aucun symptôme clinique, et ne peut être constatée que par les modifications physiques, histo-chimiques et biologiques du liquide céphalo-rachidien.

3° Comme l'a montré Ravaut, le traitement par l'arsénobenzol exagère souvent la réaction méningée: c'est en somme une réaction de Herxheimer des méninges. Cette exagération des phénomènes n'est pas constante ; elle ne semble pas parallèle à l'intensité de la lésion méningée préexistante. En effet elle est quelquefois absente dans des cas de méningites syphilitiques graves et peut être très accusée sur des malades dont le liquide céphalo-rachidien est presque normal (obs. 1). Ce sont ces cas qui ont été quelquefois attribués à tort à l'action toxique du Salvarsan.

4° Les arsenicaux (néosalvarsan en l'espèce) après avoir exagéré les réactions méningées les combattent avec efficacité et constituent le meilleur médicament qu'on puisse leur opposer. Cependant il convient d'agir avec prudence dans les fortes méningites du début de la période secondaire, et dans ces cas il vaut mieux commencer le traitement par les sels solubles de mercure en injections intra-musculaires, pendant les 4 ou 5 premiers jours. Il faut dire que ces méningites syphilitiques, qui peuvent guérir spontanément, offrent parfois une résistance extrême à la thérapeutique. Ravaut après 14 mois a trouvé des modifications persistantes du liquide rachidien. Tôt ou tard la guérison est la règle dans les cas bien traités, cependant la récidive est possible (Vincent, Altmann, Gennerich).

5° La réaction méningée métachancreuse se traduit cliniquement par de petits signes cliniques dans un nombre de cas relativement considérable sous l'influence des injections intra-veineuses de néosalvarsan. Mais nous nous demandons si la ponction lombaire ne favorise pas ces manifestations.

LES ERREURS D'INTERPRÉTATION DE LA RÉACTION DE WASSERMANN

par **Paul Ravaut,**
Médecin des Hôpitaux de Paris.

Si la réaction de Wassermann a été acceptée avec enthousiasme et sans discussion, dès son apparition, c'est en grande partie parce qu'elle paraissait être véritablement spécifique ; telle qu'elle fut présentée par ses auteurs, elle semblait résulter du contact entre le parasite de la syphilis, contenu dans le foie des hérédo-syphilitiques, et le sérum du malade. L'on crut y voir une application directe de l'admirable méthode de Bordet-Gengou qui, avec l'antigène approprié, est rigoureusement spécifique.

Peu à peu l'on s'aperçut, grâce surtout aux recherches de Levaditi, que le microbe de la syphilis n'était pour rien dans la production de la réaction et qu'il était possible de remplacer l'extrait de foie syphilitique par des extraits d'autres organes et même par des substances chimiques ; certaines augmenteraient même la sensibilité de la réaction et ainsi prirent naissance les antigènes uniquement chimiques.

Née de conceptions purement bactériologiques elle est devenue une réaction chimique en rapport, ainsi que tout le monde l'admet actuellement, avec des transformations de substances albuminoïdes ou colloïdes.

Mais alors qu'au laboratoire se transformaient ainsi les opinions sur la nature de la réaction et que disparaissait sa spécificité, en revanche, en clinique, le médecin tendait à lui attribuer une importance de plus en plus grande. C'est ainsi qu'après avoir été considérée au début comme un signe intéressant à constater chez les syphilitiques, l'on en a très rapidement étendu la signification. L'on a voulu en faire un signe d'une valeur absolue qui par sa présence ou son absence permettait d'admettre ou d'éliminer la syphilis ; l'on a cherché également si dans la direction du traitement elle ne jouerait pas un rôle utile et s'il ne serait pas possible de révéler, et même de mesurer, d'après certains auteurs, le degré de l'infection syphilitique. Insensiblement, grâce à ces apparences de précision presque mathématique, la réaction de Wassermann est devenue pour le médecin un instrument qu'il emploie d'autant plus volontiers qu'elle paraît lui donner une preuve matérielle d'une vérité absolue alors que la clinique ne lui fournit souvent qu'une présomption. Il serait certainement séduisant de substituer une formule à un jugement, mais malheureusement ce

qui est possible dans certaines branches de la science ne le paraît pas en médecine et avant de laisser la réaction de Wassermann prendre dans l'esprit de certains médecins une valeur rigoureuse et mathématique, il me paraît nécessaire, par l'étude de plusieurs faits, d'examiner si nous pouvons, sans danger, lui accorder une aussi grande confiance.

Nous pratiquons actuellement cette réaction dans des circonstances très diverses, mais qui pratiquement se rapprochent de l'une ou l'autre de ces deux conditions. Ou bien le malade est un syphilitique avéré et l'on examine son sang pour connaître le sens de la réaction et en déduire l'existence ou l'absence de foyers en activité et du même coup les indications thérapeutiques. Ou bien le malade n'est pas syphilitique, n'en présente aucun signe et à propos d'un accident quelconque l'on recherche la réaction : est-elle négative, l'on élimine presque toujours la syphilis ; est-elle positive au contraire, l'on admet la syphilis et même pour certains auteurs cette constatation aurait une valeur absolue.

Avons-nous le droit de compter sur cette réaction pour trancher de tels problèmes, c'est ce que nous voudrions envisager dans cet article. Loin de vouloir la discréditer, nous voudrions montrer par des exemples précis, qu'en voulant lui donner la précision d'une formule mathématique l'on en a faussé le sens et que sa signification devient d'autant plus suspecte que l'on veut la rendre plus absolue.

Il me paraît nécessaire de réagir contre cette tendance actuelle de ramener l'étude d'un syphilitique à celle de son sang et d'appeler trop facilement syphilitique tout accident ou toute affection qui s'accompagnent d'une réaction positive. En raison de sa nature, la réaction de Wassermann ne peut pas donner d'indications aussi rigoureuses, les résultats n'en sont pas absolus et doivent être tous judicieusement interprétés.

I

La réaction de Wassermann chez les syphilitiques. — Au cours de la syphilis, tout le monde est d'accord pour reconnaître que la réaction de Wassermann est un symptôme d'une valeur indiscutable. Elle apparaît quelques jours après le chancre, est presque constante chez les malades en période secondaire puis diminue de fréquence au fur et à mesure que vieillit la maladie ; de même au cours de la syphilis héréditaire, les résultats positifs diminuent également avec l'âge du malade. Cependant les chiffres obtenus varient plus ou moins selon les auteurs et les techniques et bien que je ne veuille pas soulever dans cet article cette dernière question, je crois intéressant de rapprocher les résultats obtenus, pour un même malade, par trois auteurs différents. Cette question est intéressante surtout si l'on pratique cette triple recherche au cours de la syphilis ou en dehors de cette affection.

Les trois réactions ont été faites à l'Institut Pasteur, au laboratoire central de l'Hôpital Saint-Louis et au Laboratoire Alibert, service de M. Thibierge. Le sang était recueilli dans trois tubes et renvoyé aussitôt, sans indications, dans les trois laboratoires. Les réponses étaient étiquetées : positif, négatif ou douteux.

Chez des syphilitiques avérés, examinés à différentes périodes, les trois résultat sont concordé dans 61 pour 100 des cas. Dans 36 pour 100 des cas il y a eu discordance ; elle était due le plus souvent à l'un des résultats qui était douteux alors que les deux autres étaient nettement positifs ou négatifs. Dans 3 pour 100 des cas, les trois résultats étaient complètement différents.

En pratiquant la même opération, comme nous le verrons plus loin, chez des malades qui n'ont pas la syphilis, les résultats discordants sont beaucoup plus nombreux. Ceci nous permet de constater que la précision de la réaction est plus grande chez les syphilitiques que chez les non syphilitiques puisque dans le premier cas de bons opérateurs obtiennent plus souvent des résultats concordants. D'ailleurs tout le monde admet la possibilité de résultats différents selon les opérateurs, car malgré les épreuves de contrôle, l'emploi de produits essentiellement variables dans leur composition peut donner parfois des résultats différents d'un opérateur à l'autre. En particulier l'antigène, selon sa sensibilité ou la quantité employée, peut faire varier le sens de la réaction. Si lorsqu'il s'agit de syphilitiques avérés, il est important de pouvoir trouver le plus grand nombre possible de résultats positifs, il faut s'assurer qu'en revanche cette même méthode appliquée à des malades qui n'ont pas la syphilis ne donnera pas parallèlement un plus grand nombre de résultats positifs. En un mot si un antigène est très sensible pour la syphilis, ne l'est-il que pour cette maladie ? Nous n'hésitons pas à répondre que non et nous verrons plus loin en étudiant la réaction de Wassermann en dehors de la syphilis qu'un antigène qui donne dans la syphilis des résultats supérieurs aux autres, risque de faire commettre des erreurs chez des malades qui n'ont pas la syphilis. Et ceci ne doit pas nous étonner car ni l'antigène ni la réaction ne sont spécifiques.

Je n'ai soulevé cette question de technique que pour montrer qu'avant d'interpréter le résultat d'une réaction il faut savoir qu'il peut varier avec l'opérateur et qu'il est nécessaire de bien connaître la compétence de ce dernier ; mais dans le domaine de la syphilis cette question est moins importante car chez des syphilitiques avérés les résultats concordent presque toujours.

En revanche, lorsqu'il s'agit d'interpréter les résultats, les opinions divergent singulièrement.

Chez les syphilitiques la réaction de fixation se recherche dans un but clinique et thérapeutique.

L'on est d'accord pour dire qu'une réaction positive est un signe de

syphilis en activité et qu'il faut s'efforcer de rendre négative la réaction par un traitement approprié. Ceci est vrai pour les syphilitiques récents, malades depuis quelques années, chez lesquels, par un traitement bien mené, il est facile de changer le sens de la réaction ; mais chez les vieux syphilitiques il est parfois impossible de la faire disparaître, elle paraît irréductible. Chez ces malades un traitement trop actif peut être plus nuisible qu'utile et en l'absence de signes cliniques il ne faut pas attribuer trop d'importance à la réaction, c'est souvent un stigmate indélébile sur lequel le traitement n'agit plus. Le médecin doit donc s'efforcer de rendre chez son malade la réaction négative et de la faire disparaître comme tout autre symptôme de la maladie, mais ne pas s'acharner à essayer d'obtenir ce résultat lorsqu'après un traitement suffisammment actif et prolongé la réaction reste tonjours positive. Comme exemple, je citerai cette observation.

Obs. 45, I. — Je suis depuis le début de sa maladie un jeune homme qui a contracté la syphilis il y a 9 ans ; après un traitement régulièrement suivi pendant six ans sa réaction était toujours positive. Comme il désirait se marier j'essayai pendant un an par des injections de 606, des injections d'huile grise et de calomel de faire virer sa réaction, tout fut inutile. Comme il ne présentait aucun signe clinique, que son liquide céphalorachidien était normal, je lui donnai l'autorisation de se marier 7 ans après le début de sa maladie ; un an après, sa femme accouchait à terme d'un enfant absolument normal.

Ce malade pourra conserver toute sa vie une réaction positive et n'en sera peut-être jamais plus gêné. Il en est de même de nombre de vieillards chez lesquels nous constatons un Wassermann positif, chez lesquels la réaction a pu être positive toute la vie sans qu'ils aient jamais souffert de leur affection.

En revanche, il serait extrêmement dangereux de croire que chez un syphilitique une réaction négative montre que la syphilis est éteinte et que l'on peut cesser tout traitement. Tout le monde sait actuellement que la réaction, surtout au début de la maladie, devient facilement négative sous l'influence du traitement, mais que quelques mois après elle redevient positive si l'on abandonne le malade. Nous savons également qu'une réaction négative ne signifie pas qu'il faille cesser le traitement car comme l'ont montré de nombreux auteurs et plus particulièrement le Pr Nicolas et son élève Charlet il ne faut pas attribuer à la réaction une valeur absolue dans la direction du traitement ; les considérations cliniques et l'expérience ont souvent raison contre la réaction.

Mais ce qu'il importe de savoir, c'est que la réaction peut être négative dans le sang alors qu'il existe des accidents en pleine évolution et cela se voit surtout dans les syphilis anciennes.

J'ai pour ma part insisté à de nombreuses reprises sur les dangers qu'il y a à escompter avec une trop grande confiance l'examen du sang en matière de syphilis nerveuse. J'ai vu très souvent, même à la période secondaire, la réaction s'effacer dans le sang sous l'influence du traitement alors que persistaient les manifestations cliniques et les réactions du liquide céphalo-rachidien ; de même, assez souvent, sans aucun traitement la réaction du sang est négative alors qu'il existe de grosses lésions nerveuses en activité. Et ce qui est vrai pour le système nerveux l'est également pour d'autres organes. Aussi, lorsque chez un syphilitique dont la réaction du sang est négative, surviennent des accidents même douteux, ne faut-il jamais, sans preuve suffisante, éliminer la syphilis en s'appuyant sur l'examen du sang. Certains médecins, en présence de cas cliniques parfois difficiles, se laissent trop obnubiler par la réponse que fournit l'examen du sang ; les trois faits suivants montrent bien que des esprits éclairés peuvent commettre une grossière erreur de diagnostic en se laissant séduire, contre la clinique, par la réponse trompeuse d'un examen du sang. En voici trois exemples.

Obs. 95. II. — Mlle S. ., dont le père a eu la syphilis avant sa naissance, atteint l'âge de 16 ans sans le moindre trouble et sans présenter de stigmates de syphilis héréditaire. A ce moment sa vue s'affaiblit et l'on pense à la syphilis. Une réaction de Wassermann faite à l'Institut Pasteur est négative et sur ce renseignement un médecin parent de la malade élimine ce diagnostic. Néanmoins elle est présentée plusieurs mois après au Dr Morax qui constate une irido-choroïdite d'origine spécifique, mais trop tardivement car pendant cette période d'hésitation la malade a perdu presque complètement la vision d'un côté.

Obs. 200. II. — M. M... m'est adressé par mon ami Funck-Brentano pour des lésions tuberculo-croûteuses siégeant sur le thorax et des gommes suppurées localisées à la jambe gauche. Ce malade nie absolument la syphilis et la réaction de Wassermann est négative. Il a été examiné par un syphiligraphe distingué qui retrouve aussi la réaction du sang négative et pense à une lésion tuberculeuse ou mycosique. Je vois le malade quelque temps après, mais nullement impressionné par la réaction que je retrouve également négative et confiant dans la valeur des signes cliniques, je fais un traitement par le néosalvarsan et le malade guérit. En même temps un oculiste qui soignait sa femme pour des accidents mal caractérisés, reconnait aussi chez elle la syphilis et cependant la réaction du sang est également négative.

Obs. 94. II. — M. G..., âgé de 24 ans, avait contracté la syphilis 7 ans auparavant. En juillet 1913 il se plaint d'asthénie, de dépression physique, de pâleur, d'amaigrissement et son médecin pensant à la syphilis fait pratiquer un examen du sang à l'Institut Pasteur et à l'hôpital Broca ; il est négatif. Sur ce renseignement il élimine le syphilis et institue un traitement banal. L'état général ne s'améliorant pas je vois le malade

en décembre 1913 et constate des signes nets d'insuffisance surrénale avec dépression, asthénie, hypotension artérielle. Au bout de trois mois de traitement par le néosalvarsan et les extraits surrénaux l'état s'est transformé et la tension est redevenue normale.

Des faits analogues ne sont pas rares. Je les ai rapportés pour montrer que bien des médecins peuvent encore se croire autorisés à éliminer la syphilis uniquement parce que la réaction du sang est négative. Il ne me paraît donc pas inutile de répéter une fois de plus que chez un syphilitique une réaction positive est un symptôme de grande valeur, mais qu'une réaction négative n'a aucune valeur ni pour la diagnostic ni pour le traitement. Tout ce que l'on peut dire c'est qu'il est préférable pour un syphilitique d'avoir une réaction négative ; le médecin doit s'efforcer de la rendre telle et de l'y maintenir, mais cela ne suffit pas pour affirmer que la maladie est éteinte.

II

La réaction de Wassermann chez les non syphilitiques. — En dehors de la syphilis, l'on admet d'une façon générale que la réaction de Wassermann est négative. Par exception, la réaction a été trouvée positive au cours de quelques maladies comme la lèpre, le paludisme, les trypanosomiases et quelquefois des infections fuso-spirillaires. Aussi, ces exceptions mises à part, chaque fois que chez un malade qui n'a pas eu la syphilis, ou qui l'ignore, ou qui ne présente pas de signes de syphilis héréditaire, l'on rencontre une réaction positive il est permis de soupçonner la syphilis et l'on doit la rechercher, mais je ne crois pas, comme le veulent certains auteurs, que l'on soit en droit de l'affirmer. En un mot, je ne crois pas qu'une réaction de Wassermann positive soit un signe absolu de syphilis.

La question vaut la peine d'être étudiée et je n'insiste pas sur les conséquences multiples, médicales, sociales, médico-légales d'une pareille affirmation.

En parcourant les nombreux mémoires consacrés à la réaction de Wassermann, en étudiant les observations de malades chez lesquels la réaction est pratiquée pour une raison quelconque, ou dans le but de s'appuyer sur une réaction positive pour mettre en cause la syphilis, il est fréquent de rencontrer une réaction positive sans constater en même temps des signes évidents de syphilis acquise ou héréditaire.

En présence de ces constatations insolites et inattendues les interprétations varient du tout au tout.

Les uns, confiant dans la valeur absolue de la réaction, se contentent de dire qu'il s'agit d'une syphilis méconnue ; d'autres s'efforcent de

retrouver à tout prix la syphilis, invoquent des symptômes d'une valeur discutable, mais parviennent toujours à justifier la valeur de la réaction.

En opposition à ces opinions d'autres auteurs soutiennent qu'une réaction positive n'a pas de valeur absolue et peut être constatée en dehors de la syphilis.

J'ai déjà présenté à la *Société de Dermatologie* ou publié dans les *Annales de Dermatologie*, en 1913, plusieurs observations de malades atteints de tuberculides diverses et chez lesquels la réaction était positive. En l'absence de signes de syphilis, je n'ai pas hésité à conclure que la réaction de Wassermann pouvait être positive en dehors de la syphilis. Dans un article récent MM. Tzanck et Pelbois (*Annales de Dermatologie*, mars 1914) constatent dans six cas de tuberculides deux réactions positives et ne trouvent pour justifier ces réactions qu'une fausse couche chez ces malades. Ce n'est vraiment pas suffisant, à mon avis, pour affirmer la syphilis. Tout récemment le Pr Nicolas et M. Gaté (*Annales de Dermatologie*, avril 1914) pratiquant avec toutes les garanties nécessaires des réactions sur des malades pris au hasard dans leur service trouvent 39 pour 100 de réactions positives en dehors de la syphilis. Ils signalent en outre un fait très important, c'est que si l'on pratique la réaction chez ces malades à quinze jours d'intervalle, on constate qu'elle a changé de sens dans 4 pour 100 des cas dans la syphilis et dans 28 pour 100 des cas en dehors de la syphilis. Aussi, lorsque la réaction paraît en contradiction avec la clinique et que l'on veut en tirer un argument, est-il prudent de ne le faire qu'après avoir vérifié qu'elle n'a pas changé de sens quelques jours après.

A ces constatations les partisans de la valeur absolue de la réaction ne manqueront pas de répondre et même ont déjà objecté qu'il s'agit de syphilis ignorées et qu'il est possible de justifier ce diagnostic. Il est assez difficile de répondre à cette objection car il est impossible de prouver qu'un malade n'est pas atteint de syphilis, mais il est en revanche facile de démontrer que la réaction sur laquelle on s'appuie est sujette à caution. Il me semble en effet, possible de renverser le problème et de montrer que la réaction de Wassermann n'étant pas spécifique peut être provoquée pour ainsi dire expérimentalement et que de même, certains états pathologiques peuvent, tout aussi bien que la syphilis, faire apparaître dans le sérum les substances chimiques qui entrent en jeu dans la réaction. Plusieurs séries de faits en donnent la preuve.

a) En montrant que chez des malades étudiés à 15 jours d'intervalle, la réaction de Wassermann change de sens dans 4 pour 100 des cas chez les syphilitiques et dans 28 pour 100 chez des non syphilitiques, MM. Nicolas et Gaté donnent une première démonstration de l'instabilité de la réaction chez les non syphilitiques et par conséquent des variations que peuvent trouver des expérimentateurs différents. En effet, en faisant

pratiquer la réaction sur le même sang dans trois laboratoires différents j'ai constaté que chez des malades ne présentant aucun signe de syphilis 47 pour 100 ont donné des résultats concordants et 53 pour 100 des résultats discordants. Ces chiffres sont donc à opposer à ceux que nous donne la même opération pratiquée chez les syphilitiques. Au cours de la syphilis les résultats sont beaucoup plus concordants qu'en dehors de la syphilis. Ceci montre une fois de plus que la réaction est beaucoup plus stable chez les uns que chez les autres, ce qui concorde tout à fait avec les constatations de Nicolas. Elle montre en outre que les opérateurs différents se trouvent plus souvent d'accord à propos des syphilitiques et plus souvent en désaccord en dehors de la syphilis.

Enfin dans notre statistique, en ne prenant que les cas concordants complètement j'ai constaté que sur 37 malades ne présentant pas de signes de syphilis, les réactions recherchées dans trois laboratoires différents ont été positives chez 7 d'entre eux, soit environ 18 pour 100 des cas positifs en dehors de la syphilis.

b) Cette diversité dans les résultats peut tenir à plusieurs causes, mais il en est une très importante, c'est celle qui dépend de l'antigène. En pratiquant parallèlement les réactions avec deux antigènes différents, l'un ordinaire et l'autre très sensible comme celui de Desmoulières, nous avons pu constater avec M. Ramond, et je l'ai vérifié depuis bien souvent, que si la sensibilité de la réaction est plus grande dans la syphilis elle l'est aussi en dehors de la syphilis. Mais malheureusement en même temps qu'augmente la sensibilité de la réaction sa spécificité diminue. Dans la syphilis les résultats positifs sont plus nombreux, mais en dehors de la syphilis l'on trouve bien plus souvent des fixations plus ou moins complètes. L'augmentation de la sensibilité de l'antigène ne rend pas la réaction plus spécifique, bien au contraire. Je reviendrai d'ailleurs plus tard sur ce fait qui a une portée générale beaucoup plus intéressante.

c) Enfin la réaction de Wassermann peut être provoquée pour ainsi dire expérimentalement et apparaître dans le sérum d'un individu qui n'a pas la syphilis sous l'influence de diverses conditions.

Une première série de constatations me fit voir que si l'on réinjecte à un malade son propre sang, son sérum prend, au bout de quelques jours, la propriété de fixer davantage le complément. L'année dernière, avec M. Louis Ramond, en comparant la sensibilité de l'antigène Desmoulières, avec celle des autres antigènes nous avons pu constater par hasard que quelques malades, non syphilitiques, pris comme témoins, qui avaient reçu des injections de leur propre sang pour des affections diverses fixaient quelquefois le complément plus ou moins complètement. Et fait intéressant, en mesurant avec l'échelle de Vernes, toujours la fixation était plus accusée avec l'antigène Desmoulières qu'avec les autres.

Ce premier fait éveilla mon attention et j'ai voulu vérifier si ce même

phénomène ne se reproduisait pas dans d'autres conditions et si en provoquant des perturbations diverses de l'équilibre humoral l'on n'obtiendrait pas des résultats semblables. Ayant traité par le néosalvarsan une série de malades n'ayant pas eu la syphilis, j'ai recherché si leur sérum ne se modifiait pas au cours du traitement et voici ce que j'aiconstaté.

Obs. I. — Ly... — Angio lugoïde et tuberculides papulo-nécrotiques. Pas de syphilis.

7 avril 1913. — Wassermann : négatif (Gastou).
Injection de 0;45 néosalvarsan.
12 — — 0.60 —
21 — — 0,60 —
12 mai 1913. — Wassermann : positif (Ramond antigène Desmoulières).

Conclusion. — Absence de syphilis. Réaction devenue positive sous l'influence des injections de néosalvarsan.

Obs. II. — Ro.... — Lupus érythémateux. Pas de syphilis.

30 octobre 1913. — Wassermann partiellement positif (Ravaut).
— — — positif (Gastou).
— — — négatif (Institut Pasteur).
Injection de 0,30 néosalvarsan.
6 novembre 1913. — Wasserman : positif (Ravaut).
— — positif (Gastou).
— Injection de 0,30 néosalvarsan.
20 novembre 1913. — Wassermann : partiellement positif (Ravaut).
— — positif (Gastou).
— — positif (Institut Pasteur).
— Injection de 0,30 néosalvarsan.
4 décembre 1913. — Wassermann : positif (Ravaut).
— — positif (Gastou).
— — négatif (Institut Pasteur).

Conclusion. — Absence de syphilis. — Réaction primitivement partiellement positive et négative devenue complètement positive après une injection de néosalvarsan. Redevenue négative à l'Institut Pasteur.

Obs. III. — Pa... Lichen plan généralisé. Pas de syphilis.

3 novembre 1913. — Wasserman : partiellement positif (Ravaut).
— — — (Gastou).
— — douteux (Institut Pasteur).
6 — Injection de 0,30 néosalvarsan.
13 — Wassermannn : complètement positif (Ravaut).
— — — (Gastou).
— — — (Inst. Pasteur)
— Injection de 0,45 néosalvarsân.
20 — Wasserman : négatif (Ravaut).
— — positif (Gastou).
— — négatif (Institut Pasteur).
— Injection de 0.60 néosalvarsan.
27 — — 0,60 —

4 décembre 1913. — Wassermann : négatif (Ravaut).
— — partiellement positif (Gastou).
— — négatif (Institut Pasteur).

Conclusion. — Pas de syphilis. Réaction devenue complètement positive après une injection de néosalvarsan, puis étant redevenue négative très rapidement.

Obs. IV. — Hois... Lichen plan. Pas de syphilis.
20 décembre 1913. — Wassermann : négatif (Ravaut).
31 — Injection de 0,45 néosalvarsan.
8 janvier 1914 — 0,60 —
15 — — 0,75 —
22 janvier. — Wassermann : positif (Ravaut).
— — positif (Gastou).
— — positif (Institut Pasteur).
— Injection de 0,90 néosalvarsan.
29 — — 0,90 —
5 février. — Wassermann : partiellement positif (Ravaut).
— — positif (Gastou).
— — négatif (Institut Pasteur).
18 avril 1914. — négatif (Institut Pasteur).

Conclusion. — Pas de syphilis. Réaction devenue positive au cours du traitement, puis diminuant ensuite d'intensité assez rapidement.

Obs. V. — Lorg. Psoriasis. Pas de syphilis.
20 décembre 1913. — Wassermann : négatif (Ravaut).
24 — Injection de 0,45 néosalvarsan.
31 — — 0,60 —
8 janvier 1914. — 0,75 —
15 — — 0,90 —
20 — Wassermann : douteux (Ravaut).
— — partiellement positif (Gastou)
— — — (Inst. Pasteur).
22 — Injection de 0,90 néosalvarsan.
29 — — 0,90 —
5 février. — 0,90 —
12 — — 0,90 —
19 — — 0,90 —
26 — — 0,90 —
13 mars. — Wassermann : positif (Ravaut).
— — positif (Gastou).
— — négatif (Institut Pasteur).

Conclusion. — Pas de syphilis. Réaction devenue positive au cours du traitement et persistant après la cessation du traitement.

Pour juger équitablement la question il convient d'opposer à ces cinq observations, celles de 9 autres malades atteints de lichen scro-

fulosorum (2), d'érythème induré (2), de lichen plan (5) chez lesquels le même traitement a été appliqué et dont la réaction primitivement négative est toujours restée négative.

En résumé sur 14 malades observés dans les mêmes conditions et atteints d'affections diverses, tous non syphilitiques, la réaction est devenue positive chez 5 d'entre eux, soit dans 35 pour 100 des cas. L'on ne peut vraiment pas dire qu'il s'agisse de syphilis ignorées mises en évidence par un traitement arsenical.

Il m'a semblé que chez des malades âgés ou artérioscléreux il paraissait plus facile de faire apparaître une fixation du complément que chez des malades jeunes.

Un autre fait intéressant montre également que le même phénomène peut se produire avec le liquide céphalo-rachidien. J'avais constaté, il y a plus de 10 ans, que les injections d'eau distillée dans le liquide céphalo-rachidien produisaient des réactions méningées aseptiques ; aussi lorsque j'essayai d'introduire dans le liquide céphalo-rachidien du néosalvarsan j'eus recours à des solutions concentrées pour éviter les réactions provoquées par les solutions aqueuses. Lorsque M. Jeanselme annonça qu'en injectant le néosalvarsan en solution aqueuse il ne constatait pas de réactions je voulus vérifier le fait et je pus ainsi faire ces constatations. Ayant injecté suivant sa technique à un malade trois milligrammes de néosalvarsan dans trois centimètres cubes d'eau je constatai qu'avant l'injection le liquide contenait quelques cellules, des traces d'albumine et que la réaction de Wassermann était négative ; le lendemain de l'injection je fis une nouvelle ponction et constatai une grosse réaction cellulaire avec polynucléaires, mais surtout une augmentation notable de l'albumine et fait intéressant la réaction de Wassermann était devenue positive. Ces deux réactions ont été faites le même jour à l'Institut Pasteur. Voilà donc un liquide qui sous l'influence d'une perturbation chimique de négatif devient positif et ce qui pour moi a une très grosse importance, dont l'albumine a augmenté parallèlement ; j'ai en effet démontré que dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques la réaction de Wassermann et la réaction des albumines étaient parallèles et qu'à mon avis des deux réactions celle des albumines était la plus sensible. Ceci souligne une fois de plus le rapport intime qui existe entre les perturbations naturelles ou provoquées, que subissent les matières albuminoïdes et la réaction de fixation.

Ce dernier fait est à rapprocher des constatations de M. Vincent, qui chez des malades atteints de tumeur cérébrale a trouvé un liquide rachidien, riche en albumine avec réaction de Wasserman positive et chez lesquels la syphilis n'existait pas.

D'autres agents chimiques peuvent agir sur les humeurs et faire apparaître dans le sang la réaction de Wassermann : c'est ainsi que

chez les malades soumis au chloroforme l'on peut constater quelques jours après des réactions passagères de fixation.

Enfin les états infectieux eux-mêmes peuvent déterminer des réactions analogues : dans la scarlatine nous savons déjà que la réaction de Wassermann est parfois positive ; dans la pneumonie l'on a rapporté des faits semblables ; il serait intéressant de faire dans ce sens des recherches systématiques. Dans cet ordre d'idées j'ai observé le fait suivant qui est intéressant car le malade a été suivi pendant longtemps et est encore sous ma surveillance.

Obs. 47, II. — M. Cr..., 21 ans. En mai 1913 ce malade m'est montré parce qu'un mois auparavant il a eu une amygdalite et que sa réaction de Wassermann a donné les résultats suivants :

1re réaction.— Leredde : négative.
2e — — Laboratoire Durey avec antigène Desmoulières : positive.
3e — — Laboratoire Desmoulières : positive.
4e — — Institut Pasteur : partiellement positive.

L'examen clinique et les antécédents ne montrent aucun signe de syphilis. Les amygdales sont très grosses et présentent une surface blanchâtre : l'examen bactériologique en a été fait par le Dr Pautrier qui n'a pas constaté le moindre spirochète. Les lésions des amygdales n'ont aucun caractère de spécificité et je conseille de ne faire aucun traitement, contrairement à ce qui lui avait été dit d'après la réaction.

5e réaction. — Laboratoire Carrion : négative, 14 juin 1913.
6e — Institut Pasteur : négative, 30 juillet 1913.
7e — Institut Pasteur : négative.
8e — Laboratoire Desmoulières : positif atténué.

L'examen clinique est toujours négatif : les amygdales sont toujours très grosses.

9e réaction. — Laboratoire Ravaut : négative, 10 septembre 1913.

Depuis cette époque j'ai constamment suivi le malade et, il y a maintenant un an. Je n'ai jamais constaté le moindre signe de syphilis. Il n'a subi aucun traitement pour la syphilis et le 18 avril 1914 sa réaction était négative à l'Institut Pasteur. Ses amygdales étant toujours restées très grosses ont été enlevées en avril 1914 par le Dr Bellin ; j'en ai pratiqué l'examen bactériologique et histologique et tout a été négatif en ce qui concerne la syphilis.

Cette observation me paraît des plus intéressantes car elle montre que sous l'influence d'un état infectieux il peut apparaître momentanément dans le sang des substances susceptibles de fixer le complément. Elles sont d'autant mieux mises en évidence qu'on les recherche avec un antigène très sensible comme celui de Desmoulières. Enfin elles disparaissent assez vite du sang, mais si la réaction est pratiquée au moment où elles existent, son résultat peut en être faussé.

De même chez une malade atteinte de pityriasis rosé de Gibert très intense, j'ai constaté une réaction positive qui en quelques semaines devint négative sans aucun traitement.

Il serait nécessaire de pratiquer la réaction en série chez des malades qui, sans signes de syphilis, présentent une réaction de Wassermann positive au cours de divers états pathologiques et de constater, comme dans ces derniers cas, la disparition spontanée de la réaction. Ceci montre une fois de plus combien est judicieuse la remarque de Nicolas qui, constatant que la réaction change souvent de sens en l'espace de 15 jours chez des malades qui n'ont pas la syphilis, conseille, dans les cas douteux, de pratiquer de nouveaux examens du sang avant de se prononcer sur le sens véritable de la réaction.

III

Si dans les faits précédents, les causes étiologiques semblent disparates, elles aboutissent cependant au même résultat et, sous des influences diverses, nous voyons apparaître dans le sérum de malades non syphilitiques des substances fixant le complément. Le succès de la réaction de Wassermann tient à ce que dans la syphilis plus que dans tout autre maladie ces substances sont très abondantes et très stables aussi, quels que soient l'opérateur, la technique employée, l'antigène utilisé, que l'on recherche la réaction plusieurs fois de suite, toujours nous constatons que dans la syphilis la réaction est plus fréquente, plus nette et plus stable. De même enfin chez les syphilitiques la réaction deviendra plus souvent positive, sera plus facilement réactivée sous l'influence d'un traitement quelconque ou d'une simple perturbation humorale. Mais la syphilis n'est pas seule à produire cette modification humorale ainsi que tout le monde le reconnaît pour la lèpre, les trypnosomiases, le paludisme. Pourquoi ne pas admettre que d'autres maladies infectieuses puissent également le faire ? Il est en de même pour certaines substances chimiques comme le chloroforme, le Salvarsan, certaines perturbations humorales liées à des troubles infectieux ou autres. Tous ces phénomènes pathologiques agissent, il est vrai, avec beaucoup moins d'intensité et de durée que la syphilis, mais il suffit de constater le fait pour être autorisé à dire que la réaction de Wassermann ne peut pas avoir une valeur absolue.

Qui peut dire d'ailleurs, en présence de ces faits, que ces perturbations humorales mises en évidence par la réaction de fixation ne peuvent pas être produites par d'autres causes et que dans certaines maladies déterminées par des troubles des glandes à sécrétion interne avec réaction de Wassermann positive une semblable pathogénie ne puisse pas être invoquée.

En groupant ainsi tous ces faits il me paraît beaucoup plus exact et

conforme à la réalité de considérer la réaction de Wassermann comme la traduction d'un état spécial du sérum et non comme le symptôme pathognomonique d'une maladie.

Sa signification devient ainsi tout autre; nous comprenons mieux pourquoi elle peut-être absente dans la syphilis la plus évidente, la plus active et présente quelquefois sans que cette dernière entre en jeu.

Aussi pratiquement me paraît-il dangereux de laisser s'implanter de plus en plus dans l'esprit du médecin que la réaction de Wassermann puisse lui servir de guide d'une valeur absolue aussi bien chez les syphilitiques que chez les non syphilitiques. Il ne faut jamais la considérer isolément, mais, en lui attribuant une grande valeur, l'envisager comme un symptôme qui demande à être interprété; c'est un conseil que nous devons en attendre et non une indication impérative, et dans cette appréciation le jugement médical doit encore conserver toute son importance.

Comme conclusion de cet article nous nous croyons autorisé à dire d'accord avec de nombreux auteurs que :

1° Chez un syphilitique avéré une réaction de Wassermann positive est un symptôme certain de la maladie. En revanche la réaction peut être négative alors que le malade présente des accidents cutanés ou viscéraux en pleine activité; une réaction négative ne permet donc pas d'éliminer la syphilis.

Il serait dangereux de lui faire jouer un trop grand rôle dans la direction du traitement. Le médecin doit s'efforcer de la rendre négative et de la maintenir telle; chez les vieux syphilitiques il est parfois impossible de faire virer la réaction. Une réaction négative ne suffit pas à elle seule pour faire considérer le malade comme guéri et faire suspendre le traitement.

2° Chez un malade soupçonné de syphilis la réaction de Wassermann doit être considérée comme un symptôme d'appoint qui, d'accord avec d'autres symptômes, peut contribuer à établir le diagnostic de syphilis.

3° Chez un malade qui ne présente ni antécédents, ni signes de syphilis une réaction de Wassermann constamment positive indique de rechercher la syphilis. En dehors de la syphilis la réaction peut être positive, et n'ayant pas de valeur absolue, n'autorise pas, à elle seule, le diagnostic de syphilis.

RECUEIL DE FAITS

ZONA CONJUGAL

par **Ch. Audry.**

Le 26 décembre 1913, j'ai vu Mme X pour la première fois ; elle était atteinte d'un zona typique, dont l'éruption vésiculeuse très développée occupait la région de l'omoplate droit, la partie antérieure de la poitrine à peu près au niveau du 3e espace intercostal, et s'étendait en traînée sur le bras et l'avant-bras du même côté.

Douleurs très vives. L'état général est assez bon. Ni sucre, ni albumine. Deux ans auparavant, la malade avait souffert pendant plusieurs mois de furonculose actuellement guérie.

Un mois plus tard, tous les éléments éruptifs étaient cicatrisés, laissant les traces habituelles ; mais les névralgies persistaient encore d'une manière intermittente.

Le 2 février, je vois le mari de cette malade ; c'est un homme très robuste de 68 ans, qui n'a ni sucre ni albumine, et a souffert lui aussi, 2 ans auparavant, de furonculose, puis d'un anthrax de la nuque, contractés très vraisemblablement au cours des soins qu'il avait donnés à sa femme atteinte avant lui, et de la même manière.

Depuis 3 jours, cet homme présente les premiers éléments d'un zona parfaitement caractéristique qui occupe la partie latérale droite du cou, la région deltoïdienne du même côté, et le 2e espace intercostal ; douleurs névralgiques assez fortes dans la zone d'éruption. Le zona évolua normalement et guérit en peu de jours.

L'intérêt du fait réside exclusivement dans la contagion, bien probable en ce cas. Aucun des 2 malades n'avait, par ailleurs, en ce moment, offert d'autres symptômes morbides, généraux ou locaux ; et les pyodermies accusées dans les antécédents étaient guéries depuis plus d'une année.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

I. — Étude clinique.

Arthrite.

Sur la polyarthrite syphilitique aiguë à un stade avancé de la syphilis (Ueber akute luetische Polyarthritis im Spätstadium der Syphilis), par W. Huzar. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 33, p. 1333.

I. Une femme de 38 ans présente depuis 3 ans de la polyarthrite rhumatismale avec de la fièvre et une R. W. positive, le mercure n'a guère agi. Le salvarsan procure une amélioration, mais laisse une arthrite déformante. — II. Un homme de 41 ans a eu la syphilis en 1895; en 1909, accidents de polyarthrite aiguë, douloureuse et fébrile. Echec du mercure ; succès complet du salvarsan. — III. Une femme de 32 ans présente des accidents de polyarthrite fébrile avec une leucodermié cervicale, une R. W. négative. Amélioration par des applications mercurielles : guérison par le salvarsan. Dans ces cas, le genou est toujours malade ; la fièvre est irrégulière. On n'observe pas de suppuration ; jamais l'endocarde ou les autres séreuses ne sont atteintes ; la douleur modérée est exacerbée la nuit. L'évolution se fait vers la chronicité. En général, il faut penser à la syphilis quand les moyens habituels sont impuissants, et quand la maladie est particulièrement résistante. Ch. Audry.

Cerveau.

Syphilis et neurasthénie (Syphilis und Neurasthenie), par W. Krebs. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 28, p. 1358.

Il y a une neurasthénie syphilitique, et elle se manifeste dans la période aiguë comme dans la période tardive de la syphilis. Chez tous les neurasthéniques-syphilitiques, dont la R. W. est positive, il faut examiner le liquide céphalo-rachidien. Si le résultat est positif, il faut faire une cure combinée (Salvarsan, Hg et KI) et y joindre une cure de repos et de toniques. Il faut continuer les cures annuelles même après les deux premières années de la maladie. Ch. Audry.

La fin de la parasyphilis (Das Ende der Parasyphilis), par S. Pollitzer. *Dermatologische Wochenschrift,* 10 mai 1913, n° 19, p. 525.

Après les résultats thérapeutiques obtenus au cours du tabès, après les données fournies par la réaction de Wassermann, la mise en évidence des spirochètes dans le cerveau des paralytiques généraux vient porter le dernier coup à la notion de parasyphilis. Pellier.

Pronostic et thérapeutique de la syphilis cérébrale (Prognosis and therapy of cerebral syphilis), par G. Schwinn. *The Journ. of the American Med Assoc.*, 14 juin 1913, p. 1852.

Revue générale de la syphilis cérébrale et en particulier des accidents nerveux consécutifs à l'emploi du Salvarsan.

Pronostic et traitement suivant Gennerich, Arning, Benario et d'autres.

S. Fernet.

Chancre.

Un chancre induré du col utérin et son diagnostic (Ein harter Schanker der Portio vaginalis Uteri und seine Diagnostik), par Th. Zomachion. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 116, p. 329.

Sur 8 500 malades de la clinique gynécologique d'Odessa, on a constaté seulement 2 chancres du col. Z. commence par l'historique de la question. Puis il donne ses 2 observations personnelles dont la seconde est accompagnée d'un examen histologique, qui relève particulièrement l'existence de vascularites sanguines considérables.

Par ailleurs, rien de bien nouveau. Ch. Audry.

Syphilis sans chancre (Syphilis ohne Primäraffekt), par R. Polland. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 116, p. 737.

Un jeune homme a des rapports avec une fille syphilitique. L'examen soigné du jeune homme ne révèle aucun accident. Cependant six jours après l'examen, érythème du méat, sans ulcération, ni infiltration. 5 semaines plus tard, adénite inguinale, R. W. négative au bout de 8 semaines, exanthèmes spécifiques.

P. croit que dans ce cas, comme en d'autres, les spirochètes ont pénétré directement dans la circulation par l'intermédiaire d'une érosion imperceptible et sans chancre initial.

(Que fait-il de l'érythème du méat ? N. d. T.) Ch. Audry.

Diabète.

Sur la pathologie et thérapeutique du diabète insipide (Zur Pathologie und Therapie des Diabetes insipidus), par Benario. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 32, p. 1768.

B. commence par résumer 7 observations (publiées antérieurement ou inédites) de diabète insipide, traitées et guéries par le Salvarsan ou Hg chez des sujets divers, dont 5 au moins étaient syphilitiques avérés, tandis que chez les deux autres la R. W. était le seul témoignage de l'infection spécifique. Le rôle du lobe postérieur de l'hypophyse dans l'étiologie de ce syndrome est établi par une observation de Carnot et Dumont ; il peut s'agir d'une gomme, et il n'est nullement impossible que cette gomme ait pour origine une lésion du cavum pharyngé. Du reste la syphilis héréditaire, comme l'acquise, peut causer le diabète insipide. Ch. Audry.

Estomac.

Contribution à la connaissance de la syphilis gastrique (Contributo alla conoscenza della sifilide gastrica), par Mario Copelli. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, vol. LIV, 1913, pp. 289-302.

Une malade de 36 ans contracte la syphilis au printemps de 1912. Elle reçoit un premier traitement en juin de cette même année, puis, tous symptômes ayant disparu, reste sans traitement jusqu'en septembre. A cette date, elle est prise de pesanteur épigastrique, de perte d'appétit et de vomissements. Les symptômes s'aggravent et le tableau clinique est celui d'une gastrite aiguë, accompagnée de céphalée. Un traitement mercuriel énergique est institué et les troubles s'amendent si bien qu'au bout de 26 jours la malade peut quitter l'hôpital.

C. compare ce cas nouveau de syphilis gastrique avec d'autres déjà observés et termine en se demandant si les cas de syphilis gastrique ne sont pas plus fréquents qu'on ne le croit généralement. H. Minot.

Fièvre.

Syphilis et fièvre (Syphilis und Fieber), par F. Glaser. *Berliner klinische Wochenschrift,* 30 juin 1913, n° 26, p. 1215.

Après avoir brièvement rappelé les travaux antérieurs sur ce sujet, G. montre qu'il n'est pas toujours facile de distinguer les cas où la fièvre relève de la syphilis seule ou d'une complication, ou d'une provocation thérapeutique, etc.

G. insiste sur l'importance de la fièvre dans la syphilis du foie, où il l'a vue persister longtemps. Il l'a rencontrée aussi dans la syphilis du poumon, du larynx, des articulations.

Il insiste sur l'utilité qu'il y a, pour le praticien, à bien connaître l'existence relativement fréquente des manifestations fébriles à toutes périodes de la syphilis. Ch. Audry.

Généralités.

Sur la tuberculose et la syphilis dans l'Afrique du Sud-Ouest allemande (Ueber der Vorkommen von Tuberkulose und Syphilis in Deutsch-Südwest-Afrika), par E. Scherer. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* n° 27, 1913, p. 1488.

La tuberculose existe sur la côte, non dans l'intérieur. La syphilis était inconnue chez les aborigènes ; mais ceux-ci sont contaminés par les étrangers. La syphilis est surtout d'origine maritime. Ch. Audry.

Relation de la syphilis avec les maladies internes (The relationship of syphilis to internal medicine), par Longcope. *New-York Med. Journ.,* 17 mai 1913, p. 1018.

Intéressant article de statistique. En se basant sur les résultats de la réaction de Wassermann, l'auteur montre le rôle énorme de la syphilis dans l'étiologie des affections cardio-vasculaires, nerveuses, oculaires, osseuses, articulaires, psychiques (neurasthénie), etc. S. Fernet.

La valeur en médecine légale des méthodes récentes de diagnostic de la syphilis, par le Dr Georges Thibierge. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale.* Baillière, juillet 1913.

Parmi ces méthodes la culture des spirochètes, la réaction d'agglutination, la cutiréaction ne répondent pas encore actuellement aux exigences

du diagnostic médico-légal ; l'inoculation aux organes génitaux du lapin mâle peut donner des résultats positifs lorsque les tréponèmes trop rares ont échappé à l'examen miscroscopique, mais la nécessité d'un matériel d'inoculation exempt de microbes pyogènes, la longueur de l'incubation laisssent peu d intérêt à cette méthode ; la recherche directe du trépo nème sur frottis ou sur coupes colorées, la réaction de fixation donnent au contraire des résultats pratiques de la plus haute importance ; « de tous les procédés de sérodiagnostic de la syphilis, dit le Dr Thibierge, la méthode de fixation a seule une réelle valeur » ; mais pour cet auteur c'est la réaction initiale et complète de Wassermann qui donne les résultats les plus constants. La valeur de la réaction est envisagée aux différentes périodes de la syphilis avec ses causes d'erreurs ; l'influence du traitement syphilitique pouvant changer le sens de la réaction. Sur le cadavre la réaction comporte trop d'incertitudes pour être utilisée. Le Dr Thibierge montre les applications de ces méthodes dans les divers cas particuliers. Elles introduisent dans le diagnostic médico-légal des éléments capitaux, mais laissent encore dans le doute nombre de questions posées à l'expert.

R. LUTEMBACHER.

Prophylaxie.

Sur la prophylaxie de la syphilis avec la pommade à la quinine (Syphilisprophylaxe mit der Chininsalbe), par J. SCHERESCHEWSKY. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 27, p. 1340.

Avec la pommade à la quinine (à 4 pour 100), S. a frictionné 3 minutes la moitié de l'emplacement d'une inoculation faite sur le front du singe ; la lésion ne s'est réalisée que sur la moitié non frictionnée et cela même lorsque la friction a été faite 2 et 3 heures après l'inoculation. S. a recommandé de frictionner avec cette pommade la mamelle et la bouche des nouveau-nés suspects de maladie, et on en a obtenu d'excellents résultats.

Ch. AUDRY.

Réinfection.

Sur la question de la réinfection (Beitrag zur Frage der Reinfektion), par SOHE, *Berliner klinische Wochenschrift,* 1913, n° 20, p. 922.

Aux cas anciens réunis dans le travail de F. John, S. ajoute deux cas de réinfection observés chez des sujets qui n'avaient été traités que par le mercure et même légèrement (2 séries de frictions et 6 injections de calomel en tout dans les premiers cas, où la réinfection se produisit 12 ans plus tard).

Il y ajoute 3 cas postérieurs et consécutifs à l'emploi du Salvarsan. Bering a d'ailleurs publié un cas de ce genre chez un sujet qui n'avait été traité, 2 ans auparavant, que par une seule cure d'huile grise; il en a cité aussi où il n'avait été pratiqué qu'un traitement local, ce qui prouve seulement que l'organisme seul avait réussi à se défendre victorieusement.

En tous cas, abstraction faite des manifestations pseudo-chancreuses tardives de récidive, de tels faits ne laissent pas de doute sur la possibilité de guérison de la syphilis. Ch. AUDRY.

Réinfection syphilitique au bout de 3 mois (Reinfectiosyphilitica

nach drei inhalf Monaten), par M. Biach. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 34, p. 1363.

H. 29 ans, chancre syphilitique (R. W. négative), le 18 février 4 injections de néosalvarsan, guérison ; le 4 juin, chancre syphilitique du prépuce, adénite, R. W. négative qui devient positive 7 jours plus tard ; le 23 juin roséole. Ch. Audry.

Réinfection syphilitique chez un sujet traité par le Salvarsan (Reinfezione sifilitica in soggetto curato col Salvarsan), par Stefano Pappagallo. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* vol. LIV, 1913, pp. 303-306.

Un homme atteint de chancre en mai 1911 reçoit aussitôt trois injections intraveineuses de Salvarsan. La première de 0,45, les deux autres de 0,50 centigrammes. Son chancre guérit et la réaction de Wassermann devient négative. Malgré l'interdiction formelle de P. il se marie, et il a un enfant, à terme, qui, aujourd'hui, après dix mois de vie extra-utérine est sain et bien portant. Or cet homme, en janvier 1913, est revenu consulter P. et présentait alors au niveau du pénis une ulcération accompagnée d'infiltration, avec adénopathie correspondante de la grosseur d'une noix et adénite généralisée indolore ; quelques macules sur la peau et une légère alopécie. L'exsudat de l'ulcération contenait des spirochètes.

P. estime que dans ce cas il s'agit indubitablement de réinfection syphilitique, chez un individu énergiquement traité dès le début de son infection. H. Minot.

Soi-disant réinfections de syphilis après le traitement par le Salvarsan (Angebliche Reinfektionen mit Syphilis nach Salvarsan behandlung), par. C. Stern. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 26, p. 1247.

3 ans après un chancre syphilitique traité par Hg et Salvarsan, un malade présente 10 jours après un coït une lésion qui offrait absolument l'apparence d'un autre chancre ; on aurait donc conclu à une réinfection, si le malade n'avait présenté une R. W. positive, qui, à ce moment, excluait l'idée d'une contamination nouvelle. Il faut donc être très prudent dans l'interprétation des prétendues réinfections ; elles ne sont souvent que des superinfections. D'autant plus que la R. W. n'a pas non plus de signification décisive, car elle peut reparaître après une longue disparition. En tous cas, il est toujours prudent de ne pas s'écarter des règles anciennes dans les questions de mariage. Ch. Audry.

Récidives et réinfections après traitement de la syphilis récente par le Salvarsan, par Paul Ravaut. *La Presse médicale,* 13 septembre 1913, n° 75, p. 749.

Depuis l'emploi du Salvarsan on a publié de nombreuses observations de malades qui après avoir reçu une ou plusieurs injections de Salvarsan pour des chancres ou un début de syphilis secondaire avaient présenté dans les semaines et les mois suivants de nouveaux accidents consistant en un nouveau chancre accompagné de ganglions et suivi parfois d'accidents secondaires.

Certains auteurs ont considéré ces accidents comme des réinfections

syphilitiques, d'autres ont vivement discuté la possibilité de ces réinfections ; il ne s'agirait pour eux que de chancres redux, de syphilides chancriformes, de pseudo-chancres.

R. pense que même chez les malades traités par le Salvarsan qui présentent un nouveau chancre avec poussée ganglionnaire et seconde roséole il ne s'agit pas de réinfection mais d'une récidive. Il rapporte l'observation d'un malade traité pour un chancre par une injection de néosalvarsan et quatre injections intraveineuses de cyanure et qui revint huit mois après porteur d'un nouveau chancre avec adénopathie et roséole. Il n'hésite pas à considérer ce fait comme un cas de récidive pour diverses raisons : d'abord le malade avait été très peu traité lors de son premier chancre, donc non guéri ; en outre le malade avait toujours ressenti au niveau du prépuce une légère induration de la région sur laquelle s'était développé le premier chancre et les ganglions, bien qu'ayant diminué, étaient toujours restés sensibles ; enfin la seconde syphilis a présenté les mêmes caractéristiques que la première.

Gaucher a rapporté un cas semblable et Friboes a publié deux observations probantes puisqu'il s'agit de récidives avec chancre et roséole sans que l'on puisse sérieusement invoquer pour les expliquer une nouvelle contagion.

Dans les deux cas les accidents chancriformes se sont développés dans des points différents des premiers, et pour invoquer la réinfection il faudrait admettre dans les deux cas des contagions nouvelles et extragénitales ce qui serait bien extraordinaire. Friboes considère ces faits comme des récidives de forme spéciale après traitement par le Salvarsan et non comme des réinfections.

R. discute les divers arguments invoqués par les partisans de la réinfection pour appuyer leur théorie ; et il conclut en disant que si l'existence des récidives simulant absolument la première infection est prouvée, celle des réinfections ne l'est pas.

Cette distinction a un intérêt pratique considérable. La plupart des cas de réinfection concernent des malades traités d'une façon peu intensive ; on pourrait donc en conclure que quelques doses de Salvarsan suffisent à stériliser la syphilis même en pleine période secondaire.

Au contraire, en considérant les accidents comme des récidives on en conclut que le traitement a été insuffisant. Ces récidives s'expliquent facilement par le fait qu'un certain nombre de colonies de spirochètes n'ont pas été atteintes au moment des premières injections et peuvent repulluler dans la suite Il est même possible qu'une thérapeutique trop énergique au début de la syphilis, amène des réactions cellulaires violentes et provoque l'enkystement des spirochètes.

L'avenir d'un syphilitique dépend surtout du traitement qu'il a suivi dans les premiers stades de la maladie ; cet acte thérapeutique doit être méthodique et délicatement mené surtout si l'on emploie le Salvarsan.

Par une action trop violente le Salvarsan peut être la cause d'échecs en produisant par cela même des récidives. R. schématise la production de ces accidents en disant que pour les provoquer il faut :

1° Une colonie de spirochètes logée au sein d'un tissu devenu pathologique.

2° Une réaction thérapeutique trop vive qui modifie l'état de ces tissus et enkyste les spirochètes.

3° Un traitement insuffisamment prolongé qui détruit les foyers accessibles, mais n'atteint pas ces foyers retranchés.

Pour éviter ces récidives il faut donc un traitement initial peu violent. Un traitement prolongé.

On évitera la réaction de la première injection de Néosalvarsan en faisant précéder le traitement arsenical d'un court traitement mercuriel, et en commençant le Salvarsan à de très petites doses que l'on augmentera tous les huit jours. E. VAUCHER.

Reins.

Nouvelles recherches sur les maladies syphilitiques et post-syphilitiques des reins (Weitere Erfahrungen über lüetische und post-luetische Erkrankungen der Niere), par L. BAUER et P. HABETIN. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 27, p. 1101.

B. rappelle ses travaux antérieurs dans lesquels il a montré que l'urine de néphrite syphilitique présentait la R. W. quand elle contenait une quantité suffisante de globuline. B. et H. donnent 6 observations de néphrite syphilitique aiguë chez lesquelles on a pu observer de l'hémorragie, de l'urémie, etc. Sur la foi d'une observation de Vorpahl, ils admettent que, même à la période tertiaire, on peut rencontrer des néphrites aiguës syphilitiques. B. et H. donnent aussi 2 observations de néphrite aiguë chez des anciens syphilitiques. Ils rappellent les examens de Faroy qui a trouvé des spirochètes dans des reins amyloïdes et insistent sur le diagnostic difficile de certaines formes, d'avec l'amyloïdose, etc., et sur les services que peut rendre la recherche de la R. W., et des spirochètes dans l'urine.
Ch. AUDRY.

Sang.

Sur l'anémie pernicieuse syphilitique (Ueber luetische perniziose Anämie), par J. WEICKSEL. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 21, p. 1143.

L'étiologie du syndrome anémie pernicieuse est encore indéfinie. Roth, Labbé en ont vu guérir par le traitement syphilitique, ainsi que Müller, Klein, etc. ; mais il est difficile de bien définir l'anémie pernicieuse.

W. donne l'observation personnelle d'un homme de 52 ans, syphilitique ancien, présentant tous les signes cliniques de la maladie, et dont les hématies étaient tombées à 1 600 000. Une première injection de Salvarsan resta sans résultats ; une seconde procura une amélioration notable, interrompue par une bronchite grave, mais qui reprit, et au bout de 6 mois, le malade restait à peu près complètement guéri (4 500 000 hématies). Bramwell a aussi guéri un malade syphilitique ; mais Leede considère le Salvarsan comme contre indiqué dans l'anémie pernicieuse vraie (ce qui confirme indirectement la nature syphilitique de ces anémies). Ch. AUDRY.

Vessie.

Etude clinique de la syphilis de la vessie (Zur Klinik der Blasensy-

philis), par A. Dreyer, *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. XX, pp. 477 et 591.

D. reproduit 25 observations, dont une personnelle, de syphilis vésicale. Sur 28 cas connus, 13 proviennent de Russie. Presque toujours il s'agit de lésions tertiaires. 16 fois sur 25 il s'agissait d'hommes.

5 fois sur 23, l'anamnèse était muette au sujet de la syphilis ; habituellement l'infection était ancienne ; mais il existe plusieurs cas de lésions appartenant à la période précoce. Dans 11 cas, la syphilis avait été traitée plus ou moins soigneusement.

Les symptômes sont souvent peu caractéristiques. La douleur fait parfois défaut ; elle se manifeste à des périodes différentes de la miction ; quelquefois, les douleurs s'irradient dans le ventre ou vers les reins. La palpation de la vessie peut éveiller la sensibilité. On a noté de la douleur au niveau du pénis, du gland. La tolérance et la capacité vésicale peuvent être altérées d'une manière très inégale; le ténesme, la polyurie, sont parfois excessifs. Ce sont en somme des accidents de cystite vulgaire à tous les degrés.

L'hémorragie vésicale est très fréquente: 17 fois elle a persisté pendant 7 ans ; elle est parfois le premier symptôme. Cette hématurie présente des variations de toutes espèces.

L'urine est presque toujours trouble. On y découvre des bactéries, streptocoques, etc.

Pendant la période secondaire, la muqueuse vésicale présente de la rougeur, de l'œdème, des papules érodées à siège et en nombre variables. A une période plus tardive, la cystoscopie montre des tumeurs, des ulcérations, etc., qui occupent le plus souvent le voisinage de l'urètre.

On a rencontré des gommes végétantes, polypeuses, des gommes ulcérées, des cicatrices.

Un certain nombre de malades présentaient d'autres manifestations syphilitiques.

La cystoscopie, la réaction de Wassermann, ont notablement facilité le diagnostic. Le pronostic est bon, et le traitement spécifique amène rapidement la guérison. Ch. Audry.

II. — Étude biologigue.

1° Cuti-réaction.

L'intradermoréaction dans la syphilis et la framboesia (Die Intra kutanreaktion bei Syphilis und Framboesia), par G. Baermann et H. Heinmann. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 28, p. 1537.

B. et H. se sont demandés si l'intradermoréaction pourrait servir à différencier la syphilis de la framboesia.

Actuellement, rien ne permer de les distinguer complètement ; la réaction de Wassermann est en faveur de l'unité du virus. B. a antérieurement fait un certain nombre d'intradermoréactions avec des extraits d'organes syphilitiques, mais sans obtenir de réponse régulièrement sûre. Il a poursuivi ces recherches avec de la luétine qu'il avait reçu de Noguchi, et concurremment avec une « frambötine » extraite des cultures de parasites de

framboesia. La luétine agit comme un extrait d'organe qui serait extrêmement concentré. Pour B. et H., la réaction d'Herxheimer n'est qu'un phénomène de réaction à la luetine.

Qu'il s'agisse de syphilis ou de framboesia, la réactiou à la luétine est la même, le pourcentage des réactions s'élève avec l'ancienneté de la maladie. Elle résulte de la mise en liberté des endotoxines, elle est spécifique de la syphilis et de la framboesia.

Pratiquement, il y a grand intérêt à doser exactement la luetine d'après la teneur des cultures en endotoxines, etc. En ce qui touche le mécanisme de la réaction, il n'est pas encore élucidé, et elle est comparable à celle de la tuberculine. Ch. Audry.

Sur une cuti-réaction utilisable en clinique du cas de syphilis tertiaire (Ueber eine Klinisch verwendbare Kutanreaktion auf tertiare Syphilis), par Klausner. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 24, p. 973.

Avec son extrait de pneumonie blanche, K., sur plus de 500 cas, a constaté que 58 fois sur 62 syphilis gommeuses, la cuti-réaction donnait un résultat positif, 9 fois sur 11 un cas d'hérédo-syphilis, et 2 fois sur 16 cas de syphilis latente ; mais 282 autres cas de syphilis (primaire, secondaire, paralysie générale) ne donnaient aucune réaction.

Sa conclusion est que une cuti-réaction négative exclut à peu près le diagnostic de gomme syphilitique, ce qui concorde avec les résultats de Müller et de Stein. Ch. Audry.

Sur la réaction de la luétine de Noguchi (Untersuchungen über Noguchis Luetinreaktion), par H. Bons et C. Ditterson. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 852.

B. et D. ont opéré avec la luétine fournie par Noguchi même.

La réaction a été constante dans 20 cas de syphilis tertiaire et syphilis congénitale (type pustuleux), 7 fois sur 14 pendant le chancre, 47 fois sur 102 syphilis secondaires, 2 fois sur 28 paralytiques généraux.

15 réactions positives sur 124 cas de contrôle.

Elle se traduit par un processus d'immunité. Peut-être répond-elle à une sensibilité spéciale du tégument chez les syphilitiques.

Ch. Audry.

La cuti-réaction à la luetine dans la syphilis (The luetin skin reaction in Syphilis), par Kaliski. *New-York Medic. Journ.*, 5 juillet 1913, p. 24.

K. a pratiqué environ 400 luetine-réactions et rapporte les résultats obtenus parallèlement à ceux de la réaction de Wassermann.

D'une façon générale, sa statistique paraît être moins favorable que celle de Noguchi.

En pratiquant des réactions de contrôles, K. a obtenu des résultats positifs chez douze sujets indemnes de syphilis et ayant des réactions de Wassermann négatives. S. Feruet.

La cuti-réaction de la syphilis (The cutaneous reaction in Syphilis), par Wolfsohn. *The Journ. of the Americ. Med. Assoc.,* 14 juin 1913, p. 1855.

L'auteur apporte les résultats obtenus chez 100 syphilitiques environ :

Dans la syphilis congénitale sur 8 cas, 6 seulement furent positifs (réaction de Wassermann positives dans les 8 cas).

A la période primaire : 1 cas datant de 4 jours, luetine-réaction négative (Wassermann négatif).

A la période secondaire : 5 cas, luetine-réaction positive dans 3 cas (Wassermann positif dans les 5 cas).

A la période tertiaire : 26 cas, luetine-réaction positive dans 25 cas (21 Wassermann positifs).

Syphilis latente : 16 cas, 16 luetine-réactions positives (Wassermann positifs dans 11 cas seulement).

Parasyphilis : 43 cas ; dans 25 cas de syphilis cardio-vasculaire, 22 luetine-réactions furent positives (88 pour 100) et 16 fois seulement la réaction de Wassermann (64 pour 100). Dans 18 cas de syphilis cérébrale, 17 luetine-réactions et 12 Wassermann positifs.

De son exposé l'auteur conclut que : la luetine-réaction est rigoureusement spécifique, qu'elle peut devenir négative après un traitement intensif, mais elle redevient positive après une période de repos. La luetine-réaction est particulièrement précieuse dans la parasyphilis, les syphilis tertiaire et latente. Dans certains cas le résultat de la réaction n'est appréciable qu'après un mois.

S. FERNET.

La réaction cutanée dans la syphilis et ses rapports avec la R. W. (Die Hautreaktion bei Lues und ihre Beziehung zur Wassermannschen Reaktion), par R. MULLER et O. STEIN. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1913, n° 21, p. 825.

Les extraits d'organe donnent des résultats très variables. En général, ce n'est pas chez les tertiaires que la réaction prend un caractère érysipéliforme. Les extraits non spécifiques ne donnent jamais de réaction. Un cas qui réagit spécialement à un extrait réagit à tous les autres d'une manière aussi exagérée. M. et S. considèrent qu'une inoculation négative suffit pour éliminer le diagnostic de gomme, car à ce stade la réaction est constante ou à peu près, tandis qu'elle manque presque toujours auparavant.

Dans 10 cas de syphilis tertiaire cliniquement latente, qui au moment de la cuti-réaction présentèrent une R. W. négative, on vit survenir en même temps que la manifestation une R. W. positive : or chez tous ces malades, sauf un, on vit apparaître l'inoculation intra-cutanée, après disparition de la R. W.

Les syphilitiques chez lesquelles la cuti-réaction fut négative ne présentèrent aucune variation dans leur réaction de Wassermann.

Sur 4 cas accompagnés de manifestations vaccinales retardées, on en vit 2 fois une augmentation de la réaction, et dans ces 2 cas, la R. W. était positive. Il n'y eut aucune modification dans les 2 autres cas où la R. W. était négative.

Il existe donc sûrement des relations entre la R. W. et la cuti-réaction.

Ch. AUDRY.

Etudes expérimentales et cliniques sur la cuti-réaction et l'anaphylaxie dans la syphilis (Experimentelle und klinische Studien über

Kutireaktion und Anaphylaxie bei Syphilis), par H. Nakano. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 281.

N. résume d'abord les travaux antérieurs sur la cuti-réaction chez les syphilitiques, cuti-réaction provoquée tantôt avec des produits provenant d'extraits d'organes infectés, tantôt de cultures (luétine de Noguchi). N. a fait lui-même des recherches avec un extrait filtré de foie hérédo-syphilitique.

Il a obtenu des résultats positifs 2 fois sur 58 individus non syphilitiques et 78 fois sur 100 pour les syphilitiques. Ce sont les syphilitiques secondaires qui lui ont fourni les réactions positives les plus nombreuses (24 fois sur 25 individus en période de latence). Au contraire les résultats obtenus en employant des extraits de cultures pures de spirochètes ont été un peu moins constantes, et sensiblement plus faibles qu'avec l'extrait de foie.

En employant un filtrat de culture pure de spirochètes, il a obtenu 3 fois une réaction faible sur 28 individus non spécifiques, et 28 résultats positifs sur 30 syphilitiques ; il pense que ce filtrat de culture pure constitue un moyen de contrôle aussi bon que la tuberculine.

Chez le cobaye et le lapin, les injections répétées: locale et générale d'extrait de foie syphilitique déterminent in situ et en général des accidents anaphylactiques. Ces phénomènes se produisent même si l'extrait alcoolique du foie est dilué dans l'eau salée, qui détermine aussi des manifestations d'allergie locale absente, chez les animaux sains.

N. croit avoir réalisé des gommes chez les cobayes par un mécanisme d'anaphylaxie, et il admet que la toxine seule peut déterminer chez l'homme tertiaire des ulcérations semblables à des gommes.

Un mélange de sérum syphilitique et d'extrait syphilitique aqueux injecté dans les veines du cobaye, provoque la formation d'anaphylotoxine avec d'autant plus de fréquence que la syphilis est plus ancienne.

Mêmes résultats en employant les cultures pures de spirochètes. Dans tous les cas, N. a ajouté du complément de cobaye au mélange de sérum spécifique et de l'extrait employé.

On n'obtint pas d'anaphylotoxine en employant le milieu de culture spirochète. Ch. Audry.

2° *Séro-réaction.*

Sur la technique de la prise de sang pour la R. W. (Zur Technik der Blutentnahme für die Wassermannsche Reaktion), par P. Mulzer. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 26, p. 1425.

Description d'une aiguille de Wolff qui s'adapte directement à un tube par l'intermédiaire d'un bouchon de caoutchouc, — et d'une sorte de scarificateur de M. Ch. Audry.

La signification de la réaction de Wassermann dans le sang des cadavres (Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion mit Leichenblut aussführt), par H. Boas et H. Eiken. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 313.

Conclusions. Si l'on recherche la réaction de Wassermann dans le sang de cadavres en utilisant la dose habituelle de 0,2 centimètres cubes de

sérum, on obtient des résultats positifs si fréquents qu'une réaction positive devient sans valeur, parce qu'elle se produit très souvent chez des sujets non syphilitiques.

Il n'en est plus de même si on emploie seulement 0,1 centimètre cube de sérum, dans ces conditions, elle redevient presque spécifique (3 résultats positifs seulement sur 326 sujets de contrôle) ; mais sa valeur reste moindre que chez le vivant, car sur 29 cas de syphilis active non traitée, la proportion de réaction négative s'est élevée à 5 cas sur 29 examinés.

Ch. Audry.

Études sur la question du perfectionnement de la réaction de Wassermann avec considérations particulières sur les sérums dits paradoxaux (Studien zur Frage der Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion mit besonderer Berücksichtigung der sog. paradoxen Sera), par Fr. Graetz. *Dermatologische Wochenschrift,* 17, 24 mai 1913, nos 20, 21, p. 537, 584.

La suppression des ambocepteurs normaux (Jacobäus) constitue un réel perfectionnement de la réaction de Wassermann dont elle augmente le pourcentage de résultats positifs sans donner cependant de déviations non spécifiques. Il conviendra donc de l'employer pour les sérums dits paradoxaux ; ceux-ci sont surtout des sérums à réaction faible que modifient de minimes et inévitables différences dans la technique (excès d'ambocepteur, déviabilité variable du complément). Pellier.

Sur la pathologie des lipoïdes du sang, principalement dans la syphilis (Zur Pathologie der Blutipoïde mit besonderer Berucksichtigung der Syphilis), par J. Bauer et K. Skertetzky. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, no 21, p. 830.

B. et S. commencent par résumer les recherches antérieures sur les lipoïdes du sang examinés au cours des différents états morbides. Eux-mêmes ont fait un certain nombre de recherches au cours d'états pathologiques très variés, et chez un certain nombre de syphilitiques.

Ils concluent qu'il existe dans la teneur du sang en lipoïdes des variations considérables, individuelles et constitutionnelles.

Ils citent le psoriasis (à côté des néphrites, du diabète, etc.), parmi les maladies qui s'accompagnent d'une haute teneur sanguine en lipoïdes et en graisse. Cette teneur dépend soit de destruction cellulaire, soit d'une influence des glandes vasculaires sanguines, l'ovaire, les surrénales, le thymus occasionnellement, jouant à ce point de vue un rôle de régulation.

Dans la syphilis secondaire, les lipoïdes sont augmentés, d'une manière très précoce, avant même l'apparition de la R. W. avec laquelle la teneur en lipoïdes n'a assurément aucune relation.

En général, tous les syphilitiques présentent un sang très riche en lipoïdes ; mais cette lipoïdémie ne peut servir à expliquer le mécanisme de la R. W. Ch. Audry.

Figure neutrophile sanguine d'Arneth dans la syphilis, par L. Thévenot. *Le Progrès médical,* 19 avril 1913, no 16.

La syphilis même dans les cas graves et récents modifie peu la figure

neutrophile d'Arneth ; elle diminue un peu le nombre des leucocytes à 1 et 2 noyaux et augmente celui des formes à 4 et 5 noyaux. D'ailleurs ces modifications sont légères et disparaissent après la troisième année de l'infection.

Dans les numérations pratiquées au cours d'infections diverses et surtout au cours de la tuberculose, il n'est pas nécessaire de tenir compte des antécédents syphilitiques des malades.

On sait en effet que la tuberculose élève considérablement le nombre des formes à 1 ou 2 noyaux faisant disparaître celles à 4 et 5 noyaux, c'est-à-dire produisant en sens inverse de la syphilis des modifications beaucoup plus importantes que celles produites par cette infection. E. Vaucher.

III. — Étude bactériologique.

Sur les formes de division des spirochètes de la syphilis en cultures pures (Ueber Teilungsformen der reingezüchteten Syphilis spirochëten), par Nakano. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 22, p. 1030.

N. n'a jamais observé en cultures pures, la multiplication des spirochètes de la syphilis que par la division transversale ; il n'a jamais vu la division longitudinale.

Il n'a pas retrouvé les grains signalés par Herxheimer.

Sur milieux liquides, il a obtenu des spirochètes d'une longueur extraordinaire. Il croit que le spirochète pallida porte un flagellum à chacune de ses extrémités; il n'a jamais pu apercevoir de membrane ondulante.

Ch. Audry.

Sur l'identification des spirochètes pâles dans les cultures (Die Identifizierung der Spirochœta pallida in der Kultur), par H. Noguchi. *The Journal of American Association*, 1912, 5 octobre, p. 1236 (d'après l'analyse de Juliusberg, parue dans les *Referate des Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. 115, p. 877).

Noguchi identifie le spirochète pâle dans les cultures d'après les caractères suivants : 1° Morphologie correcte ; 2° présence d'un tissu frais stérile dans le milieu de culture ; 3° anaérobiose stricte, 4° faible développement nébuleux sur les milieux solides ou liquides sans changements notables dans les protéides des éléments de constitution ; 5° pas d'iodure ; 6° possibilité de déterminer les réactions de la luétine sur la peau dans certains cas de syphilis ; 7° déviation spécifique du complément (l'antigène devant être en suspension dans une solution salée, et non provenant d'un extrait alcoolique) ; 8° pouvoir pathogénique.

Morphologiquement, il est difficile de différencier spirochète pallida de spirochète microdentium et de spirochète mucosa. Mais ces deux variétés se développent sur ascite-agar sans insertion de fragment de tissu frais et développent de l'odeur.

Sur les cultures, N. a observé des granulations très petites qui ne se colorent que par le Giemsa après fixation par l'alcool sublimé.

Ch. Audry.

Sur quelques modifications de la méthode de coloration du Tre-

ponema pallidum par le nitrate d'argent ammoniacal (Ueber einige Modifikationen der Färbungs methode des Treponema pallidum mit ammoniakalen Silbernitrat), par A. Fontana, *Dermatologische Wochenschrift,* 15 mars 1913, n° 11, p. 304.

L'emploi de la solution de Huge pour fixer les frottis et les débarrasser de l'hémoglobine (Tribondeau) constitue un excellent perfectionnement de la méthode de Fontana. Il y a également intérêt à additionner de 1 pour 100 d'acide phénique la solution d'acide tannique pour y éviter le développement des moisissures. F. abaisse de 5 à 0,25 pour 100, la teneur de sa solution argentique ; la coloration des spirochètes est très nette, les précipités moins abondants.

Le baume du Canada conserve les préparations beaucoup plus longtemps que l'huile de cèdre. Pellier.

Recherche des spirochètes vivants dans le cerveau des paralytiques généraux (Nachweis von lebenden Spirochäten im Gehirn von Paralytikern), par E. Forster et E. Tomasczewski. *Deutsche medizinische Wochenschrift.* 1913, n° 26, p. 1233.

F. et T. ont trouvé 2 fois sur 6 des spirochètes vivants dans le produit de ponctions cérébrales (ponction d'après le procédé Neisser-Pollack), pratiquées sur des paralytiques généraux. Ch. Audry.

Sur l'infectiosité du lait des femmes syphilitiques (Ueber die Infeksiosität von Milch syphilitischen Frauen), par P. Uhlenhuth et P. Mulzer. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* n° 19, 1913, p. 879.

On n'a pas encore pu mettre en évidence l'infectiosité du lait des femmes syphilitiques.

2 fois, en employant du lait de femmes syphilitiques où l'examen microscopique n'avait pas montré de spirochètes, U. et H. ont réussi à provoquer une syphilis testiculaire chez le lapin ; dans le premier cas, la mère indemne d'accidents avait accouché d'un enfant syphilitique ; dans le second cas, la femme était en période floride de la maladie.

On peut donc affirmer que le lait d'une femme syphilitique peut être infectieux et c'est l'inoculation au lapin qui seule a permis de s'en rendre compte, comme seule elle a permis de reconnaître le pouvoir infectieux du sang. L'infection du fœtus peut se faire par la bouche (bien qu'on n'ait pas encore signalé de chancres de cette origine) ou bien par la voie gastrique ; mais peut-être le suc gastrique constitue-t-il une défense ? non, d'après les expériences de U. et M. ; au moins dans une expérience sur 6, la quantité de suc gastrique ayant été d'ailleurs notablement réduite.

Quoi qu'il en soit, il faut bien conclure au pouvoir infectieux du lait d'une femme syphilitique. Ch. Audry.

IV. — Étude thérapeutique.

1° Thérapeutiques diverses.

Sur les progrès de la syphilothérapie (Ueber die Fortschritte in der Behandlung des Syphilis), par E. Bering. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 34, p. 1553.

Dans cette leçon, un peu générale, je relève seulement certains points relatifs en particulier au rôle que l'on peut faire jouer à la R. W. dans la direction du traitement. Dans 92 cas de réactions négatives, on rechercha l'action provocatrice, et on a obtenu 15 fois la réactivation. Sur ces 77 cas, beaucoup avaient été traités insuffisamment. 2 fois, le réaction resta négative chez des sujets porteurs de manifestations spécifiques violentes : on ne peut être trop prudent en ce qui concerne toute affirmation de guérison de la syphilis. Nous ne possédons pas un seul moyen de prouver qu'une syphilis est guérie. Nous ne disposons que de probabilités. Il n'en est pas moins vrai que le traitement par le salvarsan et le calomel jouissent d'une haute efficacité et ont bien des chances d'assurer un bon pronostic aux malades. Quant au salvarsan, il est d'autant moins actif que la syphilis est plus ancienne. Ch. Audry.

L'antiluétine, nouvelle substance de thérapeutique combinée (Antiluetin, im neues Mittel der Kombinationstherapie), par M. Tsuzuki. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 21, p. 985.

T. rappelle ses recherches antérieures poursuivies avec Kolle sur la thérapeutique arsenicale des trypanosomiases.

L'antiluetine est un bitartrate de potasse et d'ammonium monoxyde $(SbO(C_4H_4O_6)_2)K(NH_4)_2H_2O$.

L'action thérapeutique de l'antiluetine (Die therapeutische Wirkung der Antiluetins), par Tsuzuki, Schibagase, Hagashi et Itano (même indication, p. 387).

L'antiluetine a été administrée en injection sous-cutanée contenant de la cocaïne. On l'a employée seule ou associée à d'autres médicaments (iode, mercure).

Elle donne de bons résultats thérapeutiques ; la dose totale doit se rapprocher autant que possible de 0,75. On injecte d'abord 0,025, puis 0,05, en arrivant à 0,15 l'injection étant répétée tous les 4 ou 5 jours.

Ch. Audry.

Sur la Lipoïodin dans la syphilis (Das Lipojodin bei Syphilis), par A. Roth. *Dermatologische Wochenschrift,* 31 mai 1913, n° 12, p. 613.

La lipoïodine est, au point de vue chimique, un produit intermédiaire entre les dérivés iodiques des acides gras généralement usités : acides gras sans addition huileuse, éthers et savons gras. C'est un éther éthylique de l'acide dijodobrassidique. R. estime que l'assimilation de ce produit, par sa régularité et sa constance, permet de l'utiliser à des doses inférieures à l'iodure de potassium. Pellier.

Sur l'iodostarine (Ueber Iodostarin), par G. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 47, p. 1489.

L'iodostarine est un bon médicament bien toléré, qui agit bien sur les céphalées de la période secondaire, et qui, dans la période tertiaire, remplit le rôle des iodiques habituels. Ch. Audry.

Sur l'iodostarine dans le traitement de la syphilis (Erfahrungen mit Iodostarin « Roche » bei der Behandlung der Syphilis), par E. Baumer. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 28, p. 1361.

L'iodostarine est un médicament bien toléré ; pris à la dose de 12 à 16 tablettes par jour il a donné de bons résultats à B. dans le traitement de la syphilis tertiaire. Ch. AUDRY.

Sur les injections intraveineuses de toxinon, une nouvelle préparation mercurielle, chez les syphilitiques et les non syphilitiques (Ueber intravenöse Injecktionen mit Toxinon, einem neuem Quecksilberpreparat, bei Syphilitischen und Nichtsyphilitischen, par GUTMANN. *Berliner klinische Wochenschrift*, nos 34 et 35, p. 1561 et 1615.

Le toxinon est un acetamino-mercurio-benzoate de soude contenant 48 pour 100 de Hg. On commence par en injecter dans les veines 0,1 le premier et le second jour ; après un jour de repos, on injecte 0,15, de 0,2 ; au bout de 10 jours, on injecte le salvarsan ou le néo-salvarsan. Ultérieurement, G. fait toujours précéder le salvarsan de 2 injections de toxinon. Les malades ainsi traités ont été exempts des parergies habituelles du salvarsan, fièvre, frisson, etc. Mais il faut remarquer que la première injection de toxinon a antérieurement provoqué la fièvre dans la grande majorité des cas, fièvre d'ailleurs éphémère, et qui fait défaut ou diminue après les injections ultérieures. Cette même réaction se présente habituellement quand on administre le toxinon aux sujets non syphilitiques, mais irrégulièrement.

Quant aux résultats thérapeutiques, ils paraissent excellents ; mais G. y reviendra dans quelques mois. Ch. AUDRY.

La stomatite mercurielle fruste, par M. A. HERPIN. *Gazette des Hôpitaux,* 14 janvier 1913, n° 5, p, 71.

L'élimination du mercure au niveau du bord libre des gencives s'accompagne de lésions locales qui portent le plus souvent sur les gencives, liséré mercuriel, gonflement hydrargirique.

Certains sujets semblent rebelles à cette affection, leurs gencives restent fermes, sans inflammation, ni décollement et l'élimination mercurielle se manifeste par des lésions portant sur les dents au niveau même du bord libre des gencives qu'il y ait ou non du déchaussement. La surface de la dent est érodée suivant la ligne gingivale, un sillon se creuse et ainsi se trouve constituée la lésion dentaire qui constitue la stomatite mercurielle fruste. E. VAUCHER.

Sur la résorbsion du mercure dans la cure de frictions (Zur-Quecksilberresorption bei Schmerkur), par H. BORUTHAU. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 193, n° 20, p. 1409.

La pénétration du mercure à travers la peau et son absorption totale sont plus élevées si l'on emploie les vasogènes mercuriels qu'avec l'onguent gris. Ch. AUDRY.

Sur l'action de l'atoxylate de mercure dans la syphilis humaine (Ueber die Wirkung des atoxylsauren Quecksilbers bei der menschlichen Syphilis), par G. HUGEL. *Dermatologische Wochenschrift,* 8 mars 1913, n° 10, p. 272.

H. a employé l'atoxylate de Hg sous forme d'émulsion à 10 pour 100 dans l'huile d'amandes douces, en injections intramusculaires de 0 gr. 05 à

0 gr. 10. L'action curative est rapide ; elle est particulièrement manifeste sur les adénites. Dans un seul cas H. a observé des symptômes d'intoxication (cyanose, tendance au collapsus). PELLIER.

Le Galyl (1116) dans le traitement de la syphilis, par L. DANEL. *Journal des sciences médicales de Lille,* nos 9, 10 et 11, février et mars 1914.

L'auteur a traité une quarantaine de malades par le *tétraoxidiphosphanoïnodiarsénobenzol,* ou Galyl, de Mouneyrat (voie veineuse). Résultats très intéressants. Le 1116 est un anti-syphilitique puissant qui paraît agir avec plus de rapidité encore que les produits d'Ehrlich, sur la roséole, les syphilides lenticulaires, les syphilomes tertiaires. Il modifie aussi très rapidement la W. R. Le Galyl ou 1116 est remarquablement bien supporté.
P. RAVAUT.

L'eau distillée contre le Salvarsan dans le traitement de la syphilis (Distilled water versus salvarsan in the treatment of syphilis), par G. ARBOUR STEPHENS. *British Medical Journal,* 5 avril 1913, p. 706.

S. déduit de savantes recherches sur les colloïdes, la catalyse, la tension des liquides que les injections hypodermiques d'eau distillée pure à la dose de 6 à 10 centimètres cubes par jour durant deux à quatre semaines est un excellent traitement de la syphilis. Mercure et Salvarsan auraient de simples effets catalytiques, que l'eau distillée possède à un titre égal. L'eau distillée peut faire naître par ses actions catalytiques des anticorps suffisants à influencer le cancer, la syphilis et d'autres maladies aussi.

Les observations données par l'auteur sont un peu succinctes pour que le traducteur puisse en juger sainement; elles signalent des résultats favorables. G. PETGES.

2° Thérapeutique par le Salvarsan.

Infusion ou injection de Salvarsan (Infusion oder Injection der Salvarsans), par ZIMMERN. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* no 20, 1913, p. 1087.

Z. a étudié le procédé de Fehde, qui injecte le Salvarsan (ancien) à raison de 0,40 à 0,50 dans 10 centimètres cubes de solution, dans 78 cas. On poussait très lentement l'injection (2-3 minutes). Il y a eu 27 fois de la fièvre, 39 fois des frissons, etc. Au demeurant tolérance acceptable et pas d'accident sérieux ; mais les parergies beaucoup plus fréquentes.

L'examen des urines a paru montrer que l'élimination était bien plus massive après l'injection de la solution concentrée. Ch. AUDRY.

Ma pratique du Salvarsan (Meine Erfahrungen über Salvarsan), par Th. SPIETSCHKA. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, no 24, p. 974.

Conclusion extrêmement favorable sans rien de nouveau.

Pas d'accidents. On ne parle pas des résultats éloignés. Ch. AUDRY.

Sur 1000 injections sous-cutanées de Néosalvarsan (Ueber tausend subkutane Neosalvarsaninjektionen), par W. WECHSELMANN. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, no 24, p. 1309.

W. recommande la solution dans de l'eau fraîchement stérilisée, salée à

7 pour 1 000 à une concentration de 0,10 par centimètre cube, il a du reste injecté jusqu'à 0,90 par centimètre cube. La tolérance locale est parfaite, la douleur réduite à une sensation de brûlure qui dure 2 heures environ. Mais il faut avoir soin de pousser l'injection exactement au-dessus du fascia superficialis ; le voisinage du grand trochanter est la meilleure zone opératoire. Il est vrai qu'une de ces injections est aussi difficile à bien faire qu'une intra-veineuse. Si l'aiguille est arrêtée au niveau juste, le liquide injecté a une tendance à revenir dans l'aiguille. W. conseille de faire précéder l'injection médicamenteuse d'une injection d'eau salée pour se rendre compte de la résistance et de l'infiltration du tissu conjonctif. Le Néosalvarsan est mieux résorbé que l'ancien ; 75 à 80 pour 100 du médicament injecté se résorbe dans la semaine.

W. n'a jamais eu d'accidents d'intoxication, bien qu'il ait employé jusqu'à 0,90 en une fois, et des doses totales maxima de 6 grammes.

Ch. Audry.

Quelques cas de syphilis, de lèpre et de psoriasis traités par le 606 (Alcuni casi di sifilide, e psoriasi trattati col 606), par Alberto Serra. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle* vol. LIV, 1913, p. 182-214.

S. rapporte une série d'observations et conclut en ces termes : le remède d'Ehrlich est doué d'une très grande affinité pour l'agent spécifique de la syphilis, qu'il fait rapidement disparaître des lésions à toutes les périodes de l'infection et cela, presque toujours plus rapidement que ne le ferait le mercure. Cependant dans certains cas l'action du 606 est inférieure à celle de ce dernier médicament et même, dans de rares cas, elle est nulle. Le 606 ne réalise pas la *therapia magna sterilisans* mais, employé concurremment avec le mercure, il donne des résultats plus durables. Employé avec prudence il peut être sans danger. Enfin, on doit le considérer comme un adjuvant précieux dans la cure de la syphilis et le tenir pour absolument indiqué dans les cas : d'idiosyncrasie pour le mercure ;— toutes les fois que ce dernier médicament s'est montré incapable de juguler l'infection ou même toutes les fois que l'amélioration d'abord obtenue ne se continue pas ; — dans les cas de syphilis maligne, de syphilis grave, ou lorsqu'il y a un intérêt social à obtenir une rapide stérilisation. H. Minot.

Sur les enfants des mères traitées par le Salvarsan (Salvarsan behandelte Mütter und ihre Kinder), par S. Wolf. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 25, p. 1199.

Une femme enceinte est traitée énergiquement pendant le premier mois de sa grossesse par le Salvarsan et accouche d'un enfant en apparence très sain. Ce n'est qu'au bout d'un mois et demi que les accidents spécifiques les plus graves apparurent brusquement et entraînèrent la mort (lésions du foie, pneumonie blanche, etc.). La R. W. était d'ailleurs positive chez la mère après l'accouchement. Ch. Audry.

Sur la guérison de la syphilis par le traitement combiné : mercure et Salvarsan (Ueber die Heilung der Syphilis durch die kombiniete Salvarsan — Quecksilberbehandlung), par Scholtz et Ribes. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 30, p. 1441.

Sur 316 malades atteints de syphilis primaire ou secondaire, traités pendant les 2 premières années de la syphilis par des doses massives de Salvarsan associées au mercure, S. et R. ont rencontré 38 récidives (dont 13 seulement sérologiques ; sur ces 38 récidives, 32 appartenaient à la syphilis secondaire qui comptait 231 patients sur 316 sujets. Mais il faut dire que un très grand nombre de malades (plus de la moitié) n'avaient pas été suivis plus de 6 mois. Dans les mêmes conditions (évidemment insuffisantes ! N. d. T.), il n'observe aucune récidive sur les 44 porteurs de chancre de sa clientèle privée, et 6 récidives sur 45 de la policlinique.

S. n'a pas eu de neuro-récidives. Avec le Salvarsan ancien (2 000 cas), il n'a jamais eu de décès, tandis qu'il a perdu 2 malades sur 300 injectés avec le néo-Salvarsan. Un de ces cas succomba à une encéphalite probablement arsenicale.

Le malade était un homme de 22 ans qui avait bien toléré 4,50 de néo-Salvarsan injecté en 2 jours. Le malade avait aussi fait 35 frictions mercurielles et se trouvait en parfait état avec R. W. négative, quand on lui injecte 1,50 de néo-Salvarsan en 3 jours ; mort 3 jours plus tard avec le syndrome convulsif habituel.

Le second cas s'est produit dans des conditions exactement semblables : il s'agissait d'une femme dont tous les accidents avaient été complètement guéris par une cure antérieure de néo Salvarsan et de Hg, et qui cependant reçut en 4 jours 1,50 de néo-Salvarsan.

S. et R. concluent que le Salvarsan et le mercure employés comme ils l'ont fait procurent une guérison définitive de la syphilis dans un très grand nombre de cas.

Ils pensent que le néo-Salvarsan est inférieur à l'ancien. Ils admettent que leurs deux malades sont bien morts d'encéphalite arsenicale qui peut trouver sa cause dans une prédisposition du cerveau ou dans une élimination insuffisante. Ch. Audry.

L'action sur le sang des injections répétées de Salvarsan et de Néo-Salvarsan (Die Einwirkung wiederholter Salvarsan-und Neosalvarsaninjektionen auf der Blut), par K. Heden. *Dermatologische Wochenschrift*, 19 et 26 avril 1913, nos 16 et 17, p. 445 et 474.

La plupart des travaux antérieurs sur ce point ont étudié les modifications sanguines après une seule infusion. Au contraire les résultats de H. portent sur des sujets soumis à des injections répétées à des intervalles de 4 jours, avec un maximum de 8 injections. La première recherche a été pratiquée de 6 à 8 heures après l'injection.

La première injection détermine dans la plupart des cas un abaissement de la pression sanguine. Cet abaissement se manifeste encore mais à un moindre degré après la deuxième et la troisième injection. Il persiste de 1 à 3 jours et semble dû plutôt au remède qu'à son véhicule.

La teneur du sang en hémoglobine subit également une diminutien. Les hématies sont peu modifiées. Les leucocytes subissent après la première injection une augmentation qui devient très peu sensible après la seconde et la troisième. Le pourcentage des leucocytes neutrophiles est également augmenté. Pellier.

Analyse expérimentale et clinique de la fièvre du Salvarsan (Die

experimentelle und klinische Analyse des Salvarsansfieber), par F. Luithlen et V. Mucha. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 29, p. 924.

La fièvre s'observe dans 40 pour 100 des cas de syphilis traités par l'injection intraveineuse de Salvarsan. On ne peut pas attribuer cette fièvre à une destruction des spirochètes, car elle se produit parfois chez des individus non syphilitiques, et aussi chez les animaux non infectés de syphilis. Mais chez les animaux, la fièvre ne se produit qu'avec l'injection sodique, c'est donc une fièvre consécutive à des destructions cellulaires. D'autre part, la réaction fébrile est plus fréquente et plus intense quand il s'agit de malades porteurs de lésions ulcérées (phimosis, etc.) ou présentant une réaction de Herxheimer violente. La fièvre, en certains cas, est donc probablement due à la résorbtion des cellules, c'est à-dire due à une destruction des cellules. C'est d'ailleurs ce qui expliquerait pourquoi la fièvre ne se produit habituellement qu'après la première injection qui détermine au maximum cette résorbtion de cellules en voie de destruction.

Ch. Audry.

Le néosalvarsan doit-il être employé comme traitement ambulant? (Darf das Neosalvarsan ambulant angerwendet Werden?), par A. Wolff et D. Mulzer. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1913, n° 19, p. 879.

W. et M. répondent à un article récent de Touton. Ils estiment qu'à petites doses, le néosalvarsan est insuffisant et qu'à fortes doses il est plus toxique que le Salvarsan.

Chez une fille de 29 ans, ils ont eu une mort par myélite aiguë, probablement arsenicale (3 gr. 30 en 9 jours). Ils préfèrent donc le Salvarsan ancien ; mais d'une manière ambulante, ils n'emploient celui-ci qu'à doses faibles, ce qui ne les a pas empêchés de perdre une malade d'hémorragie cérébrale arsenicale, après une injection de 0,30.

Quoi qu'il en soit, W. et M. jugent que le néosalvarsan ne doit guère être considéré comme un traitement ambulatoire, et qu'il faut encore attendre les faits pour porter un jugement valable sur la valeur et le danger du néosalvarsan. Ch. Audry.

Recherches expérimentales et cliniques sur la toxicologie du Salvarsan (Klinischer und Fierexperimenteller Beitrag zur Toxikologie des Salvarsans), par F. Mindreich. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. XX, n° 5, p. 393.

Cliniquement, c'est avec la solution faiblement alcaline de Salvarsan, dans de l'eau fraichement distillée qu'on obtient le minimum de réactions fébriles ou autres. L'addition de chlorure de sodium a plutôt des inconvénients à ce point de vue. Mais la tolérance des parois veineuses paraît plutôt facilitée par celui-ci. La solution faiblement acide est bien plus mal tolérée.

Il en est de même chez l'animal, surtout si l'on emploie une solution privée de chlorure de sodium. Ch. Audry.

Cas remarquable de mort après le Salvarsan (Ein merkwürdiger todesfall nach Salvarsan), par Krol. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 31, p. 1712.

Homme de 59 ans ayant contracté la syphilis en 1882. Premiers accidents de tabes en 1898.

Le 15 février 1911, 0,40 de Salvarsan intra-veineux; le 6 mars 0,60; le 26 mars 0,45; le 26 avril 0,45; le 24 mai 0,60; le 9 octobre 0,60; le 25 février 1912, 0,60; le 2 avril, 0,60. 15 jours plus tard, infiltration sanguine diffuse de la peau du ventre; puis toux, dyspnée, convulsions, coma et mort après 6 jours d'accidents.

A l'autopsie, dégénérescence avancée des muscles droits de l'abdomen. Il n'existait pas d'encéphalite hémorrhagique. Cependant c'est la forme dite asphyxique d'empoisonnement arsenical. Le malade n'avait jamais pris de mercure (on sait que Wechselmann prétend mettre à la charge de Hg un certain nombre de ces cas). Il faut remarquer la longue période silencieuse (15 jours) qui s'est écoulée entre la dernière injection et l'apparition des premiers symptômes de l'empoisonnement. Ch. Audry.

7 cas de maladies cérébrales après le traitement par le Salvarsan (Sieben Fälle von cerebralen Erkrankungen nach Salvarsanbehandlung), par V. Caesar. *Dermatologische Zeitschrift*, 1913, t. XX, p. 569.

Sur ces 7 cas, trois furent suivis de mort; le premier (un homme de 21 ans, atteint de chancre) succomba à une encéphalite hémorragique qui se manifesta après une seconde injection de 0,60 et se termina au bout de 4 jours après les accidents naturels (convulsions, coma);

Dans le second cas, une femme de 19 ans, en syphilis secondaire, succomba à une hémiplégie (encéphalite et ramollissement) 2 jours après la la troisième injection.

Dans le troisième cas, un homme de 22 ans, en syphilis secondaire, périt d'encéphalite (convulsions, coma), 12 jours après une première et unique injection de 0.40 Salvarsan.

Les quatre autres cas se manifestèrent sous forme d'attaques épileptiformes, et se terminèrent par guérison, 3 de ces 7 malades étaient alcooliques, 2 présentaient des anomalies psychiques.

C. conclut que le Salvarsan possède une action toxique sur les capillaires cérébraux; action paralysante des éléments contractiles. Mais cette action peut s'exercer sur d'autres capillaires que ceux du cerveau. Il y a donc lieu d'étudier soigneusement les antécédents de ce côté, et il ne faudra pas employer le Salvarsan chez les individus dont les capillaires cérébraux ne sont pas irréprochables. Il est probable que les intoxications chroniques antérieures (alcool), jouent un rôle favorisant dans la production de ces accidents. Ch. Audry.

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE DE LA DYSTROPHIE PAPILLAIRE ET PIGMENTAIRE (ACANTHOSIS NIGRICANS) ASSOCIÉ A UN CANCER PULMONAIRE

Par le Pr **Petrini de Galatz** (Bucarest).

AVEC UNE PLANCHE EN COULEURS ET 5 FIGURES DANS LE TEXTE.

Cette dermatose quoique rare est cependant bien connue des dermatologistes ; mais nous ignorons encore sa pathogénie. C'est pourquoi les recherches faites sur cette pathogénie doivent, selon nous, être enregistrées et livrées à la publicité. Aussi ayant eu dernièrement l'occasion d'avoir dans mon service de la clinique un malade atteint de cette dermatose, qui comme on le verra dans l'observation, mourut, nous pûmes faire la nécropsie et étudier quelques-uns de ses organes, il nous a semblé que sans éclaircir nos connaissances de pathogénie sur cette maladie, par l'étude de notre cas, il contribuera au contraire à mettre en doute celle qui est rapportée par quelques auteurs.

D'un autre côté la connaissance de l'acanthosis nigricans et son association dans la majorité des cas à une néoplasie cancéreuse des organes de la cavité abdominale, autorise le dermatologiste en présence d'un cas d'acanthosis nigricans, avec symptômes d'une telle néoplasie, siégeant dans une autre région, que la cavité abdominale, de formuler un semblable diagnostic et avoir l'occasion par la suite de se convaincre par la nécropsie, que ses soupçons étaient fondés.

C'est le résultat auquel je suis arrivé dans le cas que je publie aujourd'hui.

Mon malade, comme son observation le montrera, étant reçu dans mon service et présentant les lésions tégumentaires appartenant à cette dermatose, offrait en outre des signes d'une tumeur néoplasique siégeant dans la cavité thoracique.

Or quoique à ma connaissance, jusqu'à présent, l'acanthosis nigricans n'ait coïncidé qu'avec des cancers des organes de la cavité abdominale : estomac, foie, intestins, utérus, j'ai tout de même, comme je viens de le dire, établi le diagnostic du cancer du poumon par les considérations mentionnées ci-dessus.

Il n'entre pas dans mes intentions de faire l'histoire complète de l'*acanthosis nigricans,* mais nous devons au moins mentionner les travaux des confrères qui en ont établi les bases et ont décrit la maladie pour la première fois et mentionner aussi les travaux les plus récents sur la question.

C'est du premier congrès de dermatologie et de syphiligraphie, tenu à Paris en 1889, que datent nos connaissances sur cette dermatose.

En effet, c'est à ce congrès que Unna (de Hambourg) attira l'attention des membres du congrès sur cette maladie, en présentant les photographies du premier cas observé par lui, de l'année 1884 et publié ensuite avec son autorisation par son assistant Pollitzer (1).

La dénomination d'acanthosis nigricans donnée à cette maladie appartient aussi à Unna, mais Darier (2) qui avait observé cette maladie peu avant Pollitzer, lui donna le nom de *dystrophie papillaire pigmentaire,* qui est accepté par quelques auteurs de préférence et est justifié.

Dans le cas de Pollitzer, après six années l'état de la peau qui au commencement de la maladie avait l'aspect de l'acanthosis nigricans changea peu à peu et s'approcha de la normale; mais l'œdème des pieds et la faiblesse s'accentuèrent; une anasarque et oligurie, associée à un météorisme; puis anurie complète, des phénomènes urémiques et une insuffisance cardiaque enlevèrent la malade qui était âgée de 68 ans.

La nécropsie ne fut pas permise; mais on a admis un cancer latent abdominal, chose fort probable, vu le cortège de symptômes mentionnés.

Ianowsky (3) publia le deuxième cas observé par lui en 1889. Son malade était âgé de 42 ans et offrait les lésions de la peau, des cas typiques d'acanthosis nigricans. Ce malade se plaignait dès l'âge de 25 ans de troubles digestifs, de vomissements, puis de l'ictère, récidivant souvent, mais, à part ces phénomènes, il était bien portant.

Il refusa une biopsie que Ianowsky lui avait proposée. Il est probable aussi que dans ce cas il eut une néoplasie de la cavité abdominale, estomac ou foie à marche latente.

Les recherches que nous avons faites parmi les auteurs sur la pathogénie de cette dermatose ne nous ont pas fait découvrir quelque chose de précis et même sa dénomination varie selon les auteurs.

C'est ainsi que Rad. Crocker (4) emploie le mot de keratosis nigricans. Hallopeau (5) celui de dystrophie papillo-pigmentaire.

(1) *Atlas international des maladies rares de la peau,* 1890.
(2) *Pratique dermatologique,* t. I, p. 184.
(3) Même *Atlas international, loc. cit.*
(4) *Diseases of the skin,* 1905, vol. I, p. 545.
(5) HALLOPEAU, *Traité pratique de dermatologie,* p. 193.

Mais dans plusieurs cas, notamment dans ceux publiés par Darier (1), on a constaté que les troubles gastriques ont précédé de plusieurs années les manifestations du tégument.

C'est donc une dermatose secondaire, à une néoplasie des viscères, bien individualisée. Et c'est toujours Darier, qui a mis en évidence les rapports des altérations de la peau, avec une néoplasie cancéreuse de la cavité abdominale.

Mais cette association d'une néoplasie avec les altérations du tégument paraît n'être pas constante et c'est pour de tels cas, que Darier a admis une forme juvénile dans laquelle les néoplasies feraient défaut.

Pourtant on ne pourrait affirmer, il me semble, que dans cette dernière forme, avec le temps, si l'on pouvait assez longtemps suivre les malades, qu'à un moment donné les phénomènes de néoplasie ne viennent à se manifester.

Il me semble que de la sorte il est intéressant de poursuivre ces malades de longues années, et pour ma part je suis toujours en réserve pour le pronostic de tous cas d'acanthosis nigricans.

Le cas que j'ai communiqué à la Société française de dermatologie (2) qui concerne un jeune homme de 19 ans et chez lequel la maladie aurait commencé à l'âge de 15 ans, par la pigmentation punctiforme de la nuque, ne fut pas, selon l'affirmation du malade, précédé ni accompagné de troubles généraux.

Pourtant ce malade, quoique en apparence, jouissait d'un bon état général, il était assez maigre, quoique laboureur de la campagne, et avait une dilatation de l'estomac bien évidente.

A son entrée dans le service, il pèse 53 kilogrammes pour la taille de 1 m. 66 ; à la sortie du service, après cinq mois de séjour dans nos salles il avait gagné 500 grammes. Il est donc peu développé et resta maigre malgré l'absence des troubles généraux manifestes ; je me suis donc imposé la réserve pour son avenir.

Les auteurs et Brocq dans son traité (3) disent que cette dermatose est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et quoique l'affection puisse débuter à tout âge, elle serait plus fréquente de 30 à 40 ans.

De mon côté je n'ai observé que 3 cas jusqu'à présent et dans ces 3 cas il s'agissait des hommes. Un seul cas se rapportait à une femme âgée de 69 ans, que j'ai observé en 1908 à Vienne dans la clinique de notre cher collègue Riehl. Chez cette malade la dermatose commença par une grande démangeaison, accompagnée d'un ictère sous la dépendance d'une affection du foie.

Stelwagon (4), parlant de l'étiologie de cette maladie, dit qu'elle est

(1) *Annales de dermatologie*, 1893 et 1895.
(2) *Bulletin de 1909*, séance du 19 avril, p. 414.
(3) *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, t. II, p. 529.
(4) Stelwagon, *Disease of the skin*, 1908, p. 497.

inconnue, mais l'association du cancer dans la majorité des cas autorise à en faire la cause principale.

Quant à l'âge, il cite l'analyse de Burmeister qui dit qu'en 14 cas la maladie fut observée avant 20 ans; 1 cas entre 20 et 30 ans; 3 entre 30 et 40 ans; 5 entre 40 et 50 ans; 2 entre 50 et 60 ans; 1 entre 60 et 70 ans et enfin 1 entre 70 et 80 ans.

Comme nous venons de le voir c'est de la première observation d'Unna de 1884 que dateraient nos connaissances sur ce syndrome dermatologique, cependant Rad. Crocker (1) paraît avoir le premier observé un tel cas. Il s'agit d'un jeune homme robuste, âgé de 22 ans, chez lequel la pigmentation et les productions papillomateuses étaient très développées, mais les mains et les muqueuses étaient indemnes. Pourtant cette observation n'étant pas complète on ne saurait la considérer comme un cas type de ce syndrome.

Giovani (2) publie l'observation d'un homme âgé de 31 ans chez lequel la maladie a commencé à l'âge de 3 ans, les viscères paraissant à l'état normal.

De l'étude de son cas l'auteur tire la conclusion que l'on doit admettre deux formes de cette affection: l'une développée dans l'enfance sans trouble de l'état général, c'est la forme bénigne; l'autre forme à tumeur, forme maligne.

La pathogénie n'est pas discutée par l'auteur.

Wollenberg (3) de la policlinique du Pr E. Lesser de Berlin, dans une petite revue sur la question, cite une observation de Doutrelepont, où toute l'étendue de la surface cutanée était pigmentée, épaissie et rude au toucher; quoique aux sièges de prédilection de cette dermatose les lésions étaient encore plus prononcées. Il cite encore les observations des auteurs allemands, dans lesquelles toute la muqueuse buccale était atteinte et quelquefois même la paroi supérieure de la muqueuse pharyngienne était prise.

Enfin il cite le cas bien connu de Spietschka (4) d'acanthosis nigricans, accompagné d'un Deziduom malign (cancer) dans lequel l'utérus ayant été extirpé en totalité, le syndrome cutané disparut après quatre mois et demi, la peau ayant pris sa coloration normale. Cependant après une année et demie la peau prit de nouveau la coloration d'acanthosis nigricans. Mais l'on sait d'autre part que le déciduome malin, variété de tumeur maligne de l'utérus, se développe après un accouchement ou un avortement, et prend naissance probablement aux dépens des débris de la caduque reténus dans l'utérus, de sorte que l'état pigmentaire du tégument dans le cas de Spietschka, ne peut être selon

(1) *Loc. cit*, p. 548.
(2) *Giornale Italiano delle malatic veneree e della pelle*, 1912.
(3) *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1912. — Beitrag zur kentniss des Acanthosis nigricans.
(4) Dystrofie papil. et pig. *Arch. für Derm. und Syph.*, 1898.

moi considéré comme le syndrome de cas types de la dermatose qui nous occupe.

Enfin pour terminer avec le résumé analytique de quelques travaux sur ce syndrome, nous mentionnerons la communication d'Arndt, faite à la Société berlinoise de dermatologie en janvier 1913 (1).

Il s'agit d'un malade âgé de 39 ans, chez lequel les lésions du tégument se sont généralisées à plusieurs régions après six mois. Ce malade, quoique relativement bien comme état général, a perdu 15 kilogrammes de son poids dans les trois derniers mois ; il se plaint de maux d'estomac et de la constipation ; mais malgré l'examen par les rayons X, on ne découvrit qu'une gastrite chronique.

Quant aux lésions tégumentaires elles se présentent comme dans les cas type d'acanthosis nigricans avec l'existence de verrues séborrhéiques sur le cuir chevelu, où les cheveux sont décolorés et en partie tombés.

Les poils des cils, des sourcils, de l'aisselle et de la région pubienne ont subi la même altération, et ces régions sont aussi raréfiées.

Le malade se plaignait toujours de ses démangeaisons qui pouvaient à peine être calmées par une médication appropriée ; je signale ce symptôme puisqu'il manque dans beaucoup de cas.

L'auteur dit que dans la majorité des cas les lésions tégumentaires sont associées aux néoformations malignes de l'estomac, des intestins, du foie, de l'utérus, c'est ce que l'on savait jusqu'alors.

Il s'agissait donc comme on vient de le voir d'un cas d'acanthosis nigricans chez un adulte, chez lequel on n'avait constaté qu'une gastrite chronique. Pourrait-on dans ce cas s'attendre par la suite, en suivant le malade par découvrir un néoplasme latent abdominal ?

Ceci étant dit, voici maintenant l'observation de notre malade.

Le 30 novembre 1910, est entré dans mon service de l'hôpital Coltza le nommé V. D., âgé de 47 ans, de nationalité roumaine, menuisier de profession, domicilié à Bucarest.

Après quelques jours j'ai mis le diagnostic suivant : *Acanthosis nigricans, cancer du poumon gauche.*

L'observation est prise par le Dr Davidesca, assistant de la clinique.

Antécédents. — Ses parents, père et mère, sont morts depuis longtemps, il ne sait pas la cause. Il a eu un frère qui mourut seize ans auparavant de tuberculose pulmonaire. Il a encore deux sœurs qui sont bien portantes.

Antécédents personnels. — Étant enfant a eu la variole ; plus tard une urétrite blennorrhagique ; il nie d'autres maladies vénériennes. Il s'est marié à 19 ans ; sa femme est bien portante. Ils ont six enfants, deux garçons et quatre filles, qui sont tous bien portants.

(1) *Dermatologische Zeitschrift*, heft 4, april 1913.

Le malade dit qu'il a été bien portant tout le temps et ce n'est que depuis une année qu'il commença à perdre ses forces et à maigrir.

Histoire de sa maladie. — En janvier de cette année, le malade s'est aperçu d'une douleur du côté gauche de la région thoracique avec irradiation vers l'aisselle correspondante et dans le dos vers la région de l'omoplate du côté gauche.

A cette occasion ayant cessé son travail, sa femme attira son attention sur la coloration noirâtre de la peau de sa figure et des aisselles.

La faiblesse générale devint plus prononcée et d'autres régions du tégument devinrent noirâtres. Bientôt il ressent une sécheresse de la bouche, une soif intense et de l'insomnie, à cause d'une toux avec expectoration.

Il dit que les crachats étaient rougeâtres de temps en temps.

Puis ensuite il s'est aperçu d'une certaine tuméfaction du côté gauche de la région pectorale, où il avait ressenti tout d'abord la douleur mentionnée, douleur qui n'a jamais cessé depuis et qui par son intensité l'empêcha de dormir.

Pourtant l'appétit était encore conservé et les garde-robes étaient normales.

Après avoir suivi un traitement ordonné par quelques médecins, et n'ayant obtenu aucune amélioration, il est venu à notre clinique où il fut alité dans nos salles.

État présent à son entrée. — Le malade est très amaigri, il tousse et expectore fréquemment accusant de douleurs du côté gauche de la région pectorale avec irradiation vers l'épaule et l'aisselle de ce même côté.

Par l'inspection de la région je constate une tuméfaction de ce même côté, faisant un certain relief ; la percussion de la région mammaire et pectorale gauche est douloureuse, elle nous montre une matité.

Cette constatation d'une tumeur, accompagnée d'une toux, avec expectoration sanguinolente, chez ce malade aux téguments noirâtres, me fit diagnostiquer un *cancer pulmonaire* qui bientôt fut démontré par la nécropsie.

Du côté du tégument externe on constate : *Le cuir chevelu* est en état pityriasique et les cheveux sont raréfiés.

Oreilles. — La peau des oreilles est d'un noir grisâtre, le toucher donne une sensation de sécheresse.

Front. — La peau de cette région est noirâtre à l'aspect d'une incrustation pigmentaire, les plis et les sillons sont plus prononcés ; cette même coloration et cet aspect se continuent du côté des régions temporo-maxillaires, où le toucher donne la sensation rude, et sur la surface on observe aussi quelques verrues sessiles d'un rouge noirâtre, comme de petits pois.

La peau du visage qui est aussi très noirâtre offre aussi les cica-

trices de la variole, qu'il a eue dans son enfance (voir fig. 1). Les plis et sillons de la peau sont ici très prononcés.

Paupières. — Même coloration noirâtre et vers leurs parties externes on aperçoit une ébauche de quelques petites végétations rougeâtres, filiformes et vers le milieu de la paupière supérieure gauche, on

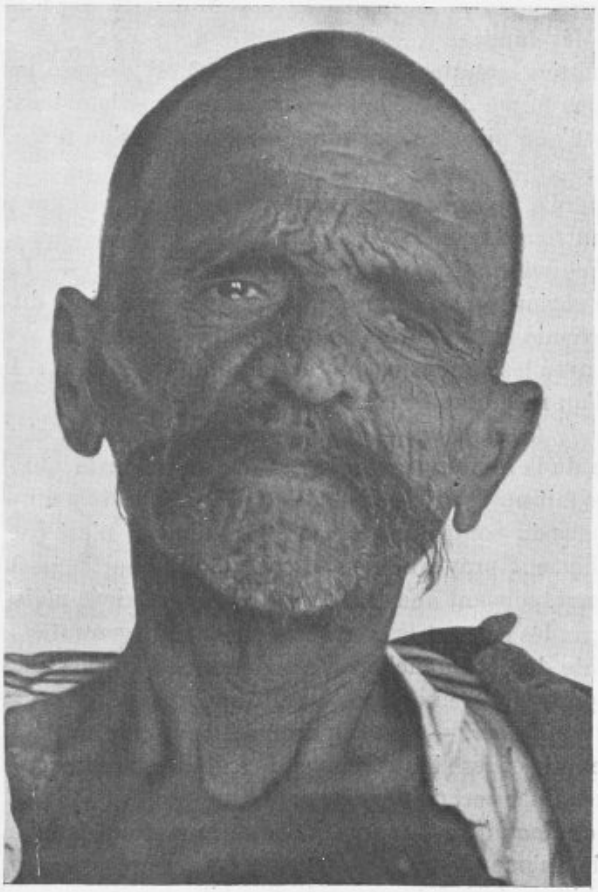


Figure 1.

constate aussi un petit papillome comme une graine de chènevis, on constate aussi un léger catarrhe conjonctival.

Sillons naso-géniens. — Ici on constate de même qu'aux commissures de lèvres quelques petits papillomes noirâtres filiformes, plus nombreux du côté droit de la commissure buccale.

Globes oculaires. — Sur la cornée droite et gauche, immédiatement en bas des pupilles, on constate une tache opaque comme un grain de millet.

Cavité buccale. — La langue est sèche, rougeâtre, fendillée et entre les plis on constate quelques petites végétations filiformes, rougeâtres.

Il se plaint de la sécheresse de la bouche. Il n'a que deux canines au maxillaire inférieur ; il dit avoir commencé à perdre ses dents à l'âge de 22 ans.

Ganglions sous-maxillaires. — A l'état normal.

Régions cervicales. — La peau du cou est noirâtre sur toute son étendue. Mais on distingue qu'à la nuque cette coloration représente une mosaïque noirâtre à incrustation pigmentaire avec les plis et sillons très développés.

Sur les parties latérales du cou, cet aspect est disposé par certains endroits, sous forme des médaillons noirâtres papillomateux ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes et d'un franc, rudes au toucher.

Par ici, par là, on constate aussi sur ces régions quelques papillomes sessiles d'un rouge brunâtre.

Tronc. *Région antéro-supérieure de la poitrine.* — La peau de toute cette région est noirâtre à plis et sillons en relief ; du côté droit vers la clavicule il y a trois petites plaques noirâtres à aspect de mosaïque, avec les dimensions d'une pièce de deux francs. Les mamelons sont d'un noir brunâtre à plis très développés.

Le siège de la tumeur. — Au niveau de la première et de la quatrième côte de la région pectorale gauche, on constate que la tumeur mentionnée fait un certain relief très visible ; cette tumeur paraît sous la dépendance du poumon de ce côté. La tumeur n'est pas pulsatile, son attouchement provoque de la douleur. A la partie postérieure du du tronc correspondant à la tumeur on n'observe rien, mais le malade étant maigre, les côtes et les vertèbres sont très apparentes. Au niveau de l'omoplate du côté gauche on voit plusieurs taches cicatricielles, restes des pointes de feu qu'on lui avait appliquées.

Régions axillaires. — La peau du fond de ces régions est d'un brun noirâtre, les plis et les sillons des bords axillaires sont plus développés, papillomateux par certains endroits.

Région de l'ombilic. — La peau de cette région, dans une étendue plus grande qu'une pièce de cinq francs en argent, est d'un brun noirâtre et papillomateuse et autour de l'ombilic proprement dit, il existe trois petites verrues d'un rouge noirâtre, sessiles et molles au toucher.

Région pubienne et génitale. — Ici on constate de même une coloration presque noire de la peau, qui est papillomateuse en grande partie, et entre les sillons génitaux cruraux on constate plusieurs petits papillomes noirs.

Ganglions inguinaux. — Ils sont gros comme des noisettes.

Région anale. — Les régions périanale et périnéale sont très pigmentées ; la muqueuse anale est d'un rouge brunâtre.

Membres supérieurs. *Membre supérieur droit.* — La peau du bras est noirâtre, sèche au toucher, ichtyosique et au pli du coude la colo-

ration de la peau est encore plus noire, kératosique ; par la palpation on a la sensation d'avoir touché une lime rude.

Rien d'anormal concernant la peau de l'avant-bras de ce côté.

Mains. — La face dorsale de la main est noire ; la peau est sèche, les plis et sillons très prononcés ; l'élasticité de la peau en partie perdue.

Au niveau des articulations des doigts la peau est plus pigmentée, kératosique, papillomateuse, rude au toucher ; les doigts paraissent ainsi plus volumineux.

Ongles. — Les ongles ont l'aspect hippocratique.

La paume de la main a un épiderme très épais, kératinisé ; état plus prononcé encore du côté des régions thénar et hypothénar, sa coloration est jaunâtre.

Membre supérieur gauche. — Offre, d'une manière symétrique, les mêmes lésions de la peau que le membre supérieur droit ; seulement l'état acanthosique est plus prononcé au pli du coude de ce côté.

Ganglions axillaires. — Sont normaux.

Région dorso-lombaire. — De la partie moyenne en bas la peau est aussi pigmentée ; les muscles fessiers sont très réduits de volume. La peau du sillon interfessier est très noirâtre, se continuant en bas vers la région anale avec la même pigmentation, à l'aspect de mosaïque noirâtre.

Membres inférieurs. — A la face interne de la cuisse droite, la peau est sèche, un peu noirâtre, disposée sous forme de petites plaques disséminées au niveaux desquelles la coloration est plus noire ; séparée par des surfaces de peau normale, donne ainsi un aspect marbré.

Genou. — Au niveau du genou la peau est aussi noirâtre et rude au toucher.

Les muscles de la jambe sont aussi atrophiés et la peau est sèche et ichtyosique.

Pieds. — La peau de la région dorsale du pied est sèche, d'un brun sale ; sur les orteils la peau est plus noire et kératosique, papillomateuse ; entre les orteils on constate quelques petites verrues.

La peau de la région plantaire est kératosique, noirâtre.

Ongles. — Les ongles sont épaissis, offrant des striations à leur surface.

Membre inférieur gauche. — La peau de ce membre offre d'une manière symétrique les mêmes lésions que le membre du côté droit.

Genou. — Même état de peau qu'à droite. La peau de la jambe a un aspect marbré à cause de l'existence des plaques pigmentées séparées par d'autres à aspect normal.

Pied. — Mêmes lésions de peau qu'à droite.

État général. — Le malade est, comme nous venons de le dire, maigre, il tousse et crache ; quelquefois les crachats sont sanguinolents.

L'auscultation du poumon droit et la percussion nous montrent un état normal mais on constate cependant quelques râles bronchiques sibilants et ronflants.

Au poumon gauche du côté de la tumeur, de sa partie moyenne jusqu'à la base, nous constatons de la matité, le murmure vésiculaire disparu ; les vibrations un peu exagérées, de même quelques râles de bronchite. Sur la ligne axillaire gauche sonorité normale ; sous la clavicule de ce côté la percussion provoque de la douleur.

L'espace de Traube est libre.

Cœur. — Il est un peu dévié à droite ; on ne perçoit pas à la palpation les battements de la pointe du cœur.

Les organes de l'abdomen paraissent être à l'état normal.

L'urine ne contient ni sucre ni albumine : dans le dépôt de l'urine on constate des cristaux d'urates, et phosphates, pas de cylindres.

Examen microscopique et bactériologique des crachats. — Cet examen pratiqué plusieurs fois n'a mis en évidence que des staphylocoques ou des streptocoques mais pas le pneumocoque ni le bacille de Koch.

On a trouvé aussi par cet examen un grand nombre de polynucléaires.

L'examen du sang : Polynucléaires 78 pour 100.
Mononucléaires 6 pour 100.
Lymphocytes 12 pour 100.
Eosinophiles 4 pour 100.

Le malade se plaint toujours de l'insomnie, des douleurs du côté de la tumeur, de la sécheresse de la bouche, de la soif et du manque d'appétit.

Traitement. — Tout d'abord je prescris au malade des injections de morphine pour calmer sa douleur et combattre l'insomnie ; puis comme je n'ai rien obtenu avec la morphine, je lui prescris le trional ; l'exalgine ; de la limonade phosphorique pour la soif.

3 décembre. — Les crachats très sanguinolents ; je recommande ventouses sèches, vin de quinquina avec de la teinture de noix vomique et une potion pectorale avec du sirop diacode.

6 décembre. — Même état ; infusion de digitale avec de la liqueur d'ammoniaque anisée et du sirop d'opium.

8 décembre. — Même toux, douleurs et crachats striés de sang ; il se sent plus faible ; une injection d'éther ; 2 litres de lait comme alimentation.

Examen radiographique. — Quoique mon diagnostic du cancer du poumon était établi le troisième jour même de l'entrée du malade dans nos salles, j'ai prié M. le Dr Georges Severeano de faire la radiographie du cas ; le résultat a été le suivant : toute la partie gauche du thorax était opaque, on a remarqué aussi aux rayons X quelques nodules plus opaques, faisant corps avec le poumon.

12 décembre. — Je prescris 30 gouttes d'adrénaline de la solution 1 pour 1000 dans une potion pectorale ; localement badigeonnage à la teinture d'iode avec gaiacol.

24 décembre. — Même état, la même médication prescrite le 12 décembre. Il est plus faible, reste dans un état de somnolence.

Le pouls bondissant, fièvre 38°,3, injection d'éther et ventouses sèches.

30 décembre. — Le malade est très abattu ; pas d'appétit, injection de caféine.

31 décembre. — Il a passé une très mauvaise nuit et à 7 heures du matin il s'est éteint doucement.

La nécropsie nous donne le résultat suivant :

Moelle épinière. — Les vaisseaux sont congestionnés, tout le long de la moelle sous la dure-mère ; cette congestion est plus intense à la région lombaire.

Cerveau. — Les vaisseaux sont très congestionnés dans les circonvolutions cérébrales ; la congestion se continue à la base du cerveau.

Les vaisseaux de l'hexagone de Willis sont de même congestionnés.

Les ventricules latéraux contiennent un peu de liquide clair citrin.

Par la section, la masse cérébrale montre aussi une certaine congestion.

Le cervelet. — A la section on observe une légère congestion.

Cavité thoracique. — A l'ouverture de la cavité thoracique on constate du côté gauche à la partie antéro-supérieure, une tumeur de couleur rougeâtre occupant une étendue de 8 à 10 centimètres, siégeant de la deuxième à la quatrième côte. Le poumon gauche étant adhérent à ce niveau avec les côtes, on a été obligé de faire la section de ces côtes autour de la tumeur, qui pour l'enlever du thorax se présentait comme un bloc massif ; la tumeur a les dimensions d'une tête de fœtus.

A ce niveau, la portion pleurale correspondante était très épaissie et adhérente aux côtes.

Dans la cavité pleurale de ce côté on trouva une quantité de 400 à 500 grammes de liquide rosé.

Sur la surface médiastinale de la membrane pleurale qui est très épaissie, on constate quelques nodules néoplasiques, gros comme de petites noisettes.

La consistance de la tumeur est rénitente à la périphérie et à l'état de caverne vers son centre ; par la section elle a un aspect lardacé et en raclant avec un bistouri on fait sortir du liquide rougeâtre. Le centre de la tumeur qui est transformé en caverne contient aussi du liquide séro-sanguinolent et purulent.

A la partie postérieure du lobe supérieur de ce poumon on observe 5 tubes bronchiques dilatés, remplis par un mucus jaunâtre bien lié. Le reste de ce poumon a un aspect ardoisé.

Le raclage à la surface du lobe inférieur montre un liquide rougeâtre peu aéré.

Les ganglions du hile de ce poumon sont augmentés de volume, formant un bloc et à l'aspect anthracosique.

Péricarde. — Il contient un peu de liquide citrin.

Cœur. — Il est flasque et on observe sur le péricarde la vascularisation et quelques plaques laiteuses, se continuant un peu sur la crosse de l'aorte. La couche externe de la crosse présente les arborisations vasculaires très prononcées.

Le cœur droit est couvert en partie par du tissu graisseux ; les artères coronaires sont flexueuses. La musculature du ventricule droit est amincie et sa cavité contient quelques caillots fibrineux. La valvule tricuspide est un peu épaissie. La musculature du ventricule gauche est épaissie, décolorée ; les valvules un peu sclérosées.

L'artère pulmonaire normale ; les valvules semilunaires épaissies. A l'origine de l'aorte on observe quelques plaques athéromateuses.

L'estomac est contracté à l'aspect bilobé ; la muqueuse est ratatinée, couverte de mucosités grisâtres. Au niveau du pylore la musculature paraît rétractée et le sphincter est aussi rétracté.

Foie. — Le foie est de volume normal, a une coloration brunâtre, ardoisée ; à la section le tissu du foie paraît granuleux.

Reins. — Le rein droit a l'aspect marbré, la capsule s'enlève facilement ; à la section il est congestionné en partie, surtout la substance corticale ; le volume est normal. Le rein gauche, normal comme volume, à la section, est un peu congestionné.

Pancréas. — Il pèse 100 grammes.

Rate. — Diminuée de volume ; la capsule ratatinée, à la section paraît normale.

Intestins. — Aspect normal ; la muqueuse de l'intestin grêle un peu hyperémié.

Vessie urinaire. — Contractée, d'où l'aspect épaissi de sa musculature.

Comme on vient de le voir en dehors du néoplasme pulmonaire, nous n'avons trouvé aucune tumeur néoplasique dans la cavité abdominale.

Études histo-pathologiques dans ce cas. — Pour cette étude j'ai prié M. le Dr Rainer, chef de laboratoire à l'hôpital Coltza, de vouloir bien faire les préparations nécessaires des organes que nous lui avons remis. Voici la note qu'il me donne concernant cette étude.

Examen macroscopique du poumon gauche. — Le poumon est fortement adhérent à la partie antéro-latérale de la paroi thoracique ; il n'a même pu être extrait qu'avec une partie des côtes et des cartilages costaux supérieurs. Toute la partie dorsale du poumon y compris le sommet proprement dit est exempte d'adhérences et présente une plè-

vre à l'aspect à peu près normal, quoique assez fortement pigmentée de charbon ; elle est un peu épaissie seulement au niveau du bord postérieur du poumon. Les deux lobes de celui-ci sont soudés par leurs faces contiguës de sorte que la scissure interlobaire n'existe plus.

Une grande coupe, faite dans un plan sagittal, nous permet de constater que la fonction de l'hématose a dû s'accomplir seulement dans le lobe inférieur du poumon. En effet, celui-ci, à part quelques bouchons muco-purulents contenus dans les grandes bronches, et une forte pigmentation anthracosique, présente dans toute son étendue l'aspect spongieux normal : ses alvéoles sont nettement visibles et sont libres de tout contenu étranger.

Le lobe supérieur au contraire est formé presque en entier par un bloc solide, homogène, de substance à consistance assez ferme et dont la coupe présente une couleur blanche opaque, veinée de noir (anthracosique).

En raclant, on obtient un suc laiteux.

Ce bloc à l'aspect franchement néoplasique, est creusé d'une cavité aplatie à parois très anfractueuses, étendue surtout dans le sens de la hauteur de l'organe (environ 12 centimètres), beaucoup moins dans le sens de la largeur (4 à 6 centimètres) et très peu profonde. Cette cavité communique avec une bronche d'un calibre assez considérable, elle contient une bouillie assez épaissie, résultant, à ce qu'il paraît, surtout de la fonte de la masse néoplasique.

Il faut ajouter que ce bloc néoplasique a envahi la paroi antérieure du thorax, en englobant presque complètement les cartilages de la deuxième et de la troisième côte.

Les ganglions de l'angle trachéo-bronchique gauche sont très gros ; ils sont envahis complètement par le néoplasme. A leur niveau le nerf récurrent gauche est compris dans le tissu cancéreux. Les ganglions intertrachéo-bronchiques, bien que grossis, ne présentent pas de métastase visible.

Dans l'un des ganglions interbronchiques droits, indemne de néoplasme, on constate un nodule calcaire.

La plèvre diaphragmatique, surtout celle du côté droit, présente des épaississements fibrocartilagineux, soit en forme de plaques dont quelques-unes en voie de calcification, soit en forme de boucles, suites d'un ancien processus inflammatoire.

Examen microscopique du poumon gauche. — Les préparations provenant d'une coupe du poumon faite au niveau de la périphérie de la tumeur, colorées à l'hématoxyline-éosine et au Van Gieson, montrent, même à l'œil nu, immédiatement, la zone néoplasique à gros boyaux cellulaires incrustés dans une substance fondamentale colorée uniformément par l'éosine, du tissu pulmonaire non envahi encore, mais qui se dispose en traînées concentriques autour de la tumeur, à

cause de la pression exercée par celle-ci. L'examen à un faible grossissement (obj. 1 de Reichert, oc. 4) confirme cette constatation et ajoute encore quelques faits que l'examen macroscopique faisait seulement soupçonner. Mais c'est l'objectif 3 qui nous donne tous les renseignements essentiels. Il nous montre le stroma pulmonaire très épaissi en beaucoup de parties à cause d'une infiltration dense des cellules à noyaux uniques, ronds ou ovales, et dont une bonne partie présente les caractères néoplasiques des « *plasmazellen* », c'est-à-dire

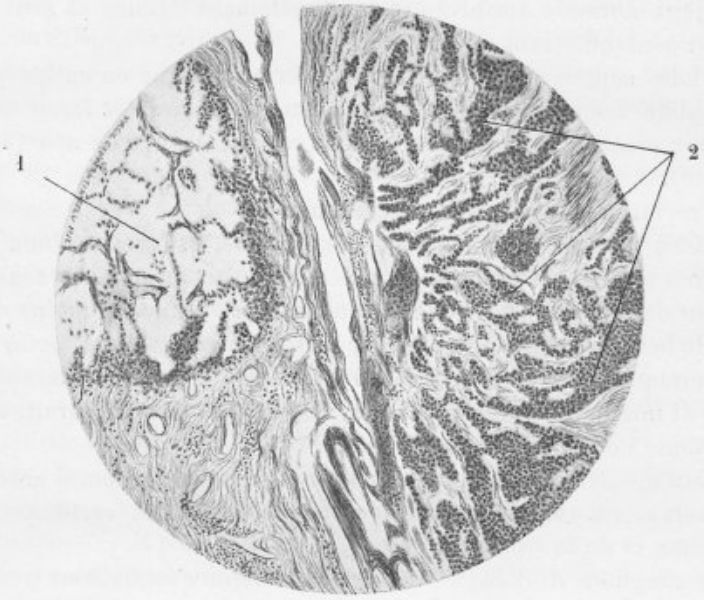


Fig. 2. — Tumeur pulmonaire, vue d'ensemble à un petit grossissement.
1. Tissu pulmonaire non envahi encore. — 2. Travées néoplasiques.

un corps protoplasmique relativement volumineux, un noyau rond avec des points chromatiques disposés en roue sur la membrane nucléaire (voir fig. 2 et 3).

Les alvéoles aplaties ne sont point vides, mais présentent un nombre variable de grandes cellules mononucléaires, à protoplasma fortement éosinophile. Une partie de ces cellules, souvent même toutes, sont chargées de granulations pigmentaires de couleur olivâtre et d'une abondance telle qu'elles masquent complètement tout détail de la structure de la cellule. En outre de ces cellules on observe fréquemment sur les parois alvéolaires, une partie de leur revêtement épithélial. Dans le voisinage immédiat de la zone néoplasique du poumon, nous constatons l'existence, dans la cavité de quelques alvéoles, pourvues encore en parties de leur épithélium pariétal, de bourgeons néoplasiques isolés par la coupe du reste de la tumeur et ayant, de ce fait, une configuration piriforme. La zone néoplasique du poumon est constituée par des

travées épithéliales de plus en plus grosses, à mesure que nous nous éloignons de la périphérie de la tumeur, et séparées les unes des autres par des tractus conjonctifs assez gros, pauvres en cellules et présentant par-ci, par-là des petits amas de pigment charbonneux. Les travées épithéliales elles-mêmes d'ailleurs possèdent un squelette conjonctif assez développé quoique d'une façon inégale, constitué par des cellules à noyau très allongé coloré d'une façon intense par l'hématoxyline.

Les travées néoplasiques elles-mêmes sont parcourues d'un grand

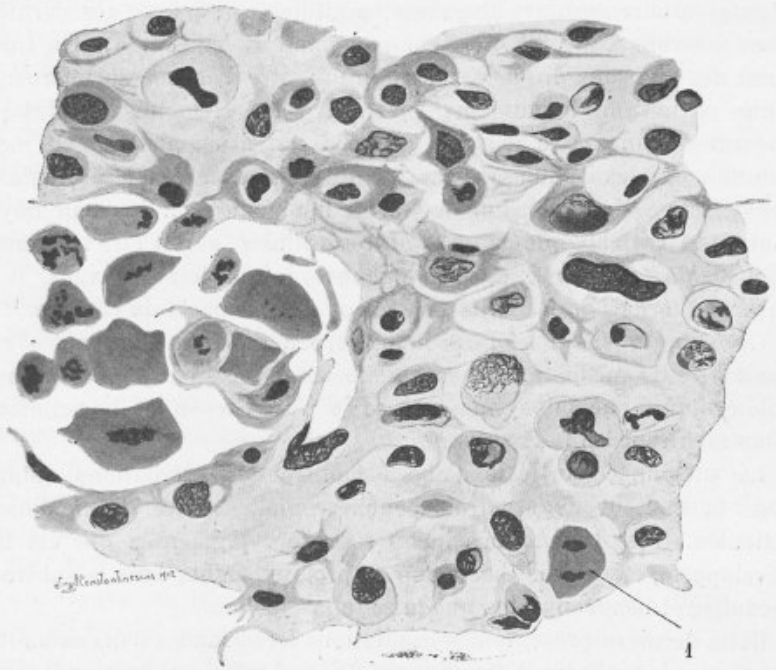


Fig. 3. — Une partie de la tumeur pulmonaire vue à un fort grossissement.
1. Karyokinèse.

nombre de lacunes à coupe transversale plus ou moins ronde et d'un calibre variable. Ces lacunes contiennent un axe conjonctif, dans lequel on peut déceler parfois un vaisseau capillaire contenant quelques globules rouges ; et c'est à la réfraction artificielle des cellules néoplasiques insérées sur cet axe conjonctif qu'est due l'existence de ces lacunes.

Il convient de noter ici que les cellules épithéliales paraissent souvent orientées autour de ces faisceaux conjonctifs, de même que les cellules conjonctives interépithéliales notées plus haut.

Caractères morphologiques des cellules néoplasiques. — C'est une partie très importante de cette étude ; la forme de ces cellules à l'obj. 8*a*, Reichert est très variable (voir fig. 3). Elle paraît être polygonale arrondie mais elle est modifiée par les divers degrés de pression réciproque qui s'exerce dans l'intérieur de la tumeur. Leurs dimensions ne

sont pas moins variables ; il y en a de géants. Leur protoplasma très peu compact en général paraît filamenteux, contient souvent des inclusions ; leurs noyaux bien colorables par l'hématoxyline, plus ou moins arrondis ou légèrement allongés, sont riches en chromatine et présentent deux nucléoles. Il existe un assez grand nombre de cellules à deux ou plusieurs noyaux, jusqu'à six ou sept, à noyaux géants ou lobés.

Le nombre de mitoses est très grand et ce sont surtout les mitoses anormales qui frappent l'attention, on en trouve de toutes sortes : géantes à chromosomes aberrants, multipolaire ; parmi ces dernières nous en avons trouvé à huit plaques équatoriales (fig. 3). On trouve aussi des divisions directes. La figure montre l'aspect au microscope d'une région de la tumeur. On trouve les éléments néoplasiques encore sous un autre aspect : groupées en des amas plus ou moins volumineux, les cellules apparaissent bien couturées à protoplasma dense, très éosinophile, homogène ou finement granulé ; leur noyau, tout aussi variable que dans les autres cellules, paraît être souvent en voie de dégénération : c'est la pycnose qui l'atteint souvent. Il y a aussi des formes de transition entre ces deux aspects de cellules.

Capsule surrénale. — Les coupes perpendiculaires à la surface faites par la partie médiane, riches en substance médullaire de l'organe et colorées par l'hématoxyline-éosine, le Van Gieson et le Scharlach, nous montrent les faits suivants :

La substance corticale d'abord montre des oscillations notables dans la hauteur de ses trois couches, glomérulaire, fasciculaire et réticulée. C'est surtout la couche réticulée, pigmentée qui est bien développée ; elle envoie beaucoup de prolongements dans la substance médullaire, beaucoup plus que la zone fasciculée.

Cette dernière présente des oscillations très grandes dans sa hauteur ainsi que dans l'aspect fonctionnel de ses cellules ; nous voyons en effet alterner des bandes formées de cellules spongieuses avec des bandes formées par des cellules granuleuses. Quant à la substance médullaire, elle est formée en bonne partie par les prolongements de la substance corticale, situés soit autour des vaisseaux veineux soit en plein parenchyme médullaire. Mais les cellules propres de ce dernier apparaissent aussi bien développées. La coupe montre aussi un assez grand nombre de cellules nerveuses (Planche I, fig. 2). Il faut noter que tous les capillaires sanguins sont remplis de sang.

Plexus solaire. — Une coupe faite sur un des ganglions du plexus solaire, dont les préparations microscopiques ont été colorées par différentes matières colorantes, ne montre rien d'anormal : on voit les cellules nerveuses contenant des quantités variables mais pas exagérées de pigment jaune brun, remplir plus ou moins complètement la cavité de leurs capsules, dont les cellules ne sont nullement proliférées. Ici aussi l'on voit les vaisseaux pleins de sang.

Corps thyroïde. — Les coupes de cet organe colorées par les mêmes réactifs que ceux indiqués précédemment nous montrent l'existence à côté les unes des autres de vésicules à dimensions très différentes, des plus petites jusqu'aux plus grandes. Leur contenu colloïdal présente assez souvent des vacuoles et aussi des cristaux qui ne se colorent pas par les couleurs acides d'aniline.

Assez souvent on voit dans ce colloïde des noyaux cellulaires plus ou moins profondément altérés.

Pancréas. — L'examen de plusieurs préparations microscopiques nous montre qu'il est parfaitement normal : on y distingue de nombreux îlots de Langerhans bien développés.

Rein. — Il montre un certain nombre de cylindres hyalins, situés soit dans l'anse de Henlé soit dans les tubes collecteurs. Autrement on ne trouve rien qui mériterait d'être relevé, ni aux glomérules, ni aux tubes contournés, dont la bordure en brosse est assez bien visible, ni au tissu interstitiel nullement proliféré.

Rate. — Elle ne présente presque rien d'anormal ; peut-être les trabécules sont-ils un peu épaissis.

Les corpuscules de Malpighi sont bien développés.

Peau. — Nous arrivons maintenant à la description des lésions cutanées. Nous avons pris des fragments de peau dans diverses régions et nous décrirons successivement les images microscopiques respectives de quatre préparations microscopiques suivantes :

Épiderme. Première préparation. — Nous décrivons d'abord l'épiderme puis le derme qui, soit dit par anticipation, est très riche en papilles de diverses formes.

On ne trouve pas de membrane basale à la face profonde de l'épiderme. La couche basilaire de celui-ci montre des cellules bourrées de granulations pigmentaires d'une couleur brun-claire. La couche des cellules polyédriques est peu développée : elle ne compte que deux à trois assises cellulaires ; on n'en voit plus sur certains endroits, mais c'est grâce à l'incidence oblique ou tangentielle de la coupe qu'on reconnaît assez bien les espaces intercellulaires, traversés par les « *ponts intercellulaires* ».

Le stratum granulosum. — Celui-ci apparaît formé par une seule couche de cellules très aplaties. Au-dessus de celle-ci, on ne voit plus aucune trace de noyau cellulaire. Il n'y a que des lamelles cornées superposées et qui constituent une couche égalant en épaisseur ou même surpassant les autres couches réunies.

Derme. — Quant au derme, il faut noter l'absence de toute lésion inflammatoire.

Tissu élastique. — Le tissu élastique, coloré avec Weigert (fig. 5), ne paraît pas diminué. Il existe un certain nombre de chromatophores dans la couche la plus superficielle de cette préparation.

Glomérules sudoripares. — Les glomérules sudoripares que nous trouvons assez fréquents dans les coupes de cette région ne montrent rien d'anormal ; peut-être les cellules glandulaires sont-elles plus petites.

Deuxième préparation. — On constate des faits semblables à ceux de la première préparation : un épiderme à crêtes peu élevées à couche

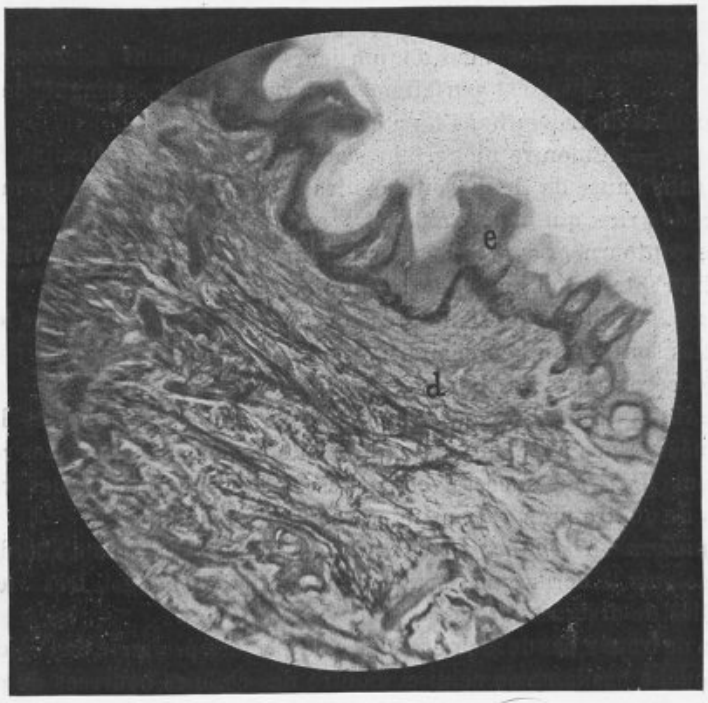


Fig. 4. — Tissu élastique et pigment :
e, Épiderme ; la couche basale pigmentée ressort d'une façon très claire. — *d*, Derme. On voit le feutrage de fibres élastiques.

basilaire très pigmentée à couche épineuse peut-être encore plus réduite ; à cellules granuleuses extrêmement aplaties, la plupart du temps absolument invisibles. Quant au derme il paraît moins riche en fibres élastiques. Les glomérules sudoripares ne présentent rien de particulier. Aucune trace d'inflammation ni dans le derme, ni dans l'hypoderme.

Troisième préparation. — Épiderme à crêtes peu hautes et plates ; mêmes constatations que dans les préparations précédentes. Derme à tissu élastique bien développé et, fait notable, il présente un nombre beaucoup plus grand de *chromatophores* dans sa couche la plus superficielle (fig. 4 et 5).

Quatrième préparation. — Épiderme à crêtes plus hautes et plates.

Son épaisseur tout aussi réduite que dans les cas précédents. Mêmes particularités histologiques (pigmentation intense des cellules basilaires ; couche épineuse peu développée). La couche granuleuse est évidente. Même absence du stratum lucidum. Dans le derme, l'existence d'un nombre assez grand de chromatophores. Rien de particulier aux glandes sudoripares ni aux follicules pileux.

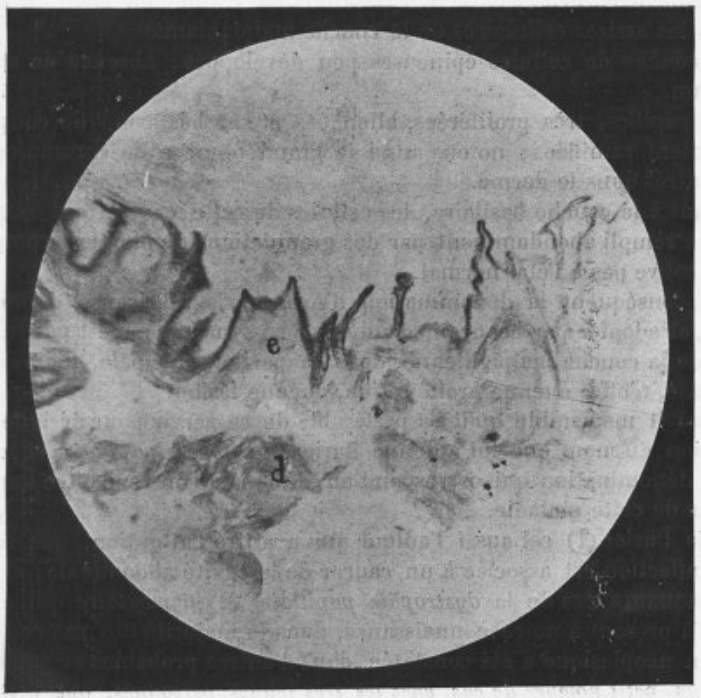


Fig. 5. — Photographie d'une coupe de peau non colorée, pour montrer la quantité de pigment existante dans la couche basilaire de l'épiderme.
e, Épiderme à couche basilaire très pigmentée. — *d*, Derme.

Papilles du derme. — Comme nous l'avons déjà signalé, ce qui prédomine dans le derme c'est la prolifération des papilles ; leurs nombreuses ramifications et leur allongement, que nous trouvons dans toutes les préparations que nous avons examinées.

L'étude histopathologique de la plupart des organes de ce malade nous a montré que la tumeur pulmonaire que nous avions diagnostiquée *cancer du poumon* était réellement une tumeur néoplasique, un cancer. Le grand nombre de cellules néoplasiques à plusieurs noyaux constaté par le microscope, les mitoses abondantes (Planche I, fig. 1), est aussi un fait qui frappe l'attention.

Mais nous, nous attendions, d'après ce que disent certains auteurs, à trouver quelques altérations du côté des capsules surrénales, ou tout au moins du côté du plexus solaire.

Mais quoique nous ayons soumis les coupes faites sur des ganglions, de ce plexus, aux différentes matières colorantes, nous n'avons pas décelé d'altérations qu'on puisse considérer comme pathologiques. On a constaté seulement que les vaisseaux étaient pleins de sang.

Les lésions trouvées dans les préparations provenant de différentes régions de la peau confirment celles décrites déjà par nos prédécesseurs et peuvent être résumées dans quelques mots.

La couche cornée épaissie, surpassant ainsi, comme on vient de le voir, toutes les assises cellulaires de la couche malpighienne.

La couche de cellules épineuses peu développée; absence de stratum lucidum.

Les papilles, très proliférées, allongées et sur beaucoup de coupes, se présentent ramifiées; notons aussi le grand nombre de chromatophores rencontrés dans le derme.

Quant à la couche basilaire, les cellules de cette couche ont un protoplasme rempli abondamment par des granulations de pigment comme on n'en trouve pas à l'état normal.

Par conséquent la dénomination d'Acanthosis nigricans, donnée par Unna, et adoptée par beaucoup d'auteurs à ce syndrome, n'est pas justifiée, puisque la couche malpighienne, dans sa partie principale, filamenteuse, épineuse, n'offre aucune prolifération, aucune lésion.

Aussi il me semble qu'il est préférable de se servir pour désigner cette affection du nom que lui a donné Darier, *dystrophie papillaire et pigmentaire,* dénomination qui correspond aux lésions qu'on rencontre dans tous les cas de cette maladie.

Mais Darier (1) est aussi l'auteur qui a attiré l'attention, que souvent cette affection est associée à un cancer de la cavité abdominale; et parmi les cinquante cas de la *dystrophie papillaire et pigmentaire* qui existent jusqu'à présent à notre connaissance, dans la majorité des cas cette association néoplasique a été constatée, dans d'autres probables et seulement, *dans un petit nombre de cas, chez les très jeunes personnes, que cette association a fait défaut.*

Qui sait si avec le temps même chez ces malades, forme juvénile de Darier, on ne constaterait aussi cette association ?

Car il est bien difficile, sinon impossible, d'admettre que l'état de la peau si caractéristique dans cette affection, on serait même tenté de dire *pathognomonique,* tient dans quelques cas à la tumeur néoplasique et dans d'autres la peau seulement serait en cause.

Darier (2) émet les hypothèses suivantes pour expliquer l'état de lésions tégumentaires :

On pourrait concevoir la pigmentation et l'hypertrophie papillaire comme le résultat d'une auto-intoxication par les toxines formées dans les néoplasies cancéreuses, par analogie avec les pigmentations et les kératoses arsénicales. Cette théorie peut être soutenue si l'on tend à admettre, comme moi, que l'association de la néoplasie et de l'état de

(1, 2) *Loco cit.*

dystrophie *papillaire et pigmentaire doit être cherchée dans tous les cas.*

Mais l'hypothèse qui est la plus adoptée est celle qui attribue l'état de la peau à une compression que la tumeur abdominale néoplasique exercerait sur le sympathique abdominal, sur le plexus solaire pour mieux préciser.

Par suite de cette compression surviendraient des troubles de la nutrition de la peau d'où les lésions appartenant à cette affection. Cette hypothèse est le résultat de la constatation qu'on a faite dans quelques nécropsies de cette maladie où l'on a trouvé dans le voisinage du plexus sympathique des masses de la tumeur.

Enfin il ne faut pas oublier que Darier pour expliquer les cas *forme juvénile, bénigne* a émis l'opinion que dans de tels cas il existerait peut-être des *tératomes,* qui comprimeraient aussi le plexus solaire.

Mais jusqu'à présent on n'a pas eu l'occasion de constater par les nécropsies l'existence de ces *tératomes.*

Mon cas de cancer du poumon avec la dystrophie papillaire et pigmentaire sans la moindre métastase dans la cavité abdominale est, il nous semble, une preuve que dans cette affection le sympathique abdominal, le plexus solaire ne sont pas en cause dans la détermination des lésions cutanées. La description de la tumeur cancéreuse dans mon cas, faite par M. Raïner, qui est un spécialiste dans de telles recherches, ne nous a montré le moindre rapport de cette tumeur avec les rameaux du sympathique, dans toute l'étendue de son trajet.

Aussi sommes-nous en droit de dire de l'étude de ce cas que les hypothèses émises jusqu'à présent, concernant la pathogénie de l'état du tégument dans cette affection, ne peuvent plus être soutenues, et qu'il nous faudra encore continuer nos études dans cette direction.

Contentons-nous pour le moment de constater que par les connaissances dermatologiques et sur ce point nous devons à Darier (1), *qui le premier a attiré notre attention, sur la presque constance de l'association d'une néoplasie à la dystrophie tégumentaire, on peut aujourd'hui dans des cas semblables, établir le diagnostic d'une tumeur cancéreuse, siégeant dans d'autres cavités que la cavité abdominale.*

C'est seulement par ces connaissances que dans le cas qui nous occupe, nous avons formulé notre diagnostic. Par conséquent il est très important de bien connaître l'état de la peau dans cette affection puisque en le connaissant, on découvre une néoplasie dans la majorité des cas.

La pigmentation en effet dans cette dystrophie papillaire est caractésiristique, comme nous l'avons déjà dit, que celui qui a vu un cas saura

(1) *Loco cit.*

toujours la distinguer de toutes les pigmentations, de toutes les mélanodermies connues.

Car à cause de l'hypertrophie papillaire les sillons et les plis de la peau étant plus ou moins en relief, il résulte que cette pigmentation apparaît, comme je l'ai dit déjà à l'occasion de mon premier cas communiqué à la Société française de Dermatologie (1), comme incrustée, formant aux lieux de prédilection de cette dermatose comme des mosaïques d'un gris noirâtre, aspect qu'on ne rencontre dans aucune dermatose mélanodermique.

C'est donc à tort qu'on a pris pour des cas de dystrophie pigmentaire et papillaire des cas de séborrhée noire concrète ou des cas d'ichtyose noire.

Je dirai la même chose de la psorospermose folliculaire végétante de Darier, qui peut tout aussi bien être distinguée facilement de l'affection qui nous occupe ici.

Comme nous le savons déjà, c'est Darier, en France, qui le premier a fait connaître cette maladie (2) et mis bien en évidence et les lésions histologiques qu'on rencontre dans la peau de ces malades et la presque constance de l'association d'une néoplasie cancéreuse de la cavité abdominale, comme aussi la fréquence plus grande chez les femmes que chez les hommes de cette affection.

Nous avons, comme nous venons de le voir, observé jusqu'à présent trois cas seulement à Bucarest de cette entité morbide se rapportant tous les trois chez des hommes, et chez deux la néoplasie cancéreuse fut constatée; chez un autre cas communiqué à la Société française de Dermatologie, il s'agissait probablement d'une néoplasie latente.

Et pour terminer ce petit travail je dois revenir à la partie qui selon moi est la plus intéressante dans l'histoire de la *dystrophie papillaire et pigmentaire,* l'interprétation de la pathogénie.

Darier (3) s'exprime ainsi : « L'hypothèse la plus séduisante à mes yeux est que la condition déterminante de l'acanthosis est dans une localisation accidentelle de la tumeur maligne primitive, ou des tumeurs secondaires, soit dans un organe déterminé, soit plutôt au voisinage de certains départements du grand sympathique abdominal dont les filets se trouveraient ainsi irrités.

« Dans la première autopsie qui m'est personnelle, et dans celle de Kusnijky, nous avons expressément noté l'intégrité absolue des capsules surrénales, en même temps que la présence autour d'elles de ganglions cancéreux contigus aux filets du plexus solaire. »

C'est précisément pour voir si dans le cas que nous publions aujourd'hui, quoique le cancer soit situé dans la cavité thoracique, qu'il était pulmonaire, que nous avons cherché par des préparations exécutées par tous les moyens actuels, de lésions du sympathique abdominal, et malgré tout le désir que nous ayons eu de découvrir quelque minime lésion, nous n'avons rien trouvé.

Mais une autre hypothèse nous suggère cette étude. Les néoplasies cancéreuses de la cavité abdominale sont malheureusement très fréquentes et

(1) *Loco cit.*
(2) Voir *Annales de dermatologie et de syphiligraphie,* 1893-1895.
(3) *Pratique dermatologique,* p. 188 et *Annales de Dermatologie,* 1895.

pourtant on ne rencontre pas dans tous ces cas l'état d'acanthosis nigricans ; ces derniers ne dépassent pas actuellement la cinquantaine. Comment se fait-il donc que dans les uns on rencontre l'état pigmentaire du tégument et dans les autres, en grand nombre, non ? Il me semble que le cancer, qui accompagne presque toujours l'état d'acanthosis nigricans de la peau, doit être d'une essence, si je puis m'exprimer ainsi, différente des cancers communs et peut-être que les cellules néoplasiques décrites dans la tumeur pulmonaire et les mitoses nombreuses dans notre cas peuvent jusqu'à un certain point justifier une certaine distinction d'avec les cancers communs ; car autrement on ne saurait, vu le grand nombre des cancers de l'estomac du foie et des intestins non associés à la *dystrophie papillaire et pigmentaire,* à quelle hypothèse donner la préférence.

D'ailleurs les malades avec la dystrophie papillaire et pigmentaire ayant aussi une néoplasie cancéreuse meurent bien plus rapidement que les autres cancéreux.

Chez notre malade l'affection a eu une marche rapide, car le malade en est mort après moins d'une année après le commencement de sa maladie.

Ne faut-il pas donner aussi une certaine importance à l'existence d'un si grand nombre de granulations pigmentaires, dans les cellules de la néoplasie pulmonaire, qui masquaient ainsi tout le détail de la structure de ces cellules ?

EXPLICATION DES FIGURES DE LA PLANCHE I

Fig. 1. — Un côté de la tumeur. — Ocul. compr. 6. Zeiss immersion 1/12 ; Cellules en division indirecte.
a, b, mitoses pluripolaires. — *c,* mitose hyperchromatique.

Fig. 2. — A. Coupe de la capsule surrénale colorée à l'hématoxyline et au charlach. Les deux substances constituantes sont bien développées. 1. Substance corticale ; 2. Substance médullaire.
B. Un groupe de cellules nerveuses de la substance médullaire.

SARCOIDES ET SYPHILIS
NÉCESSITÉ D'UNE REVISION DU GROUPE DES SARCOIDES

par **L.-M. Pautrier.**

AVEC TROIS FIGURES DANS LE TEXTE.

Depuis plusieurs années déjà nous sommes convaincu de la nécessité d'une revision du groupe des tuberculides ou tuberculoses cutanées atypiques et nous croyons qu'après le travail de synthèse accompli de 1894 à 1903, un travail inverse de revision s'impose. Il nous paraît qu'après avoir, pendant longtemps, trop refusé à la tuberculose, on lui a tout d'un coup trop donné et qu'on a étendu de façon peut-être excessive les limites de son domaine. L'esprit humain est ainsi fait qu'il arrive rarement à la vérité du premier coup ; il lui faut souvent aller jusqu'à l'excès dans les deux sens avant d'atteindre le juste milieu. Pour notre propre compte, après avoir été à l'extrême-gauche, et parmi les révolutionnaires en 1903, lorsque nous consacrâmes à la tuberculose cutanée atypique un travail d'ensemble (1), nous nous sommes senti peu à peu devenir « centre gauche », et nous serions loin d'accepter aujourd'hui toutes nos conclusions d'il y a dix ans, entre autres, celles qui concernent l'angiokératome de Mibelli. Nous avons, dans ces dernières années, commencé à accumuler patiemment des documents en vue de ce travail de revision qui, pour être fait impartialement, doit être fait sans hâte, en entassant des faits, en les étudiant minutieusement, en les classant sans parti pris.

Mais il peut survenir, pendant que l'on poursuit silencieusement cette enquête, que quelque cas particulièrement éclatant et démonstratif, vous amène sur un point particulier à une conclusion si nette, que l'on se croit autorisé à la formuler. C'est ce qui vient de nous arriver à propos des sarcoïdes, au sujet desquelles une revision complète s'impose dès aujourd'hui, comme nous allons tenter de le démontrer au cours de ce travail.

Notre ami M. P. Ravaut qui, de son côté, poursuit de patientes recherches sur la question des tuberculides, avait d'ailleurs, dans le cours de ces derniers mois, publié une série de faits fort troublants, soit à la Société de Dermatologie, soit dans cette revue. Il avait pu observer que les injections de néosalvarsan ont une action rapidement efficace sur certains cas de tuberculides papulo-nécrotiques, de lupus érythémateux, d'érythème induré, de l'affection que nous avons décrite,

(1) PAUTRIER, *Les Tuberculoses cutanées atypiques*. Paris, Naud, éditeur, 1903.

M. Brocq et moi, sous le nom d'angio-lupoïde, et enfin dans un cas de sarcoïde sur lequel nous reviendrons tout à l'heure. Il avait constaté également que, chez des malades ne présentant pas à son avis de signes certains de syphilis, la réaction de Wassermann était positive dans un cas d'angio-lupoïde, dans deux cas de tuberculides papulo-nécrotiques et de lupus érythémateux et enfin dans un cas de sarcoïde. Fort prudemment M. Ravaut se bornait à publier ses résultats, se gardant encore d'en tirer quelle que conclusion que ce soit.

Ils soulèvent néanmoins plusieurs hypothèses, toutes également intéressantes.

On peut se demander tout d'abord s'il ne s'agit pas d'erreurs de diagnostic et si tous les cas observés par M. Ravaut ne seraient pas des lésions de syphilis anormales dans leur mode d'expression et par là même méconnues. Cette hypothèse, plausible pour un cas isolé, devient insoutenable en face de faits observés en série. Ravaut a du reste pris soin de répondre par avance à cette objection en faisant dans certains cas confirmer au préalable son diagnostic, avant de procéder à la recherche de la réaction de Wasserman et à l'épreuve du traitement.

On peut penser d'autre part, étant donnée l'extrême fréquence de la syphilis acquise et héréditaire, que, tout en présentant des lésions cutanées de l'ordre des tuberculides, ses malades étaient d'autre part des syphilitiques méconnus. C'est ce qui lui fut objecté par les partisans de la valeur absolue de la réaction de Wassermann, et en particulier par M. Milian pour qui la réaction de Wasserman positive a toujours raison contre la clinique, quand celle-ci n'a pu dépister l'infection tréponémique. Le Salvarsan agirait alors sur les manifestations de l'hybride syphilis-tuberculose, comme le traitement mercuriel agissait sur le scrofulate de vérole des anciens auteurs. On peut se demander d'autre part si la thérapeutique par le Salvarsan ne serait pas efficace dans d'autres infections que celles dues au tréponème. Nous connaissons déjà l'action favorable du calomel, voire même de certains sels mercuriels solubles, contre certaines formes de lupus et de tuberculides papulo-nécrotiques. Pourquoi un médicament arsenical aussi puissant que le Salvarsan n'agirait-il pas plus activement encore dans des cas semblables ?

On peut enfin admettre, comme M. Ravaut ne serait pas éloigné, croyons-nous, de le faire, que certains des types morbides rangés jusqu'ici parmi les tuberculides relèveraient, en réalité, d'une toute autre origine. Leur parasite, encore à individualiser, serait particulièrement sensible à l'action des arsenicaux.

Il est encore une autre façon d'envisager ce difficile problème : c'est celle qui consisterait à admettre que certains des aspects objectifs uniquement rangés jusqu'ici parmi les tuberculides, ce qui sous-entend une pathogénie univoque et un degré de parenté plus ou moins éloigné

avec la tuberculose, seraient en réalité de simples syndromes, pouvant reconnaître des étiologies diverses.

Nous ne savons encore si cette façon de comprendre les faits pourra s'appliquer à tous les types de tuberculides, mais nous pouvons déjà affirmer qu'elle s'impose en ce qui regarde les sarcoïdes. Nous en avons été convaincu par deux cas récents, l'un se rapportant aux sarcoïdes dermiques de Bœck, l'autre particulièrement démonstratif aux sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy.

Sarcoïdes de Bœck.

Voici le résumé de l'observation de notre première malade que nous avons déjà eu l'occasion de montrer à la Société de Dermatologie (1):

Mme M. C., 24 ans, vient nous consulter au mois d'octobre 1913 pour des

Fig. 1. — Sarcoïde de Bœck chez une spécifique guérie par le Salvarsan et le mercure.

lésions apparues depuis deux mois, symétriquement, sur les faces latérales du nez, dans leur tiers supérieur, et qui depuis se sont étendues progressivement.

On trouve, au moment où nous l'examinons, au niveau de la partie supérieure de la face latérale droite du nez, une lésion ayant des dimensions légèrement supérieures à celle d'une pièce de cinquante centimes, irrégu-

(1) L.-M. Pautrier, Sarcoïdes de Bœck chez une syphilitique, guérison par le Salvarsan. *Société française de Dermatologie,* février 1914.

lièrement arrondie ou plutôt légèrement ovalaire, à grand axe vertical. Sa partie centrale est caractérisée par une teinte érythémateuse, d'un rose clair, sur lequel tranche un réseau de fines télangiectasies, d'un rouge plus vif, étroitement entrelacées. Sa périphérie, surtout au niveau de sa partie supérieure et vers son bord inférieur, est constituée par une bordure surélevée, mamelonnée, de couleur jaune grisâtre, faisant une légère saillie, ferme au toucher, non squameuse, recouverte par un épiderme lisse.

Symétriquement, sur la face latérale gauche du nez (voir figure 1), on trouve une lésion beaucoup plus nette, et paraissant plus évoluée. Elle est constituée toujours par un centre érythémateux et télangiectasique, qui a ici des dimensions plus considérables, la totalité de l'élément ayant la taille d'une pièce de deux francs. Cette zone centrale paraît légèrement affaissée par rapport aux bords qui sont constitués non par un bourrelet lisse mais par une série de bosselures juxtaposées, faisant une saillie de deux à trois millimètres, fermes au toucher, de couleur rouge jaunâtre, non squameuses, légèrement infiltrées en profondeur.

L'indolence des lésions est complète. Une biopsie est faite au niveau de la bordure de la lésion de gauche. Elle montre, sous un épiderme aminci, un derme parcouru par de grosses traînées, de gros boudins d'infiltration, tantôt au voisinage des follicules pileux et des glandes sébacées, tantôt distribuées sans ordre dans le tissu conjonctif. Ces traînées d'infiltrat sont constituées, dans leur grande majorité, par des cellules épithélioïdes, accessoirement par des cellules conjonctives fixes et des lymphocytes. Les cellules géantes y sont très rares.

Le diagnostic clinique et histologique de sarcoïde de Bœck était donc certain.

Nous pratiquâmes chez notre malade une réaction de Wassermann qui fut fortement positive. Nous fîmes alors une première injection intraveineuse de 20 centigrammes de néosalvarsan, à la suite de laquelle on assista, en l'espace de huit jours, à une transformation des lésions. Elles s'affaissèrent notablement, les parties bosselées disparurent, il persista seulement un peu d'infiltration, une teinte érythémateuse et les télangiectasies centrales.

Mais, un examem complet, ultérieur, de la malade, vint nous révéler des lésions nouvelles qui modifiaient la situation. Nous constatâmes en effet à la partie antérieure de l'avant-bras droit, et sur les cuisses, des syphilides tuberculeuses, serpigineuses, caractéristiques, et la malade, interrogée, nous avoua avoir contracté la syphilis il y a 6 ans.

Le traitement fut poursuivi : nous pratiquâmes deux autres injections de néosalvarsan à 0,30 puis 0,45 et enfin deux séries d'injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre. Sous l'influence de ce traitement toutes les lésions ont disparu ; les syphilides tertiaires serpigineuses ne sont plus reconnaissables qu'aux macules pigmentées qui leur ont succédé. Les lésions des faces latérales du nez sont guéries

également, du moins quant aux saillies, à l'infiltration, à la rougeur ; mais le fin réseau télangiectasique central, s'il a pâli, n'a pas encore totalement disparu.

Voici donc un cas certain de sarcoïde dermique, type Bœck, avec confirmation histologique du diagnostic, guéri par le Salvarsan et le mercure. Il n'est que trois hypothèses qui permettent d'expliquer ce fait. On peut d'abord admettre que la malade, étant syphilitique d'autre part, il s'est développé chez elle des sarcoïdes n'ayant rien à voir avec sa syphilis, et ayant la signification habituelle de tuberculide que l'on a attachée jusqu'ici à ces lésions. Mais comment dans cette alternative expliquer la guérison par le traitement spécifique ? Lorsqu'on traite un lupus tuberculeux par le Salvarsan, on peut l'améliorer lentement, mais on ne le guérit pas. Ici, après une seule injection, faite à la faible dose de 0,20 nous avons assisté à une transformation des lésions.

Dans une seconde hypothèse on peut penser que les sarcoïdes de Bœck, comme peut-être d'autres tuberculides, seraient dues à un parasite que nous ne connaissons pas encore et qui serait particulièrement sensible à l'action des sels arsenicaux. Il est impossible d'éliminer complètement cette hypothèse. Mais, dans l'état actuel des choses et jusqu'à plus ample informé, nous avouons que nous tendons plutôt à adopter une troisième opinion, qui nous paraît la plus plausible et la plus logique : c'est celle qui, s'appuyant sur la disparition rapide des sarcoïdes, sur leur régression se faisant parallèlement à celle des syphilides tertiaires serpigineuses, admettrait que les deux lésions sont de même nature. Dans l'ignorance où nous sommes de l'étiologie des sarcoïdes dermiques, étant donné l'impossibilité de trouver jusqu'ici pour les rattacher à la tuberculose un lien plus solide que celui de leur structure histologique, argument qui perd tous les jours de sa valeur, pourquoi n'admettrions-nous pas qu'elles ne représentent qu'un syndrome qui, dans certains cas, peut être en rapport avec la tuberculose, dans d'autres avec la syphilis, dans d'autres peut-être encore, avec une autre infection ?

Le cas que nous venons de rapporter n'est du reste pas isolé. Ravaut a publié deux cas d'angio-lupoïde guéris par le Salvarsan ; or, on sait que cette affection, que nous avons décrite avec M. Brocq, est très voisine des sarcoïdes de Bœck à gros éléments. L'une de ses malades avait d'emblée un Wassermann positif ; chez l'autre, il était d'abord négatif, mais devint positif après la première injection de Salvarsan. Enfin Tzanck et Pelbois, dans leur mémoire sur le Traitement des tuberculoses cutanées et des tuberculides par le néosalvarsan, rapportent une observation de sarcoïde de Bœck, guérie par 4 injections de ce médicament ; son Wassermann était positif, les auteurs la considèrent comme syphilitique probable en raison d'une fausse couche et de trois enfants morts en bas âge.

Il est donc établi que la sarcoïde dermique, type Bœck, peut se rencontrer chez des syphilitiques avérés ou des malades suspects de syphilis, présentant une réaction de Wassermann positive ou devenant positive après réactivation, et que cette lésion peut guérir entièrement par le néosalvarsan, aussi rapidement qu'une manifestation syphilitique ordinaire.

Sarcoïde hypodermique, type Darier-Roussy.

Nous venons d'autre part d'observer récemment un cas beaucoup plus démonstratif et plus troublant, se rapportant à une sarcoïde hypodermique de type Darier-Roussy, et dont nous avons rapporté le résumé à la séance de mai de la Société de Dermatologie.

Nous fûmes consulté au mois de novembre 1911 par un malade de 35 ans, qui avait vu se développer, depuis 6 mois, à la partie postérieure et postéro-supérieure du bras gauche, deux nodosités sous-cutanées, indolores, qui s'étaient accrues lentement. Au moment de notre examen on trouvait, s'étendant du 1/3 supérieur de l'humérus jusque vers l'acromion, une masse volumineuse, mesurant environ 10 centimètres dans son grand axe vertical, sur 5 dans son diamètre transversal, masse franchement sous-cutanée, mobile avec le plan musculaire, dure et résistante au toucher, absolument indolore. En deux points de sa partie supérieure elle affleurait à la peau qui prenait à ce niveau une teinte légèrement rosée. Vers sa portion terminale inférieure, elle commençait également à être adhérente à la peau qui présentait sur ce point une teinte violet rougeâtre, une très légère desquamation et des dépressions punctiformes; peau et tumeur étaient à ce niveau très adhérentes l'une à l'autre et le revêtement cutané avec son érythème et ses dépressions présentait l'aspect spécial décrit sous le nom de « peau d'orange », que l'on rencontre habituellement dans les sarcoïdes hypodermiques.

Egalement à la partie postérieure du bras gauche, mais dans son tiers inférieur, on observait une seconde nodosité hypodermique, siégeant un peu au-dessus de l'articulation du coude, ayant environ les dimensions d'un œuf de pigeon et au niveau de laquelle la peau présentait un léger érythème et commençait à être légèrement adhérente au plan sous-jacent.

Le développement lent et progressif de ces 2 tumeurs hypodermiques, qui dataient de 6 mois, leur indolence totale, leur mobilité avec le plan musculaire, le fait qu'elles tendaient progressivement à s'extérioriser, le début d'érythème pâle et d'adhérence du tégument à leur niveau, l'aspect de peau d'orange que l'on constatait par places, leur coexistence et leur fermeté, tous ces caractères réunis ne permettaient de porter qu'u n seu diagnostic : celui de sarcoïdes hypodermiques du type Darier-Roussy.

On notait en plus chez le malade, au niveau de la fosse sus-épineuse gauche, immédiatement au-dessus de l'épine de l'omoplate, une gomme volumineuse, apparue depuis environ 1 mois. Elle avait les dimensions d'une pièce de 5 francs et présentait en son centre une ulcération à bords

décollés sous lesquels pénétrait de près de 1 centimètre un stylet introduit par l'orifice central. Le fond de l'ulcération était représenté par un tissu fongueux, lardacé, de couleur gris jaunâtre. L'ensemble de la lésion rappelait tout à fait l'aspect des gommes scrofulo-tuberculeuses.

Notons enfin que le malade était soigné depuis deux ans pour un début de lésion du sommet gauche et qu'on trouvait une inspiration un peu humée, une expiration prolongée, saccadée et rugueuse, une exagération des vibrations thoraciques et du signe claviculaire.

La coexistence de ces signes stéthoscopiques et de la gomme scrofulo-tuberculeuse venait renforcer le diagnostic clinique de sarcoïdes hypodermiques et semblait fournir, d'une façon particulièrement démonstrative, une preuve à l'appui de la théorie bacillaire ou plutôt de la nature tuberculoïde généralement admise pour ces lésions.

Le diagnostic clinique de sarcoïdes fut du reste admis par MM. Brocq, Darier, Thibierge, au cours d'une réunion du samedi des trois services où nous présentâmes notre malade. Il fut considéré comme un type de sarcoïdes hypodermiques, se rattachant plus étroitement que d'ordinaire à l'infection tuberculeuse.

Une biopsie profonde, que nous pratiquâmes au niveau de la nodosité supérieure, confirma du reste ce diagnostic, en montrant la structure typique des sarcoïdes de type Darier avec leur mélange de lésions tuberculoïdes et de wucheratrophie.

On peut juger par la figure ci-contre (voir figure 2) de la profondeur à laquelle atteignaient les lésions. Elles apparaissent dans le derme moyen, deviennent plus importantes dans le derme profond et s'étendent jusqu'à l'hypoderme. Celui-ci, sur de nombreux points, est du reste en voie de résorption et tend à être remplacé par du tissu conjonctif. Il en est ainsi sur le point qui a été dessiné. Si l'on veut bien considérer qu'il l'a été à un très faible grossissement (35 diamètres) on se rendra compte que le tissu cellulo-adipeux, qui apparaît à peine au bas de la coupe, devrait occuper près de la moitié de la planche en hauteur. Les lésions sont essentiellement constituées par des nodules d'infiltration, les uns de petites dimensions, d'autres beaucoup plus volumineux, tantôt vaguement arrondis, tantôt disposés en traînées irrégulières, toujours isolés les uns des autres et séparés par des travées de tissu conjonctif à peu près sain ou n'étant le siège que d'une infiltration légère. Ces nodules d'infiltrat sont constitués en très grande majorité, quelquefois même d'une façon exclusive, par des cellules épithélioïdes entremêlées de cellules géantes quelquefois très nombreuses. Certains nodules sont épithélioïdes purs ; d'autres épithélioïdes et à cellules géantes ; d'autres, encore plus nettement tuberculoïdes, contiennent cellules épithélioïdes et cellules géantes, entremêlées de lymphocytes et de cellules conjonctives. Enfin, sur d'assez nombreux points, (qui ne sont pas représentés sur le dessin ci-contre) on trouve, dans les îlots de tissu cellulo-graisseux, des lésions de wucheratrophie, avec des formations giganto-cellulaires se faisant aux dépens des cellules adipeuses. Ces lésions de wucheratrophie sont cependant moins abondantes que nous avons eu l'occasion de les constater dans nombre d'autres cas de sarcoïdes. C'est l'infiltration en nodules épithélioïdes et tuberculoïdes qui domine.

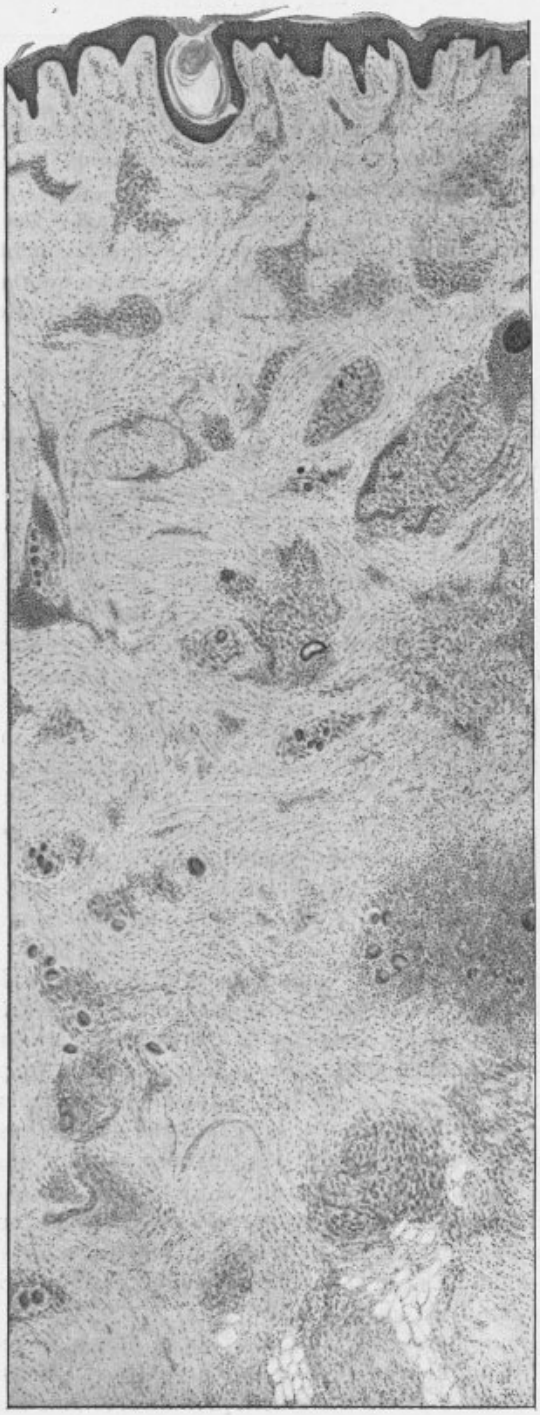


Fig. 2. (Grossissement : 35 diamètres). — Lésions de sarcoïde hypodermique Biopsié faite au niveau d'une volumineuse tumeur sous-cutanée siégeant à la partie supérieure du bras, et ayant guéri ultérieurement par le simple benzoate de mercure.

Quoi qu'il en soit, l'histologie confirmait donc nettement le diagnostic de sarcoïde hypodermique.

Deux inoculations furent faites à deux cobayes, l'une avec un fragment de la sarcoïde, l'autre avec un morceau du rebord de l'ulcère gommeux. Toutes deux restèrent entièrement négatives.

Le malade ne pouvant, en raison de son travail, se prêter ni au traitement par les injections de calomel, ni au traitement par la tuberculine, nous nous contentâmes de détruire la lésion gommeuse par la curette et le thermocautère et nous conseillâmes un traitement général fortifiant.

Le malade disparut pendant 2 ans, puis revint nous consulter en février dernier. Son état général était meilleur, il avait engraissé de 5 kilogrammes, mais les lésions du bras gauche s'étaient partiellement transformées. On retrouvait la cicatrice de la gomme de la fosse sus-épineuse qui n'avait pas bougé. On retrouvait également la sarcoïde de la partie supérieure du bras qui avait conservé tous ses caractères. Mais, par contre, la moitié inférieure du bras était totalement transformée. Au niveau de la seconde sarcoïde, mais la débordant complètement, s'était développée une masse considérable, une sorte de gâteau occupant les parties postérieure, externe et interne de la moitié inférieure du bras, mesurant 15 centimètres en hauteur sur 10 en largeur et donnant au bras gauche 7 centimètres de diamètre de plus qu'au bras droit. Ce volumineux gâteau formait une masse indurée intéressant la peau, le tissu cellulaire, les masses musculaires ; on pouvait même se demander si, par places, il n'y avait pas d'adhérences à l'os. La peau à son niveau était d'un rouge sombre et sur 7 ou 8 points d'un rouge plus foncé ; à leur niveau, tranchant sur l'induration de l'ensemble, on sentait des nodosités ramollies, presque fluctuantes, de véritables formations gommeuses (voir figure 3). Trois d'entre elles étaient du reste déjà légèrement ulcérées au centre et laissaient sourdre un liquide filant, jaune clair, épais.

Nous fûmes fort embarrassé pour porter un diagnostic devant de semblables lésions. Leur formation au niveau même de la sarcoïde nous paraissait déconcertante. Nous savons en effet que la sarcoïde ne s'ulcère jamais. Nous étions donc obligé d'admettre qu'il s'agissait d'un processus différent : on pouvait penser à la syphilis, bien que celle-ci ne donne guère lieu à des gommes aussi multiples et se produisant sur un aussi volumineux gâteau induré. On pouvait plutôt se demander s'il ne s'agissait pas d'une sporotrichose ou d'une autre mycose.

Nous fîmes pratiquer d'abord un examen radioscopique qui nous montra l'intégrité absolue de l'os. Des cultures sur milieux maltosés et glucosés restèrent absolument négatives. Par contre, à notre surprise, la réaction de Wassermann fut fortement positive.

Nous résolûmes alors, avec le conseil de M. Brocq, de tenter une expérience qui n'avait pas encore été réalisée jusqu'ici, que nous sachions et de traiter notre malade par le traitement mercuriel le plus banal. Nous rejetâmes le Salvarsan en raison de son action possible sur certaines tuberculides. Nous rejetâmes également le calomel qui peut faire fondre certaines sarcoïdes, désengorger certains lupus, le biodure en raison de son

radical iodé qui eût pu, à l'extrême rigueur, être invoqué comme agissant sur une mycose inconnue, et nous nous arrêtames aux simples injections de benzoate d'hydrargyre, faites à la dose de 1 centigramme.

Le malade a reçu aujourd'hui 2 séries de 15 injections et l'on peut dire qu'il est à peu près complètement guéri. Fait inattendu c'est la sarcoïde hypodermique pure, de la partie supérieure du bras, qui a fondu en premier lieu. La première série d'injections en a eu raison. La masse indurée

Fig. 3. — Volumineux gateau d'infiltration avec fonte gommeuse en plusieurs points développé au niveau d'une ancienne tumeur de sarcoïde sous-cutanée.

qui occupait toute la partie inférieure du bras a fondu ensuite en totalité : peau, tissu cellulaire, muscles, ont repris toute leur souplesse. Les nodules gommeux se sont desséchés et c'est à leur niveau seulement qu'il reste une rougeur, déjà atténuée cependant.

Le malade qui, au moment où il revint nous voir, en février dernier, éprouvait une grande gêne dans tous les mouvements du bras, a recouvré la liberté complète de son membre.

Ajoutons que le malade nie toute syphilis acquise et que rien, sinon la réaction de Wassermann, n'aurait permis de penser chez lui à l'infection tréponémique. Mais, en l'interrogeant, on apprend que sa mère aurait fait trois fausses couches ; le malade est d'apparence assez chétive, mais ne présente pas de dystrophies visibles.

Ce cas nous paraît extrêmement instructif, à plus d'un titre. Tout d'abord nous devons noter dans son évolution l'existence d'un fait absolument anormal: le développement sur un noyau de sarcoïde d'une volumineuse masse indurée, d'un gâteau épais englobant peau, tissu cellulaire, muscle, semblant presque adhérer à l'os, et surtout donnant lieu sur huit points isolés les uns des autres à du ramollissement fluctuant, à une fonte gommeuse, en un mot à de véritables gommes. Or, le ramollissement, l'ouverture à l'extérieur, ne font pas normalement partie de la symptomatologie de la sarcoïde hypodermique. Dans la description très complète qu'en a donnée pour la première fois M. Darier, avec Roussy en 1906, dans les *Archives de Médecine expérimentale*, et dans le travail qu'il leur a consacré en 1910 dans les *Monatshefte fur Praktische Dermatologie*, il s'agit toujours de tumeurs sous-cutanées, restant, des années durant, à l'état de tumeurs dures, jamais fluctuantes, jamais ouvertes sauf dans un cas (observation V du mémoire de 1906) où, à la suite d'un traumatisme une nodosité du mollet se ramollit, s'ulcéra et laissa sourdre un liquide séro-purulent. Et cependant ici le diagnostic initial de sarcoïde porté il y a trois ans est hors de doute, entouré de toutes les garanties possibles, vérifié et authentiqué par M. Darier lui-même. Deux ans et demi durant les deux tumeurs ont conservé leurs caractères de lésions sous-cutanées, dures, légèrement adhérentes à la peau ; puis l'une ne changeant pas, l'autre a subi les transformations que nous venons de décrire. Faut-il admettre que, par cela même, elle a changé de nature ? Nous nous le sommes demandé un instant et nous nous sommes posé la question de savoir s'il ne s'était pas greffé une seconde affection sur la première : c'est pour éliminer l'hypothèse d'une mycose possible, surajoutée, que nous avons fait tous les ensemencements restés négatifs. La cure simultanée des deux lésions, du volumineux placard infiltré et parsemé de gommes, et de la sarcoïde typique, guérissant toutes par le même traitement, nous amène au contraire à conclure que les deux lésions étaient de même nature.

Notre cas ne serait du reste pas isolé. Dans le mémoire de Ravaut paru dans les *Annales* en août 1913 nous trouvons une observation ayant trait à une tumeur de la fesse formée de nodosités profondes ; M. Thibierge, dans le service duquel la malade était entrée, fit pratiquer une biopsie, pour laquelle M. Civatte porta le diagnostic de sarcoïde. L'observation ajoute: « En quelques points de cette tumeur apparaissent des nodules qui suppurent et s'ouvrent au niveau des téguments. Les analyses de pus ne donnent aucun résultat au point de vue bactériologique. » L'observation résumée ne nous apprend rien de plus détaillé sur ce point intéressant.

Il n'en reste pas moins prouvé que des sarcoïdes hypodermiques authentiques, après être restées un certain temps à l'état de tumeurs

sous-cutanées dures, peuvent s'extérioriser, et, tout en restant indolores, devenir le siège d'une fonte gommeuse et s'ouvrir à l'extérieur. Bien que surprenante au premier abord, cette constatation n'est pas faite pour nous surprendre, si nous nous rappelons qu'au point de vue histologique on peut trouver toutes les formes de passage entre la sarcoïde type Darier-Roussy et l'érythème induré de Bazin. Or ce type clinique, nous le savons, peut tantôt évoluer et se résorber sans s'ouvrir à l'extérieur, tantôt au contraire s'extérioriser et s'ulcérer. Si bien qu'en rattachant les sarcoïdes à l'infection tuberculeuse, comme on l'a fait jusqu'ici, ou pouvait considérer que la sarcoïde hypodermique, l'érythème induré de Bazin, et la gomme tuberculeuse, représentaient la tuberculose hypodermique, à des degrés de virulence et d'évolution différents, mais formaient une famille naturelle.

Du fait que la sarcoïde hypodermique a toujours été considérée jusqu'ici comme une lésion n'évoluant jamais vers le ramollissement, il ne nous paraîtrait donc pas légitime, tout bien pesé, de déclarer qu'une sarcoïde authentique, qui a été vérifiée des mois et des années durant, avec ses caractères habituels, ne mérite plus d'être considérée comme une sarcoïde si elle devient un jour le siège d'une fonte gommeuse. C'est un fait nouveau que l'observation nous oblige à ajouter à la symptomatologie des sarcoïdes, et nous dirons qu'en règle générale, dans la très grande majorité des cas, la sarcoïde hypodermique classique ne se ramollit pas, mais qu'exceptionnellement elle peut le faire, de même qu'il existe des cas d'érythème induré de Bazin qui s'ulcèrent et d'autres qui se résorbent sans s'ulcérer.

Ce point de symptomatologie étant fixé, notre observation pose encore deux problèmes importants : l'un a trait à l'étiologie des sarcoïdes ; le second, conséquence du premier, à une modification à apporter à nos conceptions anatomo-pathologiques.

L'opinion classique de nos jours en ce qui concerne les sarcoïdes, tant le type Bœck que le type Darier-Roussy, c'est qu'elles doivent prendre place parmi les tuberculides, c'est-à-dire dans ce groupe d'affections qui représentent des formes atténuées de la tuberculose cutanée, ou qui offrent du moins avec celles-ci des liens plus ou moins étroits.

Les sarcoïdes multiples bénignes de la peau, décrites par Bœck en 1899, puis de nouveau en 1905 sous le nom de « lupoïde multiple et bénin », sont considérées par le savant dermatologiste de Christiania, comme une infection nettement bacillaire, qui peut être regardée comme une forme nouvelle et bénigne de tuberculose, ou comme une maladie infectieuse spéciale, très voisine de la tuberculose. L'arsenic à haute dose représente pour Bœck le meilleur traitement à employer, et ceci est intéressant à noter à côté des résultats obtenus par le Salvarsan.

Lorsque nous avons décrit nous-même l'angio-lupoïde, avec M. Brocq,

nous l'avons rangée tout proche des sarcoïdes à gros éléments de Bœck, comme une forme très atténuée de la tuberculose de la peau.

M. Darier, lorsqu'il a fait connaître avec Roussy sa sarcoïde hypodermique, a ajouté en sous-titre à son mémoire « Contribution à l'étude des tuberculides ou tuberculoses atténuées de l'hypoderme »; il appuyait cette opinion sur la structure histologique des lésions, sur les néoformations cellulaires du type tuberculeux avec dégénérescence épithélioïde, caséification, cellules géantes, follicules tuberculoïdes ; sur le fait que plusieurs de ses malades étaient entachés de tuberculose et avaient réagi à la tuberculine ; et enfin sur la reproduction expérimentale partielle de lésions analogues à celles des sarcoïdes par des injections de chloroformo-bacilline d'Auclair.

Cette opinion classique et généralement admise doit être modifiée à la lumière des faits nouveaux. Rappelons les deux cas d'angio-lupoïde de Ravaut, l'un avec Wassermann positif d'emblée, l'autre avec Wasserman devenant positif après la première injection de Salvarsan et guérissant tous deux par le médicament ; puis le cas de sarcoïde de Bœck de Tzank et Pelbois, toujours avec Wassermann positif et guérison par le sel d'Ehrlich. Rappelons enfin que notre cas de sarcoïde de Bœck qui existait chez une syphilitique avec Wassermann positif et syphilides tertiaires a guéri par le Salvarsan.

En ce qui concerne la sarcoïde de Darier, le cas rapporté par Ravaut et auquel nous avons déjà fait allusion, présentait un Wassermann positif et guérit complètement après l'injection de 3 gr. 10 de néosalvarsan. Notre cas nous paraît, nous l'avouons, encore plus démonstratif parce que nous avons pu obtenir sa guérison après constatation du Wassermann positif, par de simples injections de benzoate d'hydrargyre.

Nous avons déjà discuté en effet, au début de ce travail, et à propos des sarcoïdes de Bœck, les différentes hypothèses que soulève la constatation de ces Wassermann positifs et de ces guérisons par le sel d'Ehrlich. Nous avons déjà fait remarquer que l'on pouvait se demander :

1° Si les malades en question étant déjà syphilitiques, n'auraient pas des sarcoïdes qui seraient en rapport d'autre part avec une infection tuberculeuse atténuée, et s'il n'existerait pas au niveau des lésions un « mixte » syphilis-tuberculose sur lequel agirait le Salvarsan. Le Wassermann s'expliquerait alors, la guérison *totale* par le Salvarsan serait plus surprenante, lorsqu'on traite par le calomel un mixte de syphilis et de lupus on obtient une transformation mais non une guérison ; tout ce qui est syphilis disparaît mais il reste alors les lupomes visibles, pour lesquels il faut recourir aux traitements habituels du lupus. Or, dans les sarcoïdes guéries, tout a disparu par le Salvarsan.

2° Il serait également possible que les sarcoïdes, aussi bien celle de

Bœck que celle de Darier, reconnaissent pour cause soit une race spéciale de bacilles tuberculeux peu virulents, soit un parasite encore à individualiser. Or, le sel d'Ehrlich, agent thérapeutique puissant qui agit non seulement sur le tréponème pâle mais sur toute une série d'autres spirochètes, pourrait fort bien exercer son action sur ce parasite. C'est là une hypothèse que l'on ne peut exclure complètement et que nous admettrions volontiers pour expliquer certains cas.

3° C'est précisément pour exclure cette hypothèse que nous nous sommes adressés chez notre second malade au simple benzoate de mercure. Et nous avouons qu'à l'heure actuelle et jusqu'à plus ample informé, quand nous voyons un malade présenter un Wassermann fortement positif et ses lésions guérir par les injections de benzoate nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'il s'agissait de syphilis. Et si nous nous souvenons des trois fausses couches de la mère du sujet, nous incriminerions volontiers la syphilis héréditaire.

Est-ce à dire que tous les cas de sarcoïde relèvent de la syphilis? Ce serait commettre, au profit de cette infection, la même généralisation abusive qui a déjà été faite au bénéfice de la tuberculose. Et nous trouvons par exemple dans le mémoire de Tzanck et Pelbois un cas de sarcoïde hypodermique avec Wassermann négatif et échec total du Salvarsan.

Il nous paraît donc établi que le groupe des sarcoïdes doit être entièrement revu, en ce qui concerne son étiologie; il ne doit plus être rattaché d'une façon constante à la famille des tuberculides. Il ne doit plus être considéré que comme un syndrome. Ce syndrôme mérite d'être conservé parce qu'il représente un type clinique net, aussi bien pour la forme dermique que pour l'hypodermique. Mais au lieu de faire porter notre enquête uniquement sur les antécédents tuberculeux de nos malades, nous devons les fouiller complètement, puisque dans certains cas nous trouverons de la tuberculose, dans d'autres de la syphilis, dans d'autres peut-être encore une autre infection.

Il est enfin un dernier point que nous nous contenterons de signaler brièvement aujourd'hui, nous réservant d'y revenir ultérieurement: c'est le côté anatomo-pathologique soulevé par ces nouvelles données étiologiques. Un des principaux arguments pour ranger les sarcoïdes à côté des tuberculides avait été, à côté des antécédents bacillaires et de la réaction possible à la tuberculine, la structure tuberculoïde des lésions. Or, cet argument perd chaque jour de sa valeur. Nous savons maintenant combien les lésions de la syphilis la plus indiscutable peuvent présenter des formations histologiques tuberculoïdes. Philippson, Markuse, Finger, et surtout Nicolas, en France, se sont attachés à le démontrer depuis quelques années. Nicolas en particulier a consacré à cette question nombre de publications et depuis plusieurs années déjà pressentait « qu'il serait indispensable de reviser en dermatologie toute

l'histoire des tuberculides cutanées à la lumière de cette notion nouvelle ». L'étude de la sporotrichose et des nouvelles mycoses est venue également nous montrer combien fragile était le criterium anatomopathologique. L'exemple des sarcoïdes en est une démonstration nouvelle : le type dermique avec ses boyaux de cellules épithélioïdes pures est bien loin de la lésion syphilitique ordinaire ; le type hypodermique avec son mélange de noyaux tuberculoïdes profonds et de Wucheratrophie paraissait avoir une physionomie individualisée, et voici qu'il peut reconnaître comme facteur étiologique, tantôt la tuberculose, tantôt la syphilis et tantôt peut-être autre chose encore. Nous nous bornons à soulever cette question que nous comptons reprendre bientôt plus complètement.

Il nous paraît se dégager de ce travail les conclusions suivantes :

I. — Tout en reconnaissant que la sarcoïde hypodermique reste, dans la presque totalité des cas, une tumeur sous-cutanée, ne se ramollissant pas, il faut admettre que, dans certains cas, elle peut devenir le siège de productions gommeuses.

II. — Les sarcoïdes dermique et hypodermique peuvent dans certains cas exister chez des sujets qui présentent un Wassermann positif. Dans ce cas elles guérissent par le Salvarsan et même par les injections de sel mercuriel. Dans d'autres cas le Wassermann est négatif et le Salvarsan inactif.

III. — Les sarcoïdes paraissent donc reconnaître des étiologies multiples. Certaines paraissent en rapport avec la tuberculose, d'autres avec la syphilis, d'autres peuvent peut-être relever d'une autre infection.

Le type Bœck et le type Darier ne représentent donc que de simples syndromes et ne doivent être conservés qu'à ce titre.

IV. — La structure tuberculoïde des sarcoïdes perd donc toute spécificité et représente un nouvel exemple de l'analogie complète que peuvent présenter les lésions syphilitiques et les lésions tuberculeuses.

BIBLIOGRAPHIE

C. Bœck, Multiples benignes Sarkoïd der Haut. *Journ. of cutan. diseases,* décembre 1899. — Fortgesetzte Untersuchungen über das multiple benigne sarkoïd. *Archiv fur Dermatologie,* 1905.

Darier et Roussy, Des sarcoïdes sous-cutanées. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique,* janvier 1906.

Darier, Die cutanen und subcutanen Sarkoïde. Ihre Beziehungen zum Sarkom zur Lymphodermie, zur Tuberkulose. *Monatshefte f. prakt. Dermat.,* 1910.

Brocq et Pautrier, L'angio-lupoïde. *Annales de Dermatologie,* 1913.

P. Ravaut, Les effets curatifs des injections de néosalvarsan chez quatre malades atteints de tuberculides diverses. *Société Française de Dermatologie,* juin 1913.

P. Ravaut, L'action du néosalvarsan et la réaction de Wassermann chez des malades atteints de tuberculides diverses. *Annales de Dermatologie,* août 1913.

P. Ravaut, Lupus érythémateux avec réaction de Wassermann positive. Amélioration par le néosalvarsan. *Société de Dermatologie,* 6 décembre 1913.

Pautrier, Sarcoïdes de Bœck chez une syphilitique, guérison par le Salvarsan. *Société de Dermatologie,* février 1914.

Pautrier, Sarcoïde hypodermique de type Darier, avec Wassermann positif, guérie par des injections de benzoate d'hydrargyre. *Société de Dermatologie,* mai 1914.

Tzank et Pelbois, A propos du traitement des tuberculoses cutanées et des tuberculides par le néosalvarsan. *Annales de Dermatologie,* février 1914.

Nicolas, Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées. Cellules géantes et follicule syphilitique. *Annales des maladies vénériennes,* 1907.

Cellules géantes et follicule syphilitique dans les syphilides tertiaires cutanées et muqueuses. *Province médicale,* décembre 1907.

Follicule de Köster et formations histologiques tuberculoïdes dans la syphilis. *Livre jubilaire du Pr Tessier,* Lyon, 1910.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Généralités.

Les sécrétions internes dans leurs rapports avec la dermatologie (The Internal secretions in relation to dermatology), par Sir Malcolm Morris. *British medical journal*, 17 mai 1913, p. 1037.

Après l'historique physiologique et clinique des glandes à sécrétion interne, M. M. énumère les heureux effets de l'opothérapie thyroïdienne dans le psoriasis, où elle agit d'autant mieux que cette dermatose s'accompagne de troubles hypothyroïdiens, obésité, rhumatisme chronique, infantilisme, myxœdème, rachitisme, ostéomalacie, etc., dans le prurit, l'eczéma aigu et chronique, l'eczéma séborrhéique, l'ichthyose, la sclérodermie, l'acanthosis nigricans, les chéloïdes surtout quand elles s'accompagnent de douleurs, les verrues multiples, l'acné vulgaire juvénile, l'acné rosacée, le rhinophyma, le scrofuloderme, les formes hyperémiques et inflammatoires du lupus vulgaire, les troubles cutanés du goitre exophtalmique.

Le système pileux est soumis au fonctionnement, plus ou moins parfait, des sécrétions internes thyroïdienne et surrénale : Bulloch et Sequeira citent le cas d'une jeune fille de onze ans, chez qui toutes les manifestations d'une puberté hâtive se développèrent en quelques mois avec poussée abondante de poils sur le visage, les aisselles, le pubis, menstruation précoce, développement des seins ; cette jeune fille mourut en quelques mois d'une volumineuse tumeur abdominale ; l'autopsie montra l'existence d'un hypernéphrome.

Les troubles des ongles sont fréquemment observés dans certains états myxœdémateux et dans la maladie de Graves-Basedow, comme dans « l'hypopituiarisme », de même que les troubles de la pigmentation font partie des symptômes de l'addisonisme et sont aussi améliorés par l'extrait de corps thyroïde.

La dose d'extrait thyroïdien préconisée par M. M. est de 0 gr. 15 à 0 gr. 60 environ chez l'adulte en surveillant les effets, et en augmentent les doses prudemment ; chez l'enfant de 0 gr. 02 à 0 gr. 07 environ. Les petites doses sont aussi efficaces que les fortes. L'association de l'arsenic peut être favorable.

Certains syndromes pathologiques sont d'origine pluriglandulaire (insuffisances polyglandulaires) : les relations du thyroïdisme et du pituiarisme sont connues : les troubles cutanés sont fréquents dans l'acromégalie, hyperactivité des follicules pileux et des glandes sébacées, hyperplasie conjonctive cutanée, avec peau épaisse, hypertrichose, et aspect séborrhéïque ; à ces troubles d'hyperpituiarisme il faut ajouter ceux de l'hypopituiarisme avec peau fine, douce, transparente, sèche.

Les relations du thymus et des glandes génitales peuvent expliquer quelques troubles de l'enfance et de l'adolescence : acné, séborrhée.

Jusqu'ici on a peu employé en dermatologie les extraits du thymus, de de la pituitaire, des surrénales : M. M. a prescrit avec avantage l'extrait de thymus associé à celui de corps thyroïde dans l'acné, l'extrait d'hypophyse dans l'urticaire chronique et l'œdème angioneurotique. Il a aussi traité le lupus érythémateux par l'extrait de surrénale, avec plus de succès que par les méthodes locales.

Toutes ces questions ne sont pas résolues et forment un programme complexe d'intéressantes études futures. G. PETGES.

Granulome ulcéreux.

Le granulome ulcéreux et sa cure, par TERRA et RABELLO. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* 1913, n° 1, p. 3.

Le granulome ulcéreux n'est pas spécial aux pays tropicaux. Le terme de granulome tropical est donc impropre. On le rencontre loin de la zone équatoriale. Il sévit sur les sujets de 15 à 40 ans, mais il est exceptionnel chez la femme. Il n'a pas de prédilection de race ni de nationalité. Les lésions siègent en général sur les organes génitaux et leur voisinage (plis inguinaux, périnée). La maladie n'est pas de nature vénérienne. Elle débute par un petit bouton rose, au milieu duquel apparaît une vésico-pustule : d'autres se produisent dans le voisinage, s'agglomèrent, s'étendent. Puis il se fait une ulcération, linéaire dans les aines, circulaire sur le ventre. Son fond est tapissé de petites granulations aplaties, très rapprochées avec un pointillé plus foncé, montrant parfois un dépôt crémeux gris perle. Les bords taillés à pic sont criblés de petites élevures végétantes et confluentes. Toutes les lésions sont baignées par une sérosité chaude et fétide. Quand le vagin ou le rectum est atteint, il peut s'ensuivre des fistules ou la destruction d'organes importants. La réparation des tissus se fait au moyen de cicatrices dures qui rétrécissent les parties environnantes. Souvent au milieu des bandes cicatricielles, il reste des îlots de tissus où récidivent boutons et ulcérations. On peut distinguer 3 formes cliniques de granulations : 1° hypertrophique, végétante, parfois fongueuse ; 2° ulcéreuse à bords plats, fond couvert de boutons charnus aplatis, couvert d'un dépôt pultacé gris perle ; 3° scléreuse d'emblée avec développement d'ulcérations végétantes au milieu. Les ganglions lymphatiques ne sont généralement pas intéressés mais il peut se produire des lymphangites réticulaires. Le diagnostic sera fait avec : 1° le chancre mou phagédénique, on l'en différenciera par le siège, l'étendue, les bords non décollés, la durée, la sécrétion d'odeur particulière ; 2° la syphilis. L'anamnèse, l'aspect et le siège des lésions, l'absence de réaction de Wassermann, l'inefficacité du traitement spécifique trancheront la question ; 3° le lupus. On ne trouve pas de tubercules, les tissus ne sont pas friables, l'inoculation au cobaye, la cuti-réaction sont négatives ; 4° la blastomycose. Les ulcérations plutôt granulomateuses occupent en général la muqueuse buccale, les ganglions se prennent rapidement et suppurent, la maladie a une issue promptement fatale, la recherche du parasite lèvera les doutes ; 4° le pian. Les plaques papillomateuses sont éparses, généralement nummulaires ; l'adénopathie est généralisée, le

Wassermann est positif. On trouve le treponema pertinax et le néo-salvarsan a une action curative étonnante ; 6° la leishmaniose ne pourrait être confondue qu'avec la rare forme papillomateuse du granulome. Les lésions se rencontrent à l'extrémité des membres, au nez, aux lèvres et sur la muqueuse rhino-bucco-pharyngée. La santé reste longtemps satisfaisante. La mort arrive au bout de plusieurs années (dix parfois) par cachexie ou septicémie. Suivant Donovan la maladie serait due à un parasite du genre grégarine. Les auteurs se demandent s'il ne s'agirait pas d'une espèce de sporotrichum. Au point de vue histologique ; on ne trouve en général que les lésions propres aux processus inflammatoires chroniques. Le traitement de choix consiste en injections intraveineuses d'une solution à 1/100 de tartre stibié dissous dans du sérum physiologique (Méthode de Vianna et Aragao) à la dose de 5 à 10 centimètres cubes tous les 2 jours. Le tartre stibié n'a aucun inconvénient à être introduit dans la circulation et ne produit ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée, ni prostration. A la 15e injection, les ulcères sont guéris. J. Méneau.

Pellagre.

Pellagre mortelle chez deux enfants anglais (Fatal pellagra in two English boys), par C.-R. Box. *British medical journal,* 5 juillet 1913, p. 2.

Deux frères, fils de parents anglais, 8 et 11 ans, n'ayant pas quitté l'Angleterre, sont morts de pellagre avec troubles nerveux et gastro-intestinaux graves et lésions cutanées typiques siégeant en particulier sur les mains (une belle aquarelle illustre ce travail).

La culture du sang prélevé sur l'un d'eux, immédiatement après la mort, mit en évidence le streptocoque pyogène.

Ce sont les premiers cas probants de pellagre autochtone observés en Angleterre. G. Petges.

Histoire naturelle de la pellagre avec relation de deux nouveaux cas observés en Angleterre (The natural history of pellagra with an account of two new cases in England), par L.-W. Sambon. *British medical journal,* 5 juillet 1913, p. 5.

S. a étudié les deux cas de pellagre autochtone observés chez deux enfants anglais par Box ; il en rapporte deux nouvelles observations. Il a recherché l'origine possible de ces cas dans la présence de certains insectes dans la rivière, auprès de laquelle vivaient les malades, et dans ses affluents : il y a constamment rencontré des larves et des embryons de simulidées accolés à des pierres, des herbes ou des bois flottants, en particulier sur des feuilles de renoncules aquatiques : les espèces observées sont le Simulium lineatum, le S. reptans ; puis le Culicoïdes pulicaris, et le C. varius.

Dans ces cas, comme dans tous ceux de pellagre observés en Angleterre, le maïs est hors de cause. Contrairement aux données classiques ces observations confirment les faits avancés par S. sur la fréquence relative de la pellagre chez l'enfant : il en a vu chez des bébés de 4 à 5 mois.

La pellagre serait une maladie endémique pouvant parfaitement frapper des sujets en parfaite santé, dans les régions où elle sévit ; elle se propagerait à la façon du paludisme, par l'intermédiaire d'un insecte : pellagre et paludisme ont disparu en même temps de certaines régions.

Il y aurait une sorte de parallélisme entre le paludisme et la pellagre, aussi bien en Italie qu'en Roumanie et que dans toutes les régions frappées, quoique ces maladies ne se superposent pas exactement dans les mêmes localités.

Venise et sa population urbaine sont indemnes de pellagre, non de paludisme ; l'île de Lido située en face est également épargnée, ainsi que Murano tout près d'elle : au contraire, les îles de Pellestrina et Chioggia, entre Lido et le continent, au Sud, près de l'embouchure de l'Adige et de la Brenta et le groupe des îles de Burano, Torcello, Mazzorbo, Erasmo, etc., au Nord, sont ravagées par la pellagre.

Burano, en particulier, est une île entièrement couverte de maisons étroitement agglomérées, habitées par des pêcheurs qui vivent des mois entiers sur la lagune et la côte italienne. La pellagre qui ailleurs est plus fréquente chez les femmes, sévit au contraire presque exclusivement sur les hommes de Burano, tandis que sur le continent voisin elle atteint surtout les enfants ; à Burano, elle ne les frappe pas avant leur dixième année ; aucun artisan non pêcheur de Burano n'est atteint : la maladie ne naît donc pas à Burano, mais provient de la côte et de l'embouchure de la Brenta, où les pêcheurs vivent longtemps ; cette embouchure est couverte d'essaims de mouches piqueuses : ceci explique que les pêcheurs de Burano sont seuls atteints, indépendamment de toute contagion d'homme à homme, ou de contagion par l'air, ou de contagion par le maïs — (toute la population de Burano en consomme également, comme d'ailleurs, les régions non pellagreuses de Venise et de son voisinage) — ; le rôle de l'hérédité est par cela même écarté également.

Pour S. la pellagre est une maladie propagée par un insecte : il en fournit d'autres preuves épidémiologiques.

Dans le détroit, l'île de Pellestrina présente des conditions différentes : là, 1/3 des pellagreux sont des femmes et un certain nombre d'enfants : les insectes en sont la cause ; ils sont amenés par le vent, de même que les anophèles qui à plusieurs reprises dans l'année, poussés aussi par les vents, apportent du paludisme dans l'île.

Les Simulidées seraient les insectes vecteurs du germe de la pellagre, on les rencontre dans tous les pays ; il en existe des espèces variées, vivant sur les rivières à cours rapide, à des saisons différentes selon les climats.

Il est vraisemblable, dit S., que la pellagre est causée par un protozoaire dont le simulium est l'hôte et le propagateur. G. Petges.

Un cas de pellagre en Angleterre (A case of pellagra in England), par J.-A.-B. Hammond. *British medical journal*, 5 juillet 1913, p. 12.

Cas observé chez une femme de 33 ans : début en 1911 par de la céphalée, de la lassitude, de l'inappétence, de la constipation, avec état saburral de la langue, des douleurs abdominales et de la fièvre. Cette femme vivait beaucoup au grand air, menant une vie extérieure très sportive. Depuis 1911 l'affection a évolué avec des symptômes typiques de pellagre, troubles intestinaux, cutanés, nerveux et mentaux. Mort en avril 1913. Il semble que l'affection ait été contractée en Écosse. A noter le début aigu, rappelant celui d'une fièvre typhoïde : cette observation est cliniquement en faveur de l'origine infectieuse de la pellagre. G. Petges.

La pellagre dans la Grande Bretagne (Pellagra in Great Britain), par L.-W. Sambon. *British medical journal,* 19 juillet 1913, p. 119.

Relation de trois nouveaux cas autochtones chez une fillette de 7 ans, chez une femme de 63 ans, chez une femme de 37 ans.

Avec les observations publiées récemment celles-ci montrent que la pellagre existe bien en Angleterre où elle était naguère inconnue.

G. Petges.

Tumeurs cutanées.

Sarcomatoses cutanées idiopathiques multiples (Sarcomatosis cutanéas idiopáticas múltiples), par J. de Azua. *Revista clinica de Madrid,* 1er et 15 septembre 1913.

De ce travail très complet, l'auteur conclut qu'au point de vue clinique, les affections dénommées sarcomatoses idiopathiques multiples sous leurs différents types, ont un début et une évolution qui les rapprochent des maladies infectieuses. Le mot de sarcome étant actuellement réservé à un concept chirurgical néoplasique, on devrait désigner les sarcomatoses idiopathiques multiples par un autre nom. En réunissant les maladies ressemblant au sarcome sous le nom de sarcoïdes, Kaposi avait éclairci la nomenclature dermatologique. Mais on eut tort d'y faire rentrer les sarcomatoses multiples idiopathiques, avec le mycosis fongoïde, les leucémies et les pseudoleucémies. Joseph avait proposé de n'appeler sarcoïde que les sarcomatoses idiopathiques multiples, à pronostic grave. Depuis que Boeck y fit rentrer le sarcoïde multiple bénigne, l'obscurité est revenue. Pour A. sarcoïde veut dire voisin du sarcome. Il propose donc de désigner sous ce nom des maladies qui, sans étiologie connue, ressemblent au sarcome vulgaire par leur texture ou leur évolution clinique, ou par les deux; mais il en distrait les processus tuberculeux dont l'étiologie doit servir à les définir. Tant que l'étiologie ne sera pas connue, les sarcoïdes ne doivent donc comprendre que les sarcomatoses idiopathiques multiples, types Kaposi, Perrin et Spiegler. A. propose de les dénommer : sarcoïdes multiples hémorragiques pigmentaires de Kaposi, sarcoïdes multiples hypodermiques, malins de Perrin, sarcoïdes multiples bénins de Spiegler. J. Méneau.

Tumeurs carcinoïdes multiples primitives de la peau chez un enfant (Multiple primary carcinoid of the skin in an infant), par W. Hutchinson. *Journal of cutaneous diseases,* mars 1913, p. 161.

Enfant de 4 ans et demi porteur de nombreuses petites tumeurs disséminées sur la tête, la face, les oreilles, les troncs, les jambes, la paume d'une main ; les muqueuses ne sont pas atteintes : ces nodules enchâssés dans la peau ont les dimensions d'un pois à une pièce de vingt centimes, leur couleur est jaune brun, elles sont bien séparées et n'ont pas de tendance à s'énucléer spontanément ; pas de lésions du foie, de la rate, des ganglions lymphatiques, le sang est normal ; pas de réaction à la tuberculine, réaction de Wassermann négative chez la mère et chez l'enfant. Après ablation d'une de ces tumeurs H. leur décrit les caractères suivants : macroscopiquement elle est recouverte par un épiderme distendu, et s'enfonce dans le derme et l'hypoderme, avec des limites nettes ; elle n'est pas énucléable ; la section est gris blanchâtre ; la consistance ferme ; pas de dégénérescence.

Microscopiquement : il s'agit de masses de cellules tassées les unes contre les autres dans un stroma peu abondant, traversées par des fentes étroites, formant des sortes de colonnes de trois à quatre cellules ; elles sont polymorphes en forme et en volume, les unes sont rondes les autres ovales ; le protoplasme prend bien les colorants, sauf l'éosine ; les noyaux sont ronds ou ovales, avec beaucoup de chromatine ; certains sont gros, d'autres petits. Çà et là on voit quelques cellules géantes ; le tissu élastique est détruit par l'invasion des cellules, mais on voit cependant quelques fragments de fibres élastiques dans la tumeur ; quelques rares cellules plasmatiques sont bien reconnaissables. Pas de microbes.

Les follicules pileux et les glandes sudoripares sont indépendants des lésions en certains points, et englobés par la néoplasie en d'autres zones.

H. élimine l'angiosarcome, les sarcoïdes, la maladie de Kaposi, les granulomes : il pense qu'il s'agit d'une tumeur développée aux dépens des couches externes des follicules, formant une tumeur carcinoïde non décrite, en raison des relations des cellules néoformées avec les follicules et de leur ressemblance avec ses cellules : la coloration violet foncé de ces cellules par l'hématoxyline, et la présence de noyaux relativement gros, mal colorés, finement granuleux, les rapprochent de celles du follicule.

Cliniquement ces tumeurs ont une allure bénigne. G. Petges.

Radium et cancer (Radium and cancer), par Sir A. Pearce Gould. *British medical journal*, 3 janvier 1914, p. 1.

Le radium a bien un pouvoir électif sur la cellule cancéreuse dont nous ignorons l'origine, mais dont la tendance à proliférer est bien connue : il n'agit pas seulement en tant qu'agent caustique doué d'un pouvoir destructeur, mais comme spécifique anticancéreux. P. G. présente des cas probants, à l'appui de ces idées : guérison d'un adénocarcinome, d'un ostéosarcome fusocellulaire (avec radiographie et biopsie à l'appui), de deux tumeurs malignes amygdaliennes et pharyngées, d'un carcinome encéphaloïde du testicule ; d'autres guérisons ont été observées ou signalées antérieurement par le même clinicien (cancers de la langue, des lèvres, du maxillaire, du sein, du rectum, etc.).

Le traitement radiumthérapique comporte des dangers : pour l'opérateur d'abord, exposé aux dégénérescences épithéliales des doigts et des mains, comme le radiothérapeute ; — pour le patient ensuite. Chez ce dernier le radium peut entraîner des ulcérations chroniques ou des brûlures superficielles : des ulcérations cutanées, des perforations de l'intestin ; des thromboses des veines voisines (veine iliaque externe dans une observation) ; des hémorragies, ont suivi l'application des tubes radiogènes. Enfin, après l'application de radium dans une tumeur, il peut se produire une réaction générale fébrile de gravité variable.

Les indications du traitement par le radium se subordonnent aux difficultés et à la possibilité d'accéder à la tumeur, à l'absence de lésions métastatiques.

Le sarcome réagit mieux que le carcinome, les tumeurs molles que les tumeurs dures.

Certains cas paraissent aggravés par le radium.

Parfois après le traitement apparaissent une douleur et une réaction locales persistantes, qui augmentent les souffrances du malade.

Deux questions importantes se posent ensuite : 1° faut-il préférer l'emploi du radium à une intervention chirurgicale ? L'auteur ne donne pas une réponse catégorique : c'est une question à discuter pour chaque cas. 2° Faut-il employer systématiquement le radium à titre prophylactique après une intervention ? P. G. ne le pense pas, puisque le chirurgien qui décide l'exérèse d'un cancer a pour but d'enlever toute la lésion et de ne pas laisser la moindre parcelle de la tumeur ; il est difficile de décider où l'application de radium doit se faire après une intervention ; cette application d'ailleurs peut provoquer, on le sait, des proliférations pathologiques : il convient donc de s'abstenir de la radiumthérapie prophylactique post-opératoire. G. Petges.

Zona.

Voie suivie par le virus de l'herpès zoster pour atteindre les ganlions nerveux (The course the virus of herpes zoster takes to reach the nerve ganglions), par D. W. Montgomery. *Journal of cutaneous diseases*, mars 1913, p. 156.

L'origine infectieuse du zona parait probable et l'infection causale frapperait à la fois le territoire lymphatique de la région pénétrée par l'agent pathogène et un ou plusieurs nerfs ; dans le nerf l'infection cheminerait de proche en proche par les lymphatiques péri-nerveux jusqu'au premier ganglion nerveux ; de telle sorte que l'adénite qui accompagne l'éruption du zona ne serait pas due à la suppuration secondaire des vésicules, mais lui serait antérieure : ganglion lymphatique et ganglion nerveux seraient infectés simultanément et par le même processus.

La preuve de ces hypothèses est tirée des faits cliniques suivants : la névralgie précède l'éruption ; la maladie est unilatérale, elle est particulièrement fréquente sur la tête, le cou et la partie supérieure du tronc, toutes régions plus facilement infectées ; les nerfs sensoriels, plus extériorisés sont plus souvent atteints que les nerfs moteurs ; les lésions sont limitées à un ou deux nerfs ; le ganglion de Gasser est atteint partiellement, comme l'a observé Sattleb ; une des branches de la V^e^ paire et surtout l'ophtalmique constitue une des localisations préférées du zona ; enfin la réaction ganglionnaire lymphatique coïncide avec l'éruption ou la précède.

G. Petges.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Généralités.

Les maladies vénériennes (Venereal Diseases), par Biggs. *New-York Med. Journ.*, 17 mai 1913, p. 1009.

Après un long exposé, l'auteur, médecin militaire, résume ainsi les devoirs du conseil d'hygiène :

1° Développer et donner plus d'extension au système d'enregistrement actuel ;

2° Instituer une surveillance plus rigoureuse de tous les sujets atteints de maladies vénériennes et de faciliter les diagnostics précoces ;

3° Instituer un enseignement d'hygiène sexuelle ;

4° Faciliter l'hospitalisation des sujets susceptibles de transmettre la contagion toutes les fois qu'ils ne possèdent pas les moyens nécessaires au traitement.

S. Fernet.

La prostitution dans la ville de New-York (Prostitution in New-York city), par D.-C. Mc Murtrie. *Medical record*, 31 mai 1913, p. 974.

Cette étude est extraite d'une enquête faite à New-York, par une commission médicale officielle. Elle met en évidence des notions déjà connues : danger de la prostitution pour les collectivités ; danger de la prostitution libre plus nombreuse que la prostitution surveillée ; multiplicité des lieux où s'étale la prostitution, maisons de rendez-vous, cafés, hôtels, music-halls, etc. ; proportion considérable des maladies vénériennes chez les prostituées. Tous ces faits sont d'observation analogue en tous pays, et le travail intéressant de Mc M. montre que Paris n'a pas seul le monopole d'une prostitution protéiforme, parée des masques les plus divers, abritée sous les toits les plus variés, du taudis au palais. Mais le remède efficace contre cette plaie sociale n'apparait pas plus à New-York qu'à Paris.

G. Petges.

Balanite.

Balanite érosive et gangreneuse. Quatrième maladie vénérienne (Erosive and gangrenous balanitis the fourth venereal disease), par B.-C. Corbus. *The Journ. of the American Med. Assoc.*, 7 juin 1913, p. 1769.

Étude très complète de la balano-posthite érosive circinée de Bataille et Berdal. L'auteur pense que les balanites érosive et phagédénique sont de même nature et qu'il s'agit là uniquement de stades différents d'une seule infection. Un traitement précoce peut sauver de nombreux sujets d'une destruction étendue.

S. Fernet.

Granulome des organes génitaux.

Granulome ulcéreux des organes génitaux (Tratamento do granu-

loma tropical pelo tactaro emetico), par Vianna et de Aragão. *Boletina da Sociedade brasileira de Dermatologia*, séance du 30 décembre 1912, p. 79.

Les auteurs recommandent les injections intraveineuses de tartre stibié à la dose de 0,10 de sel dans 100 grammes de solution physiologique. Les ulcères datant de 5 ans ont été guéris au bout d'un petit nombre d'injections. Le médicament agirait mieux sur les granulomes que sur les manifestations cutanées de la leishmaniose. J. Méneau.

Chancre mou.

Études cliniques et bactério-sérologiques sur le chancre mou et le bacille de Ducrey (Klinische und bakteriologische-serologische Studien über Ulcus Molle und Ducruysche Streptobazillen), par Tetsuta Ito. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1912, t. 116, p. 341.

Résumé : L'intracutanréaction pratiquée avec un vaccin de strepto-bacilles de Ducrey est spécifique et peut servir à confirmer le diagnostic (I. se sert d'une émulsion de strepto-bacilles tuées par l'acide phénique et le chauffage à 60 degrés).

La technique de Pirquet ne donne pas de réaction. L'intracutanréaction, à peu près nulle chez les sujets sains, est à peu près constante chez les sujets porteurs de chancre et très intense chez ceux qui ont des bubons. Le traitement par ce vaccin a donné de très bons résultats en cas de bubons. Peut-être les accidents du bubon chancre simple dépendent-ils non seulement de l'action directe des strepto-bacilles, mais encore d'une réaction anaphylactique.

Le meilleur milieu de culture du microbe est le sang défibriné ; particulièrement le sang mélangé au bouillon (dans la proportion de 1 à 2) en tant que milieu liquide. Ces milieux plus simples qu'on a décrits jusqu'à présent sont aussi très bons pour le gonocoque.

Les strepto-bacilles peuvent fournir 50 générations en repiquant quotidiennement sur des milieux frais.

Le poison des strepto-bacilles est une endotoxine (il siège dans les corps de bacilles morts).

L'émulsion de strepto-bacilles injectée au cobaye sain jusqu'à concurrence de 1 centimètre cube pour 100 grammes ne les tue pas ; mais ils succombent lorsque la dose atteint 2 centimètres cubes.

Le traitement vaccinal ne prouve aucune immunité organique.

Par un traitement vaccinal antérieur ou au cours de l'évolution d'une maladie strepto-bacillaire, il peut se produire une hypersensibilité. Cette anaphylaxie se transmet passivement avec du sérum de cobayes anaphylactisés, comme avec le sérum de malades porteurs de bubons.

La recherche des précipitines, des agglutinines, celle de la déviation du complément ne fournit aucun résultat ni avec le sérum d'animaux ni avec celui de l'homme malade. Ch. Audry.

Méthode simple et efficace pour la guérison rapide du bubon chancrelleux, par H. Constantin. *Paris médical*, 23 août 1913, n° 38, p. 274.

C. recommande une méthode de traitement qu'il a vu appliquer par Brault (d'Alger) et dont il a reconnu lui-même à plusieurs reprises les bons effets. Cette méthode comporte trois données.

1° Ouverture étroite « timide » du bubon.

2° Cautérisation des parois de la poche avec une solution de nitrate d'argent aussitôt faite l'ouverture de l'abcès.

3° Drainage capillaire avec un crin de Florence.

Cette méthode très simple réduit considérablement la durée de l'affection qui guérit en huit à douze jours au lieu de quatre à six mois voire même plus.

La cicatrice est insignifiante. E. VAUCHER.

Traitement du chancre simple par le phénol camphré (Phenolkampfer bei Ulcere venereum), par K. RÜHL. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 34, p. 1643.

On lave avec la solution de sublimé au millième, puis ou touche avec :

Acide phénique pur.	30
Poudre de camphre.	60
Alcool	10

On panse avec poudre inerte et ouate, et on recommence la cautérisation au bout de deux jours.

Les résultats sont très bons. Ch. AUDRY.

Blennorrhagie.

Urétrite gonococcique chez un enfant de seize mois (Gonococcal urethritis in a boy aged seventeen mouth), par A. SMITH. *British Medical Journal,* 26 avril 1913, p. 878.

Phimosis et urétrite gonococcique chez un nourrisson qui a pu être contaminé par sa nourrice mercenaire. G. PETGES.

Tendo-vaginite blennorrhagique (Ein Fall von Gonorrhoischer tendovaginitis), par RAUSCHENBERGER. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 33, p. 1828.

Une fille de 23 ans présente une tuméfaction rouge et douloureuse superficielle du pied gauche. Synovite du muscle péronéal latéral ; on la ponctionne et on y trouve des gonocoques : on n'en avait point trouvé dans les organes génitaux. Ch. AUDRY.

Cas fatal de septicémie gonococcique (A fatal case of gonococcus septicemia), par G.-A. RUECK. *Medical Record,* 4 janvier 1913, p. 18.

Cas de septicémie gonococcique pure, vérifiée par la culture du sang chez une jeune femme de 22 ans, ayant eu dans l'enfance la rougeole et une attaque de rhumatisme articulaire à 12 ans compliqué d'endocardite. Endocardite végétante dans le cours d'une septicémie à forme typhoïde, dont le diagnostic fut d'abord : fièvre typhoïde ; séro-réaction de Widal pour les bacilles typhique et para-typhique négative à plusieurs reprises.

Culture pure de gonocoque par l'ensemencement du sang

G. PETGES.

Communications sur la blennorrhagie (Mitteilungen über Gonorrhoe), par BRANDWEINER. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 22, p. 882.

La cuti-réaction avec l'arthigon ne donne pas des résultats pratiquement appréciables. L'intradermo-réaction ne permet pas de distinguer un blennorrhagien de celui qui ne l'est pas. La cuti-réaction est la même, qu'il

s'agisse d'un vaccin autogène ou allogène. L'intradermo-réaction avec un vaccin autogène monovalent est plus vive qu'avec un allogène.

D'une manière générale, cuti-réaction et intradermo-réaction avec des vaccins de gonocoques morts ne fournissent aucun résultat utilisable en clinique.

Les vaccins autogènes agissent plus vivement que les allogènes, probablement parce qu'il s'agit de races différentes. Ch. Audry.

Sur le traitement de la blennorrhagie et les erreurs les plus communes à son sujet (Ueber die Behandlung des Trippers und ihre häufigsten Fehler), par F. v. Veress. *Dermatologische Wochenschrift*, 15 mars 1913, t. 56, p. 302.

Au cours de la blennorrhagie aiguë l'abus des solutions argentiques concentrées et l'introduction prématurée d'instruments dans le canal sont deux tendances néfastes. V. recommande le traitement abortif au moyen de solutions faibles de permanganate. L'emploi des instruments doit être réservé aux cas torpides ou chroniques ; il en est qui ne guérissent qu'à ce prix.

Les vaccins donnent des résultats dans les complications. Pellier.

Sur le traitement de la blennnorrhagie de la femme avec le sérum (Zur Frage der Serumbehandlung der weiblichen Gonorrhoe), par Waeber. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 21 juin 1913, n° 25, p. 769.

Dans 6 cas traités avec un sérum gonococcique fourni par l'Institut de Berne, les résultats thérapeutiques ont été à peu près nuls. Ch. Audry.

Un nouveau traitement de la blennorrhagie aiguë (A new treatment for acute gonorrhea), par O.-L. Mulot. *Medical Record*, 19 avril 1913, p. 709.

M. préconise des injections quotidiennes d'iode à 5 pour 100, contre la blennorrhagie aiguë : la guérison surviendrait en 8 ou 10 jours ; il serait bon d'associer à ce traitement des injections de sulfophénate de zinc. La solution iodée est moins douloureuse avec un excipient huileux.

Récemment cette méthode jadis employée en France y a été de nouveau préconisée avec des résultats confirmatifs de ceux de M. G. Petges.

Traitement de quelques complications de la blennorrhagie par le vaccin antigonococcique atoxique de MM. C. Nicolle et Blaizot, par P. Remlinger. *Paris médical*, 22 novembre 1913, n° 51, p. 562.

La vaccinothérapie antigonococcique est très simple, elle donne d'excellents résultats. R. rapporte six observations de complications blennorrhagiques diverses : orchite, cystite, rhumatisme, dans lesquelles la guérison fut rapidement obtenue grâce à l'emploi du vaccin. E. Vaucher.

Traitement des complications de la blennorrhagie au moyen du virus vaccin sensibilisé de Besredka (Behandlung der Komplikationen der Blennorrhagie mittels der Besredkaschen Methode der sensibilisierten Virus-Impstoffe), par L. Cruveilhier. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1913, n° 32, p. 1465.

C. a essayé d'appliquer à la blennorrhagie les méthodes et procédés dont

Besredka s'est servi pour traiter la fièvre typhoïde, etc. Il a injecté du virus vaccin-antigonococcine ainsi préparé (long contact avec du sérum de chèvre). Il a obtenu une faible réaction générale, une réaction locale assez énergique. Chez les porteurs d'épididymite, les manifestations morbides étaient fortement réduites au bout d'une semaine.

Bons résultats aussi dans un petit nombre de cas de salpingite et d'arthrites aigües et chroniques. Ch. Audry.

Sur l'emploi thérapeutique et diagnostic des injections intraveineuses d'arthigon (Ueber die diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit intraveinöser Arthigoninjektionen), par Bruck et Sommer. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 22, p. 1185.

Les hommes blennorrhagiques présentent, après injection intraveineuse d'arthigon une réaction générale d'autant plus intense qu'il existe des complications; cette réaction hyperthermique est spécifique lorsqu'elle dépasse 1°, 5 ; car au-dessous de ces chiffres, elle peut se produire chez des sujets sains.

Chez les femmes, les essais ne sont pas encore suffisants ; mais ils paraissent semblables, et jamais ces injections n'ont présenté le plus petit inconvénient.

Cette injection intraveineuse agit encore mieux que l'intramusculaire contre l'épididymite, l'arthrite, la prostatite. L'action contre l'urétrite est parfois réelle et efficace, mais moins sûre. Ch. Audry.

Sur une nouvelle préparation vaccinale : la gonargine (Uber Gonargine, in neues Vaccinpraparat), par S. Schumacher. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. XX, n° 5, p. 400.

S. appelle gonargine une préparation de gonocoques morts, additionnée de 0,5 pour 100 de phénol. On l'injecte dans les muscles. On injecte d'abord 5 millions de gonocoques, puis 3 jours après, 10 millions, etc. Localement, la tolérance est bonne, il se produit une réaction générale plus ou moins intense.

Les résultats pratiques sont favorables d'une manière régulière contre l'épididymite et la tendo-vaginite. Ch. Audry.

Sur le soufre colloïdal dans la blennorrhagie (Ueber kolloidalen Schwefel gegen Gonorrhöe), par K. Heden. *Dermatologische Wochenschrift,* 13 août 1913, n° 34, p. 1003.

Le soufre colloïdal semble exercer vis-à-vis des gonocoques une action indéniable mais néanmoins plus faible que celle des agents thérapeutiques généralement usités. Pellier.

Quelques mots sur la technique des lavages dans la thérapeutique de la blennorrhagie de l'urètre antérieur et postérieur (Einiges über die Spültechnik bei der Therapie der Gonorrhoea anterior und posterior), par K. Ruhl. *Dermatologische Wochenschrift,* 2 août 1913, p. 907.

R. veut attirer l'attention sur la canule de Majocchi (canule à double courant), très répandue en Italie et presque inconnue ailleurs.

Pellier.

Un traitement de la blennorrhagie aiguë de l'urètre antérieur (Un tratamiento de la blennoragia aguda de la uretra anterior), par J. DE AZUA. *Revista clinica de Madrid,* t. XI, n° 15, janvier 1914, p. 17.

Il faut au minimum de trois à six semaines pour guérir la blennorrhagie; en général, huit à dix sont nécessaires pour obtenir la disparition permanente du gonocoque et la séparation de lésions produites dans l'urètre par l'infection blennorrhagique. Les traitements courts ne donnent qu'une apparence de guérison; plus de 60 pour 100 des cas supposés guéris ne le sont pas. La méthode de l'A. est basée sur l'association méthodique et systématique du permanganate de potasse et du nitrate d'argent, et ne s'adresse qu'à la blennorrhagie de l'urètre antérieur, sans manifestations suraiguës telles que: l'écoulement sanguinolent, l'œdème intense du méat et du gland, le phimosis et les érections douloureuses fréquentes. Le traitement est pratiqué avec les précautions et conditions hygiéniques habituelles 4 fois par jour: à 11 heures du soir, 7 heures du matin, midi et 6 heures du soir. Il consiste en: un lavage antérieur sous faible pression avec du permanganate et trois injections avec le nitrate. Le lavage est pratiqué avec une sonde à double courant ou si l'inflammation ne permet pas son introduction avec une petite sonde flexible. On y adapte le tube d'un irrigateur. La pression doit être de 25 à 40 centimètres au plus et le liquide aussi chaud que possible. Il doit progressivement passer de 300 à 500 grammes de liquide. Le titre de la solution sera au début de 1/10 000 à 1/4 000; suivant l'état et la tolérance de l'urètre, on arrivera peu à peu à 0,20, 0,30, 0,40, 0,50 pour 1 000. Les injections seront faites avec une petite seringue à bout conique d'une contenance de 10 centimètres cubes. Le nitrate sera employé au début à un titre variant de 1/20 000 à 1/10 000. La sensation perçue doit être légère, l'augmentation du titre des solutions employées très lente. Au bout d'un mois, recherche du gonocoque, s'il n'y en a pas, suppression d'une injection de nitrate; si la guérison persiste plus de 15 jours, suppression du lavage au permanganate. Deux injections de nitrate par jour pendant 10 à 12 jours. Puis une seule, le soir. Recherche des filaments. S'il n'existe pas de gonocoque, injection pendant 8 à 10 jours, tous les 2 jours. Suspension du traitement. Si l'exsudat est alors simplement muqueux, coit avec condom. Si rien ne survient plus d'anormal, le malade est guéri. Si au contraire, l'écoulement redevient persistant, contenant des gonocoques, le traitement est recommencé, ou mieux changé; le processus ayant alors presque toujours envahi la sous-muqueuse, les glandes urétrales ou l'urètre postérieur. J. MÉNEAU.

Emploi de la médication ionique dans le traitement de certaines maladies vénériennes (The use of ionic medication in the treatment of certain venereal diseases), par R. CONNELL. *British medical journal,* 17 janvier 1914, p. 138.

C. a eu l'idée de traiter par la médication ionique la syphilis primaire, les ulcérations syphilitiques secondaires, les gommes; le chancre mou et le bubon, le rhumatisme gonococcique. Ce traitement donnerait de bons résultats dans la syphilis, avec l'ion-mercure, surtout dans les formes pures non infectées secondairement; l'ion-zinc dans les cas tenaces, infectés secondairement, ajouterait son action efficace.

Malheureusement, et l'auteur prévoit l'objection, dans beaucoup de cas traités, le néosalvarsan et le mercure ont été administrés en même temps par voie interne. Il cite cependant quelques observations où l'ionisation seule a donné des cicatrisations rapides.

La technique est ainsi réglée: nettoyer l'ulcération avec soin, après un badigeonnage à la solution de cocaïne à 5 pour 100; appliquer sur la lésion une compresse de gaze imbibée de bichlorure de mercure à 2 pour 100, en limitant la première couche aux bords de l'ulcère aussi exactement que possible, les couches superficielles les dépassant un peu; l'électrode, faite d'une petite plaque de zinc ou de cuivre coupée aux dimensions voulues, est reliée au pôle positif; l'auteur emploie comme électrode la tête d'une petite vis de cuivre; l'action du zinc ou du cuivre s'ajoute à celle du mercure et diminue l'action caustique du sublimé. Au bout de quelques instants sous l'effet de l'ion-mercure la lésion blanchit comme avec l'ion-zinc moins actif et moins caustique; il peut se produire une phlyctène si l'action est trop prolongée; elle guérit vite. Le courant utile est de 2 à 4 milliampères, pendant cinq minutes au plus la première fois, avec une seconde application trois ou quatre jours après. L'ulcération et l'induration de l'accident primitif disparaissent rapidement.

Malheureusement, l'auteur en convient, ce traitement n'est pas abortif, et il semble bien qu'il complique inutilement la thérapeutique courante du chancre syphilitique, si sensible au traitement spécifique général et local.

En ce qui concerne le chancre mou, il ne semble pas que les résultats soient très satisfaisants. Ils sont plus encourageants pour le bubon chancrelleux par la technique suivante : inciser, nettoyer la cavité avec soin, la remplir d'ouate imbibée d'une solution de sulfate de zinc à 2 pour 100; une électrode de zinc, aux dimensions voulues, est enfoncée dans l'ouate à distance égale des bords et ne doit pas être au contact des tissus; on fait passer un courant de 20 à 30 milliampères durant quinze à vingt minutes.

Dans le rhumatisme blennorrhagique chronique, l'électrode zinc est appliquée sur l'articulation atteinte, avec 15 à 20 milliampères pendant trente minutes trois ou quatre fois par semaine.

Il ne nous semble pas que ces méthodes soient réellement utiles dans aucun des cas visés. G. Petges.

I. — *Étude clinique.*

Cœur.

L'électro-cardiographie des syphilitiques (La electro-cardiografia de los sifilíticos), par Peyri et Bellido. *Revista de medicina y cirurgia*, octobre 1913, XXVII, 10.

Les auteurs tirent de leurs recherches les conclusions suivantes : 1° La syphilis ne donne pas par elle-même d'altération électro-cardiaque spéciale ; 2° Les syphilitiques avec phénomènes généraux toxiques se traduisant par de l'asthénie ou des symptômes de dénutrition, montrent une dépression de la courbe, surtout à l'oscillation du début ; 3° Dans les cas de syphilis torpide ou phagédénique, sans symptômes cardiaques spéciaux, le graphique présente néanmoins des altérations profondes qui indiquent le début ou peut-être la confirmation d'une lésion du myocarde ; 4° Il est recommandé pour compléter et préciser le diagnostic anatomique chez les syphilitiques à lésions manifestes du cœur ou des vaisseaux de vérifier leur électro-cardiogramme ; 5° L'examen électro-cardiaque doit aussi être pratiqué chez tous les syphilitiques héréditaires, pour assurer le diagnostic, le pronostic et le traitement. J. Méneau.

Généralités.

Du rôle de la syphilis sur la santé publique (Investigations on syphilis as affecting the health of the community), par C.-H. Browning. *British medical journal*, 10 janvier 1914, p. 77.

B., dans ce mémoire qui se prête peu à une analyse détaillée, en raison de ses nombreux et intéressants tableaux remplis de chiffres précis, met en évidence le poids de la syphilis en pathologie. La réaction de Wassermann est prise comme critère, et tout d'abord sa validité, dans les cas positifs, est bien démontrée.

Tour à tour est passé en revue le rôle de la syphilis dans la pathogénie du nouveau-né, des maladies nerveuses, oculaires, vasculaires et cardiaques, etc.

B. insiste sur l'importance d'un traitement précoce, prolongé et intensif au double point de vue prophylactique social et individuel. G. Petges.

Gomme.

Gomme syphilitique résistant au traitement par le Salvarsan (Gummatous syphilide resisting treatment by Salvarsan), par H. Fox. *New-York dermatological Society*, 22 octobre 1912. *Journal of cutaneous diseases*, février 1914, p. 103.

Ulcérations gommeuses non influencées par le Salvarsan : réaction de

Wassermann négative ; guérison par l'iodure en six semaines. Pas de blastomycose dans les coupes provenant d'une biopsie. On pourrait songer à la sporotrichose. G. PETGES.

Hérédo-syphilis.

L'étude de la loi de Profeta par la séro-réaction de Wassermann, par Berthe SABIN. *Annales des maladies vénériennes,* avril 1913, n° 4, p. 260-281.

De l'examen de 23 mères et nourrissons au point de vue Wassermann, l'auteur conclut que dans la majorité des cas le Wassermann est positif à la fois chez la mère et l'enfant. La prétendue immunité des enfants ne résulte que de la lenteur de l'infection. S. a étudié la réaction chez la mère et chez l'enfant dans des cas de syphilis conceptionnelle, et de syphilis postconceptionnelle. E. VAUCHER.

Syphilis héréditaire tardive (Syphilis hereditaria tardia), par RABELLO. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 27 août 1912, p. 74.

A propos d'un cas typique chez un nègre de 15 ans. R. fait remarquer la rareté de la syphilis héréditaire au Brésil. J. MÉNEAU.

Maladie de Raynaud.

Maladie de Raynaud et syphilis, par L. GIROUX. *Annales des maladies vénériennes,* décembre 1913, p. 882.

Étude très complète des rapports qui existent entre la maladie de Raynaud et la syphilis et discussion des arguments étiologiques qui plaident en faveur de l'origine syphilitique de cette affection.

Observations et bibliographie très complètes. E. VAUCHER.

Oreille.

Vertige de Ménière, sa nature fréquemment syphilitique. Guérison par le 606. Réaction de Herxheimer, par M. MILIAN. *Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 31 juillet 1913, n° 27, p. 267.

Deux cas de vertige de Ménière furent traités et guéris par des injections de 606. Une homme de soixante-neuf ans, syphilitique depuis l'âge de quarante-deux ans était considéré comme atteint d'artérioscléroso labyrinthique ; il guérit à la suite de deux injections de 606. Un autre malade de quarante-huit ans, atteint de vertiges, ne présentait aucun antécédent syphilitique et la réaction de Wassermann était chez lui négative. Sa femme avait eu une fausse couche et avait donné naissance à un enfant épileptique et à un autre très malingre. Cinq injections de 606 amenèrent la disparition du vertige auriculaire ; le traitement s'accompagna au début d'une violente réaction de Herxheimer se manifestant par une surdité complète durant plusieurs heures et accompagnée de vomissements. Après le traitement la réaction de Wassermann fut réactivée. D'après M. le vertige labyrinthique serait souvent d'origine syphilitique. E. VAUCHER.

Réaction de Herxheimer.

Réaction de Herxheimer à forme lymphangitique, par H. DUFOUR

et Joseph Thiers. *Société médicale des hôpitaax de Paris,* 5 décembre 1913, n° 36, p. 737.

Un homme de 26 ans, porteur d'un chancre induré de la verge, reçut à une semaine d'intervalle 4 injections de néosalvarsan. Après ce traitement survinrent plusieurs papules; une cinquième injection de 0,30 centigrammes fut pratiquée. Dans la soirée le malade eut de la fièvre, des frissons, de la céphalée et les éléments éruptifs devinrent le siège de cuissons et de démangeaisons.

Le lendemain chaque papule était turgescente, entourée d'une aréole rouge d'où partaient des traînées très apparentes de lymphangite avec tuméfaction des ganglions correspondants. Au bout de quatre jours ces phénomènes inflammatoires avaient complètement disparu. E. Vaucher.

La réaction de Herxheimer, par G. Milian (Revue générale). *Paris médical,* 15 novembre 1913, n° 50, p. 537.

On désigne sous ce nom la réaction inflammatoire qui se produit dans les tissus syphilitiques sous l'influence du traitement spécifique. M. s'est efforcé de distinguer ce qui est intolérance, de ce qui est réaction de Herxheimer. C'est surtout la médication arsenicale qui provoque cette réaction et en particulier le Salvarsan et le Néosalvarsan. Tous les accidents syphilitiques cutanés, muqueux et viscéraux sont susceptibles de réagir; c'est surtout les exanthèmes maculeux qui réagissent intensément et fréquemment (90 pour 100). Les accidents cutanés, chancre, accidents tertiaires, syphilides malignes précoces réagissent moins. Il en est de même des syphilides muqueuses. Les réactions viscérales n'étant pas directement visibles prêtent souvent à discussion, mais elles ne peuvent être discutées pour certains organes, nerfs, foie, reins et les symptômes tangibles et passagers (paralysie, ictères légers, albuminurie), apparaissent dans la période d'action et disparaissent rapidement quand le métabolisme médicamenteux est terminé.

La pathogénie de cette réaction a fait l'objet de nombreuses théories que Milian expose successivement. Il passe ensuite à l'étude détaillée de la symptomatologie de la réaction de Herxheimer.

Au niveau de la peau et des muqueuses le chancre devient turgescent et suintant surtout dans les formes infiltrées, mais c'est surtout la roséole qui fournit les plus beaux exemples de réaction de Herxheimer; on voit souvent les exanthèmes apparaître dans les deux heures qui suivent l'injection, en même temps que commence la réaction fébrile, érythèmes, parfois semblables à l'érythème multiforme, le plus souvent roséoles simples presque toujours très confluentes qui disparaissent aussi vite qu'apparues, c'est-à-dire six à huit heures après l'injection. A côté de ces éveils de roséole, on peut voir une exagération de l'éruption préexistante dont les éléments deviennent plus grands, plus rouges, plus visibles, parfois même un peu œdémateux.

Les syphilides papuleuses réagissent, les papules, même vidées et affaissées de la peau, deviennent saillantes, succulantes et plus rouges. Les syphilides pigmentaires peuvent réagir, il en est de même de la syphilis maligne précoce.

Au niveau des plaques muqueuses, la réaction est moins fréquente, là encore il s'agit de rougeur plus vive sur et autour de l'élément, en même temps qu'il y a turgescence plus marquée.

Les gommes sont également capables de réagir ; non ouvertes elles gonflent, ulcérées elles deviennent turgescentes et suintent une sérosité souvent très abondante. Parmi les manifestations viscérales et générales, il faut citer la fièvre si fréquente après la première injection. Il est souvent difficile de savoir si la fièvre est due à une réaction de Herxheimer, ou à une réaction d'intolérance. M. expose les signes qui permettent de reconnaître si la réaction fébrile qui suit l'injection est due à une réaction de Herxheimer ou à une intolérance du sujet. Dans les réactions de Herxheimer :

1° Les réactions générales et fébriles s'alternent, puis disparaissent avec la répétition des injections à la même dose ou à dose plus élevée.

2° Les réactions générales diminuent parallèlement à l'amélioration des symptômes syphilitiques pour lesquels le malade est en traitement.

3° Tant qu'existent les réactions générales et fébriles, la réaction de Wassermann reste stationnaire ou même augmente d'intensité.

4° Le liquide céphalorachidien renferme des éléments cellulaires qui subissent une augmentation à chaque injection.

Les réactions d'intolérance suivent pour ainsi dire une marche inverse.

1° Les réactions générales et fébriles augmentent ou restent stationnaires après la répétition des injections à la même dose, à dose plus élevée et même moindre.

2° Les réactions générales et fébriles persistent ou augmentent malgré l'amélioration et quelquefois même malgré la disparition des symptômes syphilitiques.

3° Les réactions générales et fébriles persistent ou augmentent bien que la réaction de Wassermann diminue d'intensité ou soit disparue.

4° Les réactions générales et fébriles persistent ou augmentent bien que le liquide céphalorachidien soit intact et dépourvu d'éléments cellulaires.

Parmi les réactions viscérales il faut citer en première ligne les réactions sur le foie.

Dans les cas d'hépatite diffuse syphilitique, on observe une exacerbation de l'ictère qui de vert devient vert foncé et presque noir. Il ne faut pas confondre ces cas avec l'ictère toxique dû au Salvarsan, que l'on observe quelquefois.

Du côté du système nerveux on connaît les réactions de Herxheimer affectant soit les méninges, soit les nefs crâniens.

Les cas de mort par le Salvarsan relèvent tous d'un mécanisme identique. Le troisième jour qui suit l'injection, le malade est pris de cephalée, de convulsions, tombe dans le coma et meurt en 24 ou 48 heures. Ces morts sont dues à l'apoplexie séreuse ; on ne peut les expliquer par la réaction de Herxheimer du côté des centres nerveux ; car elles s'observent le plus souvent chez des sujets dépourvus de toute manifestation centrale de syphilis.

La réaction de Herxheimer peut être utile pour mettre en évidence une syphilis latente non guérie ; son apparition indique la nécessité d'un traitement. Au point de vue pronostic on peut remarquer qu'elle s'observe

surtout dans les cas rebelles et dans les cas suivis de récidives à brève échéance.

Le diagnostic en est facile quand il s'agit d'accidents cutanés ; il l'est moins quand il existe des manifestations viscérales et générales.

E. VAUCHER.

Réinfection.

Réinfection syphilitique chez un malade traité un an auparavant par l'arsénobenzol, par L. QUEYRAT. *Société médicale des Hôpitaux,* 31 juillet 1913, n° 27, p. 291.

Un jeune homme traité il y a plus d'un an pour un chancre induré du prépuce par des injections de 606 n'avait jamais eu d'accidents secondaires. Au mois d'août dernier ce malade fut atteint d'un nouveau chancre du gland avec adénopathie inguinale et quelque temps après d'accidents secondaires typiques. E. VAUCHER.

Système nerveux.

Un cas de tabes à évolution atypique (Un caso de tabes a evolucion atipica), par P. ESCUDER-NUÑEZ. *Revista de los hospitales,* octobre 1913, t. VI, n° 10, p. 562.

Observation de tabes principalement supérieur à prédominance oculaire, ayant débuté au mois de février 1913, en pleine santé, par une sensation de soif inextinguible. Le malade urinait jusqu'à 25 litres par jour. Pas de sucre, albumine en quantité insignifiante. Dans les premiers jours d'avril, tachycardie, 120 pulsations, température normale, le traitement spécifique fit disparaître la tachycardie et la soif n'est plus que médiocre (4 à 5 litres par jour) L'A. attribue ces symptômes à une lésion du noyau de la X° paire.

J. MÉNEAU.

Paralysie générale et syphilis, par H. NOGUCHI. *La Presse médicale,* 4 octobre 1913, n° 81, p. 805.

La première partie de cet article raconte la découverte faite par Noguchi et Moore du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux. Cette découverte a été récemment confirmée de divers côtés.

La seconde partie est consacrée à l'étude expérimentale du cerveau des paralytiques généraux.

L'inoculation de trente-six lapins avec des émulsions de six spécimens différents de cerveaux de paralytiques à l'état frais ne donna de résultats positifs que chez deux des six lapins inoculés avec le matériel tiré de l'un des cas.

Chez ces deux lapins apparut après une incubation de plus de quatre-vingt-dix jours une induration petite mais typique dans le parachyme testiculaire et la peau scrotale. Dans l'un des cas, les spirochètes étaient peu nombreux, tandis que dans l'autre ils étaient très abondants.

Les autres lapins inoculés avec le même matériel présentaient de petites lésions indurées.

L'incubation fut très longue dans tous les cas.

N. s'est demandé pourquoi, chez l'homme, la syphilis cérébrale ou cérébro-spinale apparaît beaucoup plus tôt que la soi-disant parasyphilis et il a institué quelques expériences pour résoudre cette question.

Il a remarqué que le système nerveux central des singes et des lapins est très réfractaire à l'infection syphilitique, même lorsque le virus est introduit directement dans la substance cérébrale.

Il est probable que les animaux ont besoin d'être sensibilisés avant que le spirochète puisse infecter leur cerveau.

N. a sensibilisé des lapins par des injections intra-veineuses répétées de spirochètes morts et vivants. Ensuite après un intervalle de cinq mois, il a fait une inoculation intra-cérébrale d'émulsion ou une insertion subdurale d'une parcelle minuscule de syphilome testiculaire (lapin) riche en spirochètes.

Quatre lapins normaux ont été inoculés avec le même matériel sans avoir été au préalable sensibilisés.

Tous les animaux sont restés sains en apparence pendant deux mois, puis quelques-uns des animaux sensibilisés sont devenus stupéfiés, inactifs, avec une légère ataxie, ces phénomènes ont progressé et leur sérum qui donnait au début un Wassermann négatif donnait un W. positif.

Au contraire les témoins étaient en parfait état et le Wassermann de leur sérum restait négatif.

A l'autopsie des animaux malades on trouve de la méningite exsudative non purulente, trois fois de l'atrophie unilatérale marquée des lobes frontaux et de la fermeté diffuse du cerveau deux fois. Les coupes d'un cerveau imprégnées à l'argent montrèrent de nombreux granules et quelques spirochètes bien déterminés. Dans les autres cerveaux on ne trouva pas de spirochètes. E. Vaucher.

Syphilides.

Les « syphilides annulaires » du nègre (The so called « Annular syphilis » of the negro), par H.-H. Hazen. *Journal of cutaneous diseases,* mars 1913, p. 148.

Etude générale des lésions syphiloïdes annulaires, d'où H. conclut que les syphilides annulaires sont courantes chez le nègre, surtout chez les jeunes et les femmes. Ces syphilides du nègre sont particulièrement observées à l'angle des lèvres et des yeux, et aussi en divers points du corps (belles photographies annexées), le début se fait par une petite papule plate. Histologiquement on voit une infiltration péri-vasculaire plus abondante que dans les syphilides courantes; plasmazellen abondantes.

G. Petges.

II. — Étude bactériologique.

Note préliminaire à la contribution à l'étude du leucocytozoon de la syphilis (Nota previa á la contribución al estudio del leucocytozoon siphilis), par J. Peyri-Rocamora. *Policlinica,* juillet 1913, n° 7.

Peyri a retrouvé presque toutes les formes décrites par Mac Donagh. Le parasite de la syphilis est un leucocytozoaire dont l'évolution asexuelle et sexuelle s'accomplit dans l'organisme du syphilitique; il se produit un gamète mâle qui aboutit au filament tréponémique ou spirochète. Mais l'auteur ne certifie que sa schizogonie. Dès maintenant, cette découverte constitue un procédé de diagnostic plus simple et plus constant que la recherche du spirochète, qui interprète plus rationnellement les réactions sérologiques de la

syphilis qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. S. a trouvé des variations non décrites à certaines formes. Les données de la syphilis expérimentale achèvent de démontrer qu'il s'agit bien de l'agent pathogène de la syphilis.

J. Méneau.

La culture du spirochète pâle et la cuti-réaction dans la syphilis, par R. Burnier. *La Presse médicale,* 23 août 1913, n° 69, p. 695.

Revue des travaux parus depuis deux ans sur ces questions.

E. Vaucher.

État actuel de la culture du tréponème pâle, par H. Noguchi. *La Presse médicale,* 4 octobre 1913, n° 81, p. 801.

Revue critique avec très nombreuses figures (32) et bibliographie.

De nombreux auteurs ont prétendu avoir obtenu des cultures pures de spirochètes pâles.

Les milieux de culture employés par les différents investigateurs peuvent se diviser en trois groupes principaux : *a*) sérum de cheval ou d'autres animaux solidifié, *b*) eau de sérum avec du tissu animal frais et *c*) agar ascite avec du tissu animal frais.

Certains auteurs ont employé exclusivement des tissus syphilitiques humains, tandis que d'autres ont expérimenté avec des tissus de l'homme et du lapin.

Seuls Noguchi et Baeslac ont opéré avec des précautions anaérobiques strictes.

En ce qui concerne la morphologie des spirochètes cultivés, différents investigateurs admettent que leurs cultures renfermaient à la fois des formes fines et des formes plus grossières. Schereschewsky pense qu'il s'agit d'une seule et même espèce se développant dans des conditions différentes, Mülhens et Noguchi pensent au contraire que ces deux formes appartiennent à des variétés différentes.

La première production réussie de lésions syphilitiques chez des animaux au moyen de cultures pures a été rapportée par Noguchi en 1911. Il a reproduit des lésions testiculaires typiques chez plusieurs lapins ; en 1912 il a provoqué des lésions typiques de la peau sur les sourcils de plusieurs singes au moyen de cultures pures d'origine humaine.

La seconde partie de l'article de N. résume rapidement ses recherches sur différents spirochètes : treponena microdentium, treponena mucosum, spirochaete calligyrum refringens.

Les treponema microdentium et mucosum présentent en culture des caractères morphologiques qui ne peuvent être distingués de ceux des spirochètes pâles, mais ils exhalent une odeur de putréfaction caractéristique accompagnée d'altération du milieu.

Le spirochète calligyrum se développe comme le spirochète pâle et ne produit aucune odeur ni altération du milieu mais il n'est pas pathogène et il est un peu plus gros.

Le spirochète refringens que l'on trouve dans les lésions non syphilitiques des régions génitales humaines est également plus gros que le spirochète pâle.

Les 32 figures annexées au texte représentent les divers aspects de ces nombreuses races de tréponèmes.

La plupart des auteurs qui ont essayé de cultiver le tréponème pâle ont obtenu des cultures impures. E. VAUCHER.

Présence du tréponème dans le sang des paralytiques généraux, par M. LEVADITI. Comptes rendus de l'Académie des sciences, séance du 6 novembre 1913.

L. en collaboration avec Danulesco a employé la méthode indiquée par MM. Uhlenhult et Mulzer à savoir : l'inoculation dans le testicule et le scrotum de lapins de sang fraîchement recueilli. Le sang d'un paralytique général syphilitique depuis 18 ans, inoculé à un lapin, détermina au bout de cent vingt-sept jours l'apparition d'une lésion scrotale et bilatérale. L'examen à l'ultra-microscope montre un très grand nombre de tréponèmes caractéristiques très mobiles. Les auteurs n'ont eu qu'un résultat positif sur six essais (5 paralytiques et un tabétique). E. VAUCHER.

III. — Étude biologique.

Cutiréaction.

La luétine-reaction (cutiréaction de la syphilis), par H. NOGUCHI. *La Presse médicale,* 17 septembre 1913, n° 76, p. 757.

Dans cet article de vulgarisation N. expose d'abord le mode de préparation de sa luétine, puis les divers aspects que peut revêtir une réaction positive ; forme papuleuse, pustuleuse, torpide.

Absente ou très légère chez les personnes présentant des accidents syphilitiques primaires ou secondaires, la réaction est toujours positive dans les cas chroniques ou latents, et souvent dans les cas de syphilis héréditaire. On ne peut comparer les résultats fournis par la luétine à ceux fournis par la réaction de Wassermann ; très souvent la réaction de Wassermann est négative chez les tertiaires, alors que la luétine-réaction est positive. Par contre il existe souvent un parallélisme entre les résultats de la cutiréaction et ceux fournis par l'épreuve de la réactivation du Wassermann.

La luétine-réaction donne un moyen de déceler l'existence d'infections syphilitiques à un stade chronique ou latent dans lequel les symptômes cliniques ou la réaction de Wassermann sont temporairement absents.

E. VAUCHER.

Note sur cent réactions à la luétine, par Auguste MARIE (de Villejuif) et Dr BROUGHTON ALCOCK. *Société médicale des hôpitaux de Paris,* 27 novembre 1913, n° 34, p. 579.

Réactions effectuées dans le service des aliénés sur de très vieux syphilitiques. En général les deux réactions coïncident chez les mêmes individus.

E. VAUCHER.

Note sur l'intradermoréaction à la luétine dans la syphilis et quelques maladies infectieuses, par LAGANE et BROUGHTON ALCOCK. *Société médicale des hôpitaux de Paris,* décembre 1913, n° 371.

L. et B.-A. ont pratiqué la réaction sur 50 malades atteints de syphilis ou de diverses maladies infectieuses. Toutes les fois qu'il existait des lésions primaires, secondaires ou tertiaires ses résultats ont été assez exactement superposables à ceux de la réaction de Wassermann. Chez des syphilitiques

sans manifestations et à réaction de Wassermann négative la luétine réaction fut positive dans la moitié des cas. Elle était négative chez des témoins atteints de fièvre typhoïde, de fièvre ondulante, de blennorrhagie. Elle fut positive chez quatre témoins présumés non syphilitiques. Il faut noter que pour 3 d'entre eux il s'agissait de trypanosomiase, de scarlatine et de syringomyélie. E. VAUCHER.

Séro-réaction.

La réaction de Wassermann chez les nègres aliénés d'Alabama (The Wassermann reaction among the negro insane of Alabama,) par R.-R. IVEY. *Medical Record,* 18 octobre 1913, p. 712.

Sur les 706 malades examinés 64 ou 9 pour 100 sont atteints de pellagre, dont 19 hommes et 45 femmes ; sur les 19 hommes pellagreux 6 ont une réaction de Wassermann positive, 13 négative, soit 36 pour 100 de positives ; sur les 45 femmes 19 positives et 26 négatives soit 42 pour 100 de positives. Sur le total des 706 malades, 357 sont des hommes avec 25 pour 100 de réactions positives, 349 sont des femmes avec 29 pour 100 de réactions positives. Sur 17 paralytiques généraux *tous* ont une réaction positive. Sur les 90 hommes à réaction positive, 48 sur les 102 femmes, 49 ont des signes cliniques de syphilis. G. PETGES.

Réactions de Wassermann tardives. Difficultés du diagnostic de la syphilis au début « syphilis retardées », par H. GOUGEROT. *Paris médical,* 13 décembre 1913, n° 2, p. 48.

G. rapporte plusieurs observations de malades chez qui la réaction de Wassermann n'apparut que plusieurs mois après le début des accidents. Il s'agissait toujours de malades très énergiquement traités, ces faits de Wassermann tardifs doivent être rapprochés des cas de syphilis secondaire retardée. Il est certain qu'un traitement intensif joue un grand rôle dans le retard de la réaction. E. VAUCHER.

Paralysie générale, réaction de Wassermann et Salvarsan, par SICARD et REILLY. *Société médicale des hôpitaux de Paris,* 11 décembre 1913, n° 36, p. 761.

S. et R. font remarquer que la paralysie générale a subi dans ces dernières années les mêmes transformations évolutives que le tabes depuis l'emploi méthodiquement prolongé du néosalvarsan. On observe de plus fréquentes rémissions, et les reprises de vie active deviennent possibles ; néanmoins on ne peut parler de véritable guérison. La réaction de Wassermann est toujours positive dans le liquide céphalo-rachidien et le reste même après un traitement intensif. Dans le sang au contraire, la réaction peut devenir négative. E. VAUCHER.

REVUE DES LIVRES

Du traitement de la syphilis par le 606, par le Dr E. Jeanselme. *L'œuvre médico-chirurgical. Monographies cliniques,* nº 72, 18 juillet 1913, 39 pages.

Il faut éviter « de prescrire un traitement uniforme, aveuglément suivi par tous les malades durant un temps égal ». Le contrôle des méthodes de laboratoire s'impose, si l'on veut instituer une poursuite rationnelle du tréponème dans l'organisme. Un Wassermann bien fait ne trompe pas, mais M. Jeanselme insiste sur la nécessité d'un bon antigène et la compétence de l'opérateur. La syphilis a une remarquable prédilection pour les centres nerveux à laquelle il faut toujours songer. La ponction lombaire est de toute nécessité au cours du traitement de la syphilis d'autant qu'il existe entre le sang et le liquide céphalorachidien un véritable barrage qui fait qu'il y a souvent dissociation dans les résultats du Wassermann. Ne recourir qu'à l'examen du sérum c'est courir le risque de rester dans l'ignorance de processus graves qui ont pour siège les méninges. M. Jeanselme aborde ensuite l'étude du 606, de sa constitution chimique, de sa préparation, de la technique de l'injection, de sa posologie, de ses effets; il donne à ce propos une étude fort intéressante de l'élimination de l'arsenic par les urines et de sa localisation dans les organes. A propos des indications et contre-indications, l'auteur insiste sur la nécessité de recourir au 606 lorsqu'il faut rattraper le temps perdu, frapper vite et fort, lorsqu'il y a inéfficacité ou intolérance du mercure, c'est pour lui le meilleur agent de prophylaxie sociale et de protection du fœtus. « Le 606 est et doit rester le médicament d'assaut, la coopération du mercure est utile pour maintenir les résultats acquis. »

R. Lutembacher.

La métallothérapie colloïdale, par Emm. Pozzi-Escot. Un volume in-18 de 100 pages. Rousset, éditeur. Paris, 1913.

L'auteur nous explique ce que sont les métaux ferments, comment on les obtient, quelles sont leurs actions thérapeutiques, enfin quelles espérances pour l'avenir permettent de concevoir les résultats qu'ils ont déjà donnés. Ces questions de haute actualité présentent un vif intérêt, et le praticien lira avec fruit l'étude si claire et si concise qui leur est consacrée dans ce petit volume.

P. Ravaut.

Notions pratiques d'Électricité à l'usage des Médecins, par M. Lermoyez. 1 vol. gr. in-8 de xiii-863 pages, avec 426 figures, cartonné toile (Masson et Cie, éditeurs). Paris, 1913.

Pour recommander l'électricité au bon accueil du grand public médical il fallait un livre qui fût autre chose qu'un ouvrage d'électrothérapie, qui éliminât les formules des traités de physique, qui fût plus explicite que les

catalogues des fabricants, en un mot qui parlât aux médecins la langue des médecins, simplement.

Le livre du Dr Lermoyez s'est donné pour tâche de remplir ces conditions : et il y a pleinement réussi. L'auteur l'a expurgé de toutes formules mathématiques, et leur a substitué des comparaisons d'une simplicité familière. Cet ouvrage est richement documenté. Tout ce qui, de loin ou de près, dans le monde de l'électricité, peut intéresser un praticien y est longuement exposé. Les recettes y sont multipliées et de très nombreuses figures schématiques objectivent, par des assimilations inattendues, les phénomènes les plus abstraits.

En résumé, ce livre contient tout ce qu'un médecin doit savoir sur l'installation d'un cabinet d'électricité, et les nombreuses ressources qu'il peut en tirer dans leurs applications à la dermatologie. P. Ravaut.

L'endoscopie recto-colique. Rectoscopie. Sigmoïdoscopie, par R. Bensaude. *Monographie clinique. L'œuvre médico-chirurgicale,* Masson, 1913, n° 73, 40 pages.

Dans cette monographie M. Bensaude a multiplié les documents et les figures pour nous montrer les instruments et la technique à suivre pour faire un examen complet du rectum. Ce travail renferme une série d'images rectoscopiques à l'état normal et pathologique qui prouve de quel précieux secours est cette méthode tant au point de vue diagnostic que thérapeutique. Les affections de la partie terminale du gros intestin sont souvent latentes et lorsqu'elles se traduisent par des symptômes fonctionnels ceux-ci varient relativement peu d'une affection à l'autre, le diagnostic repose presque entièrement sur les renseignements fournis par l'examen objectif. Quant à la valeur thérapeutique de la rectoscopie elle tient à la facilité avec laquelle elle permet de mettre intimement en contact les agents curateurs et les lésions à soigner. R. Lutembacher.

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

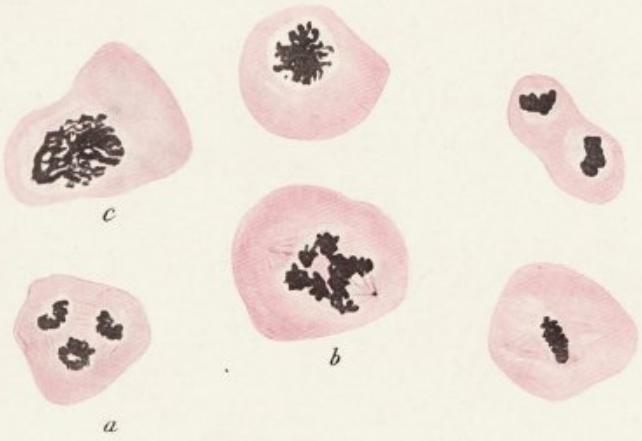
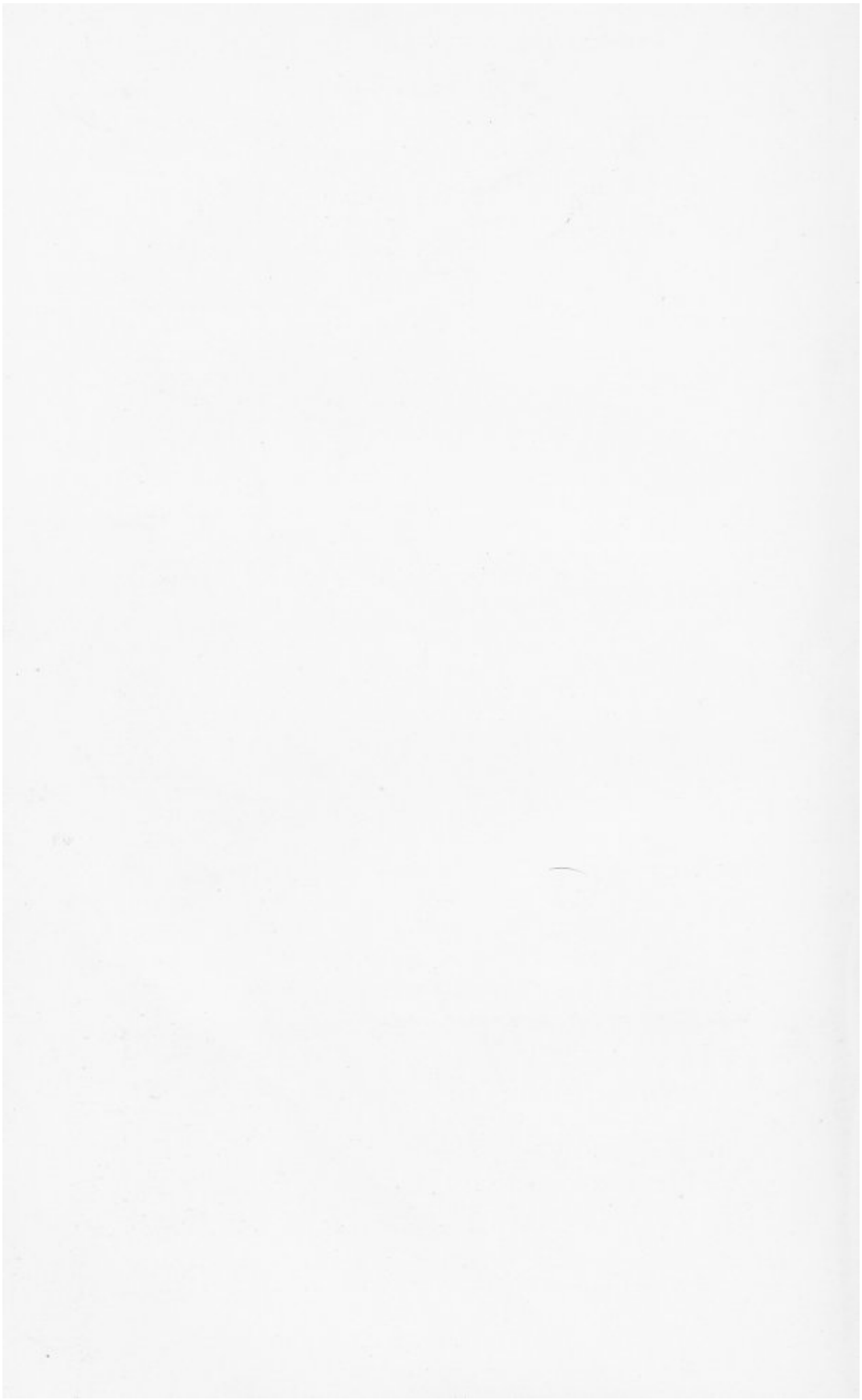


Fig. 1.

Fig. 2.

Desmoulin frères, sc.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS



ÉTUDE HISTOLOGIQUE D'UN LENTIGO

AVEC DEUX PLANCHES HORS TEXTE

Par le Dr **Ch. Du Bois,** privat-docent de dermatologie à l'Université de Genève.

[Travail fait au Laboratoire de la clinique dermatologique (Direct. : Prof. Oltramare)].

La lésion cutanée dont l'étude va suivre siégeait sur la face latérale du cou chez une femme de 43 ans. C'était une petite papule grande comme une lentille, régulièrement ronde, à bords absolument nets, à surface bombée et lisse d'un noir intense. Elle semblait collée sur la peau saine sans trace de réaction, comme une mouche artificielle, ou un grain de gros plomb enchâssé dans l'épiderme. Sa coloration absolument noire avec des reflets bleutés, attirait d'emblée l'attention en la différenciant des nævi pigmentaires ordinaires. La palpation indolore permettait d'apprécier sa forme en disque bi-convexe et sa consistance ligneuse, un peu élastique. Elle faisait partie de la couche épidermique sans aucune adhérence avec les plans profonds. L'évolution avait été des plus lentes, la malade croyant l'avoir toujours eue mais ayant constaté ces dernières années une augmentation légère et progressive de sa surface.

Il n'existait pas d'autre malformation sur la surface du tégument, le système pileux bien développé sans excès, était d'un beau noir de jais.

L'excision totale, procédé thérapeutique de choix, nous a permis de faire une étude histologique complète de cette petite tumeur coupée en séries dans sa totalité. Cette étude montre qu'il s'agit d'une malformation spéciale et curieuse dont la pathogénie complexe touche aux divers problèmes de l'origine glandulaire de certains nævi et du rôle de la pigmentation dans les malformations épithéliales congénitales.

La topographie générale des coupes confirme la sensation de nodule bi-convexe donné par la palpation et montre l'aspect lenticulaire de la néoplasie enchâssée dans le derme (Pl. II, fig. 1).

Elle se compose d'une masse épithéliale formée de travées plus ou moins larges en continuité directe avec la couche de revêtement dont les bourgeons inter-papillaires présentent par place de véritables digitations (Pl. II, fig. 1). Dans l'entrelacement des travées, des îlots de

tissu conjonctif représentent la coupe des papilles dermiques, allongées et déformées par la prolifération épithéliale. De nombreux kystes trouent la tumeur et atteignent à sa partie profonde des dimensions extraordinaires (Pl. II, fig. 2).

Le tissu conjonctif sous-jacent ne présente pas de modification dans sa topographie générale. Par contre il contient une quantité anormale pour la région, de glandes sébacées, elles sont hypertrophiées dans leurs acini comme dans leurs canaux excréteurs dont la partie terminale dilatée forme les kystes dont nous avons parlé plus haut. Cette relation est manifestement établie par certaines coupes (Pl. II, fig. 3). Quelques-unes des glandes accompagnent un poil follet dont on peut suivre les vestiges jusqu'à la surface.

La tumeur est limitée à son pourtour par des glandes sébacées hypertrophiées dont le canal excréteur très dilaté vient s'ouvrir librement dans la peau saine (Pl. II, fig. 1 et 2). Quelques rares glandes sudoripares sont normales et ne prennent aucune part à la malformation.

En étudiant plus en détail les éléments cellulaires, on constate tout d'abord en ce qui concerne l'épiderme que les cellules épithéliales ont conservé individuellement, dans toute la masse, leur caractère morphologique naturel sans aucune déviation sur aucun point. La peau saine environnante se continue sans transition appréciable avec la couche de revêtement de la tumeur, à ce niveau le stratum granulosum n'est plus représenté que par quelques cellules isolées chargées de granulations d'éléïdine, le stratum corneum par contre est plus épais que dans le voisinage de la tumeur. Les cellules de la couche basale, ovalaires, limitent toutes les travées et entourent les îlots conjonctifs sur une seule rangée. Derrière elles, les cellules crénelées polyédriques sont toutes bien formées avec des filaments d'union plus ou moins visibles et constituent la masse des travées épithéliales anastomosées. Si les cellules épidermiques ne sont pas modifiées dans leur morphologie, elles le sont dans leur composition protoplasmique par l'abondance des granulations pigmentaires qu'elles contiennent. Le cytoplasme des cellules basales est farci de pigment et presque toutes les cellules crénelées jusqu'au centre des travées en contiennent en plus ou moins grande quantité. C'est une des caractéristiques les plus saillantes de cette néoplasie (Pl. III, fig. 3. Coupe montée sans coloration).

Les kystes enclavés dans la tumeur sont tous limités par des cellules cornées aplaties ayant évolué vers la kératinisation complète. Leur contenu est formé de lamelles cornées et de matière sébacée plus ou moins desséchée. Deux d'entre eux qui s'ouvrent à la surface prennent l'aspect de comédons gigantesques et l'un est centré par un follet plus ou moins atrophié (Pl. III, fig. 2). Ces kystes représentent la

lumière des canaux excréteurs des glandes sébacées ; ils sont fortement dilatés et obstrués par des produits de sécrétion. Les parois hyperplasiées de ces canaux font corps dans leur partie terminale avec les travées néoplasiques épidermiques et leurs cellules contiennent à ce niveau, des granulations de pigment qui ne se retrouvent plus dans la partie voisine des acini.

Le nombre des glandes sébacées est tout à fait anormal pour la région, et l'hypertrophie de chaque glande fait que les acini se touchent presque, formant une vraie nappe glandulaire. Il ne semble pas y avoir de phénomènes réactionnels au niveau de ces glandes, mais une hypertrophie simple de tous leurs éléments constitutifs, hypertrophie qui s'étend même aux glandes du voisinage dont les canaux dilatés s'ouvrent dans la peau saine. L'épaississement des parois de ces canaux excréteurs indépendants de la tumeur est dû à l'augmentation du nombre des cellules qui les composent, mais ils n'émettent aucun bourgeon atypique dans le tissu conjonctif. Leurs cellules, pas plus que celles de leurs acini eux-mêmes, ne contiennent de trace de pigment. Le produit de sécrétion très abondant ne renferme aucun vestige de parasite à part quelques amas de spores de Malassez.

Le tissu conjonctif n'est pas modifié dans sa constitution fibrillaire ; les cellules conjonctives sont un peu plus nombreuses que normalement ; par place, une légère infiltration lymphocytaire, indique un peu d'inflammation au pourtour de certaines glandes et dans les îlots conjonctifs noyés dans les travées épithéliales.

Les vaisseaux sont légèrement plus développés que normalement, sans présenter d'épaississement de leur paroi, ni d'infiltration périvasculaire.

Sur aucun point de toute la série des coupes, il n'a été possible de mettre en évidence des cellules du type épidermique, libres dans le tissu conjonctif ou groupées en amas distincts, indépendants des travées épithéliales. Les cellules nævіques caractéristiques des malformations congénitales font donc absolument défaut. Ce fait a été signalé par le Dr Pollio pour les lésions qu'il nomme Lentigines dans son travail « Ueber Pigment Naevi » (*Ach. für Dermat. und Syph.*, Band LXXX, Heft 1, 1906).

Le pigment se retrouve aussi dans le derme en assez grande quantité au voisinage immédiat de la tumeur sous forme de granulations semblables à celles des cellules épidermiques. Elles sont tantôt isolées dans les fentes inter-fibrillaires, tantôt groupées par place en amas volumineux. Ces amas siègent le plus souvent dans les espaces lymphatiques péri-vasculaires. Ils sont formés de granulations logées dans le cytoplasme de cellules étoilées dont le noyau est en général visible entre ou même à travers les granulations. Ces cellules étoilées sont grandes, libres dans le tissu conjonctif ou accolées aux cellules basales

de la couche épidermique, elles n'ont rien de commun avec les cellules nævriques pigmentées. Il est impossible d'affirmer que toutes les granulations soient toujours intra-cellulaires, mais en suivant de très près la série des coupes on se rend compte que la plupart des granulations qui paraissent libres et indépendantes se trouvent néanmoins dans le protoplasme de prolongements cellulaires dont le noyau a échappé à la coupe. Dans les parties profondes du derme, toute trace de pigment a disparu, comme du reste au pourtour de la tumeur où il n'est pas possible d'en mettre en évidence. D'après les réactions faites sur les coupes ce pigment présente tous les caractères de la mélanine.

Cette malformation congénitale saillante et pigmentée représente assez exactement ce que Darier a décrit sous le nom de lentigo et devrait donc prendre place au point de vue clinique dans le groupe des nævi pigmentaires. Mais alors que Darier insiste sur le fait que dans les taches planes de lentigo le pigment est localisé à l'épiderme seul, tandis que dans les taches saillantes on trouve des cellules nævriques et pigmentaires à la fois dans l'épiderme et le derme, dans le cas qui nous occupe, malgré la saillie de la néoplasie les cellules nævriques font absolument défaut.

La coloration si particulière noir bleu de la lésion, pouvait faire penser au « Naevus bleu de Jadassohn » dont Dubreuilh et Petges ont publié un cas en 1911 (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, octobre 1911). Voici la description clinique qu'ils en donnent : « Ce sont de petites tumeurs s'élevant brusquement sur la peau saine, sans infiltration sous-jacente, de couleur bleu uniforme tirant sur le noir, à surface lisse, de consistance ferme sans dureté. » Mais leur histologie n'a aucune analogie avec la nôtre, puisque dans le « Nævus bleu » l'épiderme est aminci presque rectiligne et que ce sont des amas de cellules nævriques pigmentées, situées profondément dans le derme qui forment la tumeur. Dans notre cas, c'est le contraire : la prolifération épidermique forme à elle seule la tumeur et l'aspect papillomateux qui la caractérise, la rapproche davantage des nævi verruqueux durs hyperacanthosiques, dont la pigmentation intense est parfois presque noire. Dans ces formes, il est vrai, le pigment reste localisé aux cellules basales sans envahir les autres couches épidermiques et l'hyperkératose qui accompagne l'acanthose leur donne une structure beaucoup plus nettement verruqueuse ; elles présentent bien aussi des glandes sébacées hypertrophiées, mais qui n'arrivent jamais à un développement aussi considérable.

Cette malformation ne paraît donc rentrer dans aucun groupe décrit. Trois choses la caractérisent : une hypertrophie marquée des glandes sébacées dont le nombre est augmenté, une prolifération épidermique papillomateuse intense, et enfin une pigmentation absolument extraordinaire des cellules épidermiques.

La prolifération épidermique nous semble consécutive à l'hypertrophie glandulaire. Les canaux excréteurs, en effet, sont d'une épaisseur anormale et les cellules basales de leurs parois, en prolifération active, peuvent à elles seules avoir formé les travées néoplasiques. Le fait que l'hypertrophie atteint les glandes de la peau saine avoisinant directement la tumeur (Pl. III, fig. 3) semble prouver que la prolifération épithéliale n'est pas la cause de l'hypertrophie glandulaire ; peut-être a-t-elle tout au plus favorisé la formation des kystes. Si l'hypertrophie glandulaire a été primitive, nous serions en présence d'adénomes sébacés congénitaux avec hyperacanthose des parois des tubes excréteurs.

Le fait de la pigmentation intense des cellules épidermiques est plus difficile à interpréter. Dans les canaux excréteurs, on ne trouve du pigment qu'à partir du point où ils entrent en contact avec les travées épithéliales, comme si l'apparition du pigment était liée à la prolifération cellulaire exagérée. Depuis les travaux de Meirowsky (1908), l'origine épithéliale de la mélanine n'est plus douteuse ; c'est une sécrétion cellulaire correspondant à une réaction de défense contre un excitant. Il est possible que dans le cas particulier, l'hypertrophie sébacée avec la prolifération des parois des canaux aient joué le rôle d'un excitant continu des cellules épidermiques réagissant par la sécrétion du pigment.

Le pigment qui se trouve dans le derme paraît en voie de résorption, entraîné et digéré par les cellules étoilées. Il existe en effet en beaucoup moins grande quantité dans le derme que dans l'épiderme ; il disparaît dès qu'on s'éloigne de son lieu de formation, la tumeur. Enfin par analogie on peut croire qu'il suit la même route que les particules mercurielles introduites dans l'organisme par des frictions cutanées. Une partie seulement du pigment doit être résorbée par le derme, l'autre s'élimine avec l'exfoliation de la couche cornée, qui, elle aussi contient des granulations bien visibles.

Quoiqu'il en soit de cet essai pathogénique, l'intérêt de cette observation réside surtout dans l'interprétation de l'évolution possible de cette néoplasie.

L'étude anatomo-pathologique montre qu'elle ne présente pour le moment aucune tendance à la transformation maligne. Cependant, l'augmentation progressive constatée par la malade prouve que les glandes sébacées du voisinage hypertrophiées visibles sur les coupes, prennent part de plus en plus à la néoformation, faisant craindre qu'avec l'âge cette participation toujours plus rapide des éléments de voisinage, n'aboutisse à une transformation métaplasique. L'ablation faite en 1912 a complètement enrayé l'évolution, pour le moment du moins, et nous paraît devoir être conseillée dans tous les cas semblables.

Le terme de lentigo doit être conservé pour désigner la lésion clinique bien que l'anatomie montre qu'elle correspond plutôt à un adénome sébacé pigmentaire congénital qu'à un lentigo classique. Nous pensons que l'étude anatomique systématique de tous les cas qui constituent actuellement la grande classe des nævi, permettra un jour de réunir en un groupement pathogénique, d'après leurs éléments constitutifs, ces curieuses déviations de l'évolution normale du tégument.

EXPLICATION DES PLANCHES II ET III

Planche II.

Fig. 1. — Topographie générale, prolifération épithéliale. Nappe glandulaire.
Microphoto : Obj. 2. Sans oculaire. Chambre noire 31 cm.

Fig. 2. — Kystes énormes correspondant aux canaux excréteurs sébacés très dilatés.
Microphoto : Obj. 3. Sans oculaire. Chambre noire 36 cm.

Fig. 3. — Canaux des glandes sébacées très dilatés, leur relation avec les kystes.
Microphoto : Obj. 2. Sans oculaire. Chambre noire 36 cm.

Planche III.

Fig. 1. — Relation des parois des canaux excréteurs avec les travées épithéliales.
Microphoto : Obj. 3. Sans oculaire. Chambre noire 29 cm.

Fig. 2. — Glande sébacée adhérente, avec son canal dilaté s'ouvrant dans la peau saine. Kystes s'ouvrant sous forme de comédons gigantesques.
Microphoto : Obj. 3. Sans oculaire. Chambre noire 29 cm.

Fig. 3. — Préparation montée sans coloration pour montrer la répartition du pigment dans l'épiderme et le derme.
Microphoto : Obj. 3. Sans oculaire. Chambre noire 31 cm.

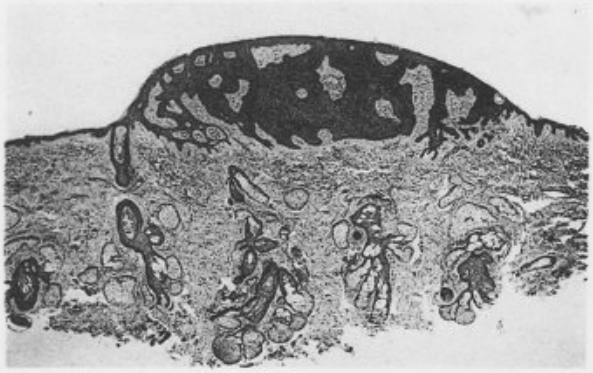


Fig. 1

Fig. 2

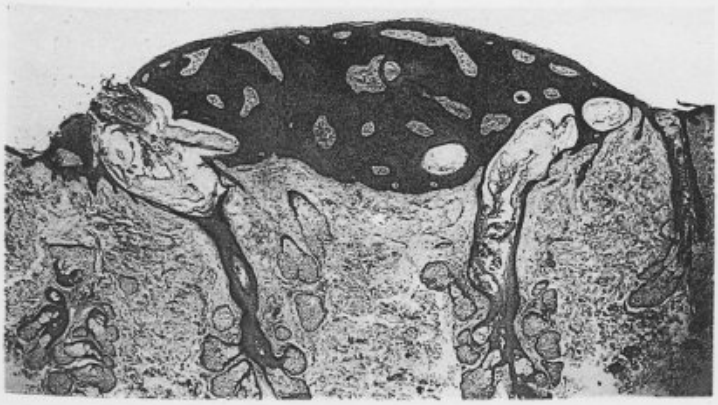


Fig. 3

Masson & Cie, Éditeurs.

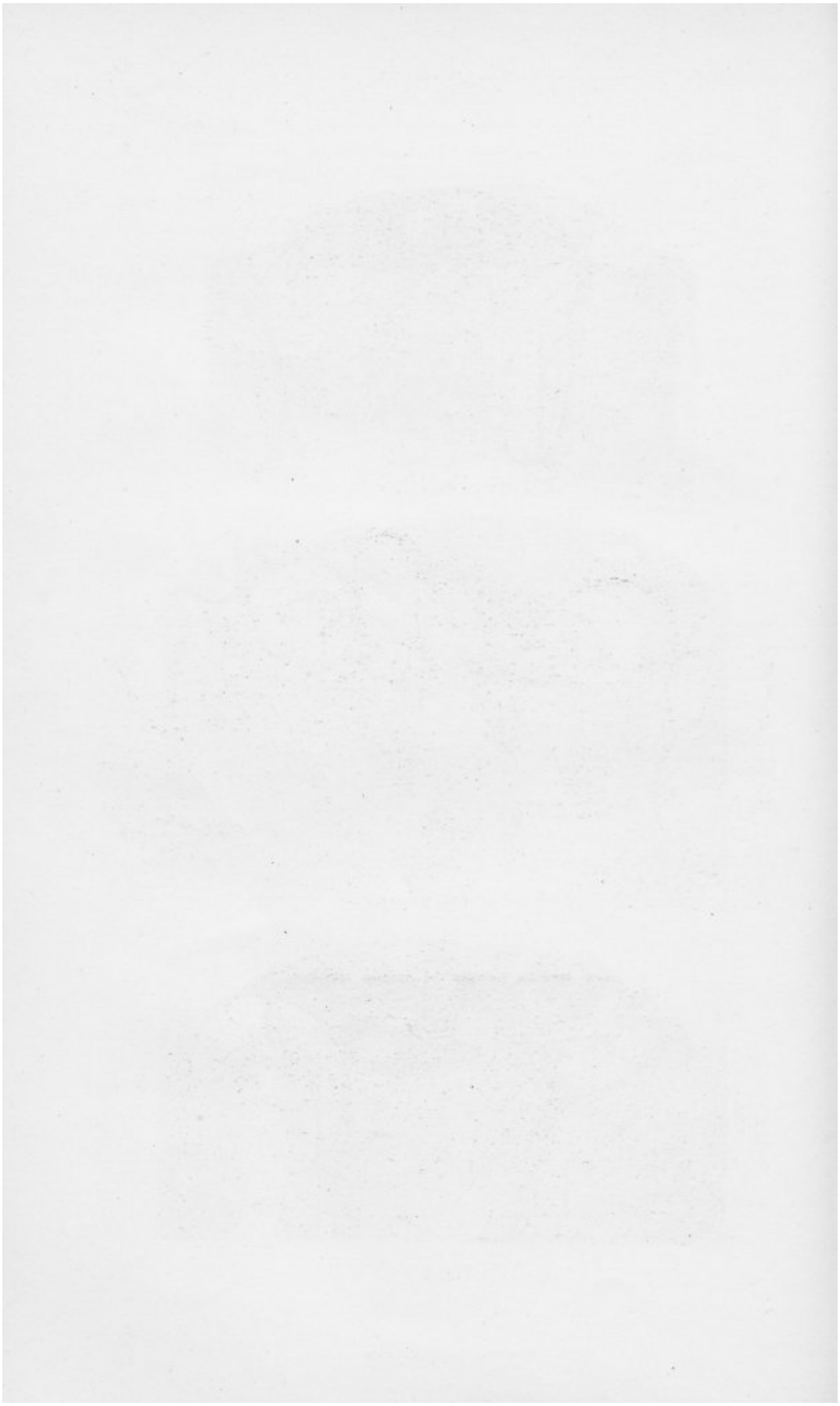


Fig. 1

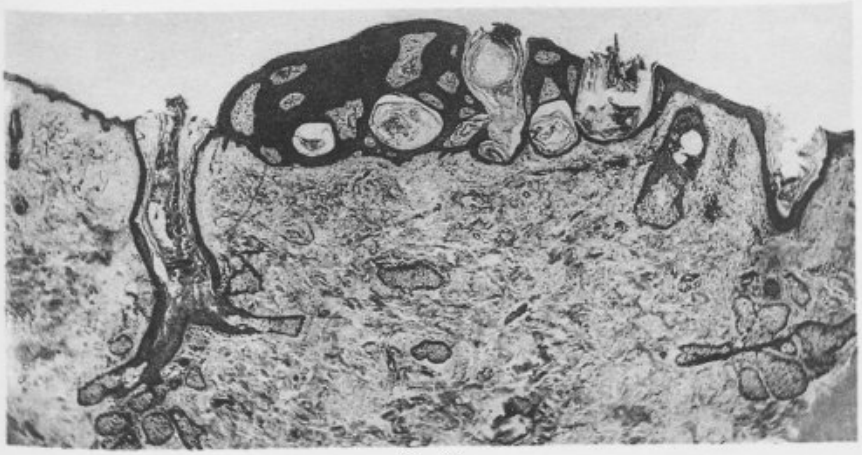


Fig. 2

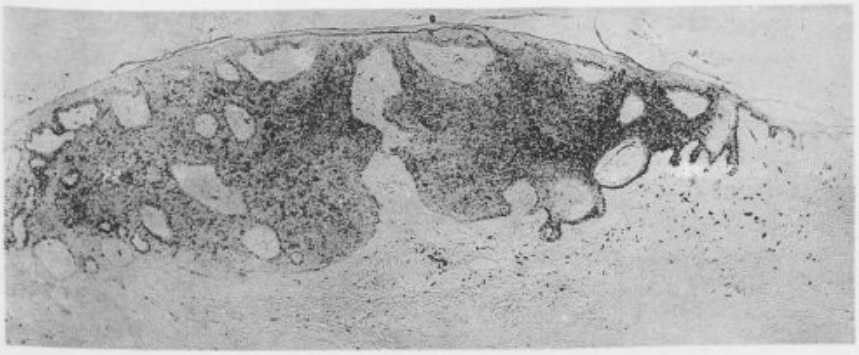
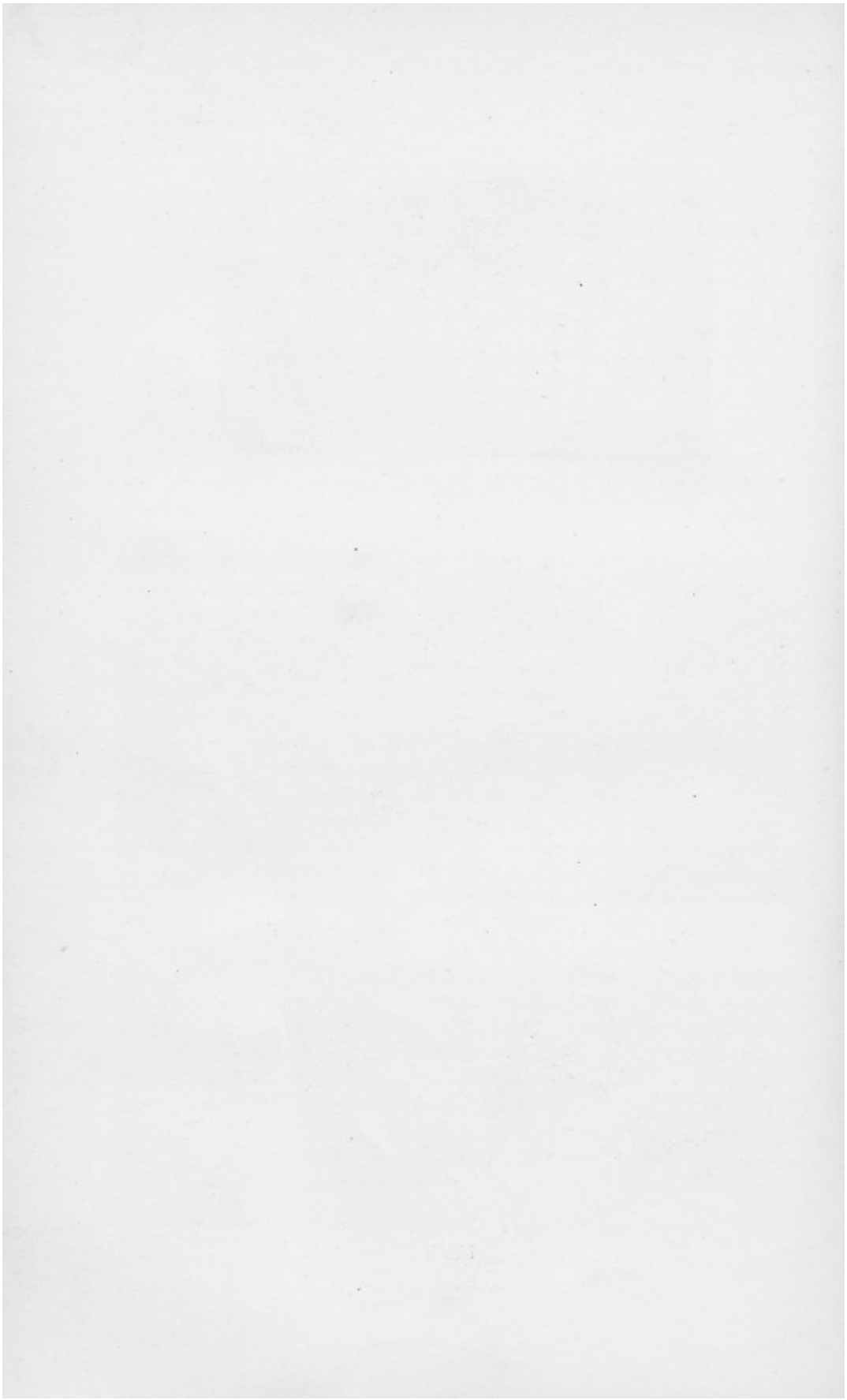


Fig. 3

Masson & Cie, Éditeurs.

Phototypie Berthaud, Paris



TROIS ANS D'ARSÉNOTHÉRAPIE ANTISYPHILITIQUE A LA CLINIQUE VÉNÉRÉOLOGIQUE DE L'ANTIQUAILLE DE LYON

par MM.

J. Nicolas et **H. Moutot.**

(Clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'Antiquaille.)

La question de l'arsénothérapie dans le traitement de la syphilis, bien qu'actuellement à peu près dégagée des enthousiasmes et des dénigrements de la première heure, reste encore loin d'être résolue. Si tous sont obligés de reconnaître sa haute valeur curative contre les manifestations en évolution, chacun conçoit de façon bien différente la part qu'elle doit prendre dans le traitement de la syphilis. Dans des travaux antérieurs (1) nous ayons déjà fait connaître le résultat de notre expérimentation du Salvarsan avec des statistiques successives de 200, 350, 800 injections. Depuis, nous avons concurremment avec le Salvarsan employé les préparations arsenicales nouvelles : néosalvarsan, novarsénobenzol, ou 914, galyl ou 1116, et *c'est sur un total de plus de 9 000 injections que sont basées aujourd'hui nos conclusions*. D'une façon générale, nos conclusions premières se sont trouvées pleinement confirmées, nous avons d'ailleurs déjà eu la satisfaction de voir la plupart des auteurs s'y rattacher, mais quelques faits nouveaux nous sont acquis. Aujourd'hui, bien des points de technique ou autre sont définitivement établis, d'autre part, notre statistique porte sur un trop grand nombre de cas, aussi n'en ferons-nous pas ici une étude détaillée, nous en dégagerons simplement des conclusions générales.

I. Technique. — *L'injection intra-veineuse doit rester le procédé de choix,* quel que soit celui des sels arsenicaux précédents utilisé. Certains auteurs préconisent à l'heure actuelle les *injections huileuses* de néosalvarsan comme les plus pratiques. Elles ne doivent avoir que des *indications relatives,* trouvant leur emploi seulement lorsque les injections intra-veineuses sont impossibles : chez les enfants, ou chez les rares sujets, femmes en particulier, dont les veines ne sont ni apparentes, ni perceptibles. L'activité des injections huileuses de néosalvarsan est moindre, elles sont souvent douloureuses pour les sujets vaquant à

(1) Congrès de médecine de Lyon, 1911. — *Annales des maladies vénériennes,* janvier 1912. — Société de Dermatologie, février 1912. — Société médicale des Hôpitaux de Lyon (*Lyon médical,* 1912).

leurs occupations, des indurations, des scléroses des muscles sont à craindre.

Ces préparations s'altèrent assez rapidement, et par là sont dangereuses, elles ne mettent pas à l'abri des accidents toxiques propres au néosalvarsan.

Les *injections rectales* (salvars. et néosalv.) sont *sans activité* thérapeutique, elles ne peuvent réaliser un traitement énergique, elles pourront être utilisées chez les enfants. Cependant loin de les conseiller, nous les rejetons, elles ne mettent pas à l'abri des accidents, les altérations de la solution dans le rectum peuvent même favoriser ces derniers.

Nous n'avons trouvé, depuis notre dernière publication, ni par nos essais personnels, ni par l'utilisation des méthodes d'autrui, aucune amélioration à la technique de préparation et d'injection des solutions de *Salvarsan*. L'injection *alcaline* nous a toujours donné les meilleurs résultats. L'alcalinisation doit être suffisante, légèrement supérieure à celle strictement nécessaire pour obtenir la précipitation et la redissolution du précipité. La dilution doit être suffisante, 30 à 50 centimètres cubes d'une solution chlorurée à 5 pour 1 000 (chlorure de sodium pur et desséché, eau bi-distillée) pour 10 centigrammes de Salvarsan. L'injection avec une seringue de 200 centimètres cubes nous paraît le procédé le plus simple pour tout médecin appelé à pratiquer de nombreuses injections de Salvarsan. Nous rejetons la méthode ambulatoire, l'injection doit être faite le malade couché, restant au repos 24 heures au moins, à jeun avant et après l'injection.

Le *néosalvarsan* doit être utilisé suivant la *méthode de Ravaut en solutions concentrées*. La concentration doit être de 6 à 10 pour 100, c'est-à-dire à raison de 3 à 8, 10 centimètres cubes d'eau distillée pour des doses de 30 à 90 centigrammes de néosalvarsan. Ces solutions non hémolysantes sont parfaitement tolérées. *Leur préparation doit être extemporanée,* avec de l'eau distillée, à température ordinaire (ne dépassant pas 20°), l'*injection doit être immédiate*. La dissolution est aisée, rapide, la filtration est inutile. Il n'est besoin d'aucune instrumentation compliquée ou spéciale. La seringue genre Luer de 10 centimètres cubes, sans aucun raccord de caoutchouc, suffit à tous les besoins. L'injection peut être ambulatoire avec repos relatif, mais le repos au lit ou à la chambre de 24 heures est préférable. Le malade de préférence doit rester à jeun. Nous déconseillons l'emploi des solutions étendues très altérables qui maintes fois, au début surtout, nous ont donné des déboires.

Les *injections de Galyl ou 1116* se préparent par simple dissolution dans de l'eau distillée stérile ou dans du sérum carbonaté suivant le produit livré, de 120 à 180 centimètres cubes pour 40 à 70 centigrammes de galyl. La technique d'injection est celle du Salvarsan. La question des injections de galyl en solutions concentrées est des plus inté-

ressantes, vu l'activité de cette préparation. Elle ne nous paraît pas encore complètement au point ; la dissolution n'est pas parfaite, il y a nécessité d'une filtration soigneuse ; l'on ne connaît pas d'une façon très précise les doses injectées.

La *question de l'eau distillée* employée pour la préparation des solutions de Salvarsan ou de néosalvarsan est loin d'avoir toute l'importance qu'on lui a accordée comme facteur étiologique des accidents. Déjà en 1910-1911 nous avions vu que les mêmes quantités d'une même eau distillée injectée avec différentes préparations arsenicales, par nous étudiées à ce moment, autres que le Salvarsan, ne donnaient aucune réaction, alors que nos salvanothérapiés en présentaient d'une façon presque constante. Depuis, pour nous faire une opinion à ce sujet nous avons utilisé pour la préparation de nos néosalvarsans des eaux distillées de différents appareils, métalliques ou non, verre ordinaire ou spéciaux (Cogit), des eaux d'âge différent, et enfin souvent de l'eau recueillie directement sur une canalisation municipale, nous contentant de la faire bouillir dans un tube à essai (et de la refroidir). Même en ce dernier cas nos injections sont souvent restées sans réactions, s'il s'en produisait elles n'étaient ni plus fréquentes ni différentes de celles observées avec les eaux bi-distillées spéciales, conservées en atmosphère d'azote ou dans le vide. Ce qui nous paraît le plus important d'obtenir c'est la stérilisation de l'eau avec privation de l'air dissous et de tout oxygène. Toutefois, pour plus de sécurité, nous conseillons les eaux bi-distillées bien préparées, récentes, en ampoules avec le vide ou un gaz inerte.

II. Résultats thérapeutiques. — Il est incontestable que les préparations arsenicales nouvelles : Salvarsan, néosalvarsan, novarsenobenzol, galyl, sont à l'heure actuelle les préparations les plus actives et les plus rapidement efficaces contre les manifestations syphilitiques en évolution. Il nous a paru qu'à doses équivalentes (telles que ces équivalences sont admises, mathématiques pour le néosalvarsan et le Salvarsan, approximatives pour le galyl) il y a une certaine différence thérapeutique clinique dans leur action. Au point de vue de leur activité, il nous semblerait possible de les classer ainsi par ordre décroissant : Salvarsan, galyl (très voisin du Salvarsan), néosalvarsan (ou novarsénobenzol qui lui paraît identique). Maintes fois, nous avons vu des accidents relativement peu influencés par des injections de 45 à 60 centigrammes de néosalvarsan (2-3 injections) disparaître très rapidement avec 30 centigrammes de Salvarsan. Il ne nous a pas paru juste d'assimiler en injections intra-veineuses l'action du néosalvarsan à celle des préparations mercurielles solubles et celle du Salvarsan à celle des préparations insolubles (théorie de Duhot) ; les deux préparations, Salvarsan et néosalvarsan, ont une action immédiate et une élimination rapide.

Malgré l'écart d'activité thérapeutique assez net de ces différentes préparations, vu la facilité d'utilisation du néosalvarsan en injections intra-veineuses de solutions concentrées, c'est à ce dernier que dans la pratique journalière nous donnons actuellement la préférence.

1° *Action curative.* — L'action curative des préparations arsenicales nouvelles n'a plus besoin aujourd'hui d'être précisée, elle est reconnue de tous. Elle s'exerce d'une façon indéniable sur tous les accidents syphilitiques en évolution, sur les manifestations locales, cutanées ou muqueuses, primaires, secondaires, tertiaires, sur les manifestations générales, fièvre, anémie, céphalée, etc. Ce n'est que dans des cas extrêmement rares de manifestations syphilitiques certaines que nous n'avons pas vu la guérison se produire par le Salvarsan ou néosalvarsan, et dans certains cas d'échecs il nous a été permis d'avoir quelques doutes sur la légitimité de la nature syphilitique de ces accidents. Dans deux ou trois cas cependant, nous avons vu des accidents syphilitiques se produire au cours du traitement. Dans un cas de manifestations syphilitiques certaines, après échec du néosalvarsan et du mercure à hautes doses, la guérison a été obtenue par l'iodure de potassium.

Depuis notre dernière statistique nous avons eu l'occasion de voir rétrocéder et guérir des leucoplasies vraies, mais non d'une façon constante, nous avons vu parfois s'améliorer et pâlir rapidement des pigmentaires du cou, parfois au contraire nous avons eu une recrudescence de la pigmentation.

. Nous avons fait déjà chez un assez grand nombre de tabétiques un traitement systématique par des injections de Salvarsan ou de néosalvarsan en séries répétées, à des doses relativement élevées. Dans une grande proportion de ces cas nous avons obtenu de très grandes améliorations, des arrêts manifestes dans des tabes à marche rapide. Nous avons vu quatre cas de tabes paralytiques confinés au lit, reprendre leur vie normale, sans rééducation motrice. Il y eut là plus qu'une simple coïncidence.

Nous avons aussi traité un certain nombre de cas de paralysie générale, toujours très nettement confirmée. Jusqu'ici nous n'avons pu obtenir de bien grandes améliorations, peut-être même en certains cas le traitement a-t-il paru jouer un certain rôle dans la production d'ictus. Par contre dans certaines formes au début à type de neurasthénie nous avons obtenu de réels bénéfices, passagers tout au moins.

Notre expérience nous a montré que l'arsénothérapie doit prendre une place prépondérante dans le traitement des syphilitiques enceintes. Chez elles, quel que soit l'âge de leur syphilis, par un traitement méthodique par le Salvarsan ou le néosalvarsan nous avons obtenu presque constamment des enfants à terme, sans accidents, le plus souvent d'un poids normal.

En résumé, en matière de manifestations syphilitiques l'on peut dire que l'arsénothérapie (Salvarsan, néosalvarsan, novarsénobenzol ou galyl) a une action curative sur les accidents absolument certaine, d'une rapidité et d'une efficacité plus grande que celle du mercure seul ou associé à l'iodure. Nous l'avons à nouveau maintes fois vue agir dans des cas où un traitement mercuriel correct et intensif venait d'échouer.

2° *Action préventive.* — C'est là un des points les plus discutés. En effet, l'objectif de tout traitement intensif est d'obtenir une stérilisation définitive de la syphilis en un temps relativement court. Il nous semble qu'il y a vraiment lieu ainsi que nous l'établissions dans nos travaux antérieurs de distinguer les cas traités dès l'apparition du chancre (véritable traitement dit abortif) de ceux traités plus tardivement dans la seconde incubation ou lors des manifestations secondaires.

a) Traitement dès le chancre (traitement dit abortif, ab ovo). — Nous avons injecté déjà plus de 200 individus porteurs de chancres âgés de 3 à 30 jours et quelques-uns depuis trois ans déjà. Le diagnostic clinique était toujours contrôlé par une recherche du tréponème soit à l'ultra-microscope, soit par examen sur lame (méthode de Burri Hecht).

Dans un certain nombre de cas nous nous sommes contentés de faire une série initiale de 4 parfois 5 injections intraveineuses, espacées de 8 jours, à hautes doses progressives (30, 40, 50, 60 centigrammes de Salvarsan, 45, 60, 75, 90 de néosalvarsan), et nous avons laissé ensuite les malades sans aucun traitement. Quelques-uns de ces malades suivis de très près n'ont jamais présenté aucune manifestation clinique et cela depuis 3 ans. D'autres ont eu des accidents après des temps des plus variables (dans un cas 48 jours après le début d'un chancre traité dès le troisième jour), mais en général seulement au bout de 4, 8, 10, 12, 18 mois, les accidents sont apparus sous des types divers : tantôt accidents secondaires généralisés profus cutanés et muqueux, tantôt accidents rares, localisés, infiltrants, de modalité secondo-tertiaire ou tertiaire.

Quelques cas ont été traités exclusivement par le Salvarsan ou le néosalvarsan avec une ou deux séries initiales de 4 injections (en général 45, 60, 75 ou 90 centigrammes de néo), puis des séries de 2 injections (45, 60 centigrammes de néo), de plus en plus espacées. La plupart n'ont jamais présenté aucune manifestation secondaire, mais dans des cas où dans le cours des 18 premiers mois les injections avaient été trop espacées nous avons pu observer deux fois des accidents (une roséole du type de retour, un placard papuleux psoriasiforme).

Le plus souvent consécutivement au traitement arsenical, il a été fait un traitement mercuriel méthodique de fond suivant les règles que notre expérience antérieure nous avait fait adopter. Parfois une cure

mercurielle était remplacée par deux injections de néosalvarsan (45 centigrammes et 60 centigrammes). Dans la presque totalité de ces cas, nous n'avons jamais vu apparaître aucune manifestation syphilitique clinique, à la condition de rapprocher suffisamment au début les cures mercurielles et d'utiliser des préparations actives (injections de biiodure, d'huile grise, de calomel); les pilules de protoiodure, 10 centigrammes pro die, même bien préparées nous ont donné des déboires.

Deux fois nous avons vu des cas pouvant être interprétés après une discussion sévère comme des *réinfections*. Toutefois, comme malgré tout certains points pouvaient laisser un doute en cette délicate question, toujours sujette à bien des erreurs, nous ne nous croyons pas autorisés à apporter une conclusion ferme à leur égard.

De même nous n'avons pas voulu donner ici une statistique précise de nos traitements abortifs, elle est impossible à faire et serait fatalement fausse : la consécration du temps manque pour 40 pour 100 des cas, l'on ne peut suivre au jour le jour 200 malades, il est illusoire de se fier à leur dire, maintes fois déjà nous avons rencontré des malades nous déclarer qu'ils n'avaient aucune manifestation alors qu'une papuleuse couvrait thorax et abdomen. D'autre part la pratique de la clientèle nous a appris que les récidives étaient souvent vues par d'autres médecins.

En conclusion, tout en concevant la possibilité de la stérilisation ab ovo de la syphilis qui serait peut-être d'autant plus fréquemment obtenue qu'il s'agirait de cas traités plus précocement (chancres de 2 à 10 jours) et plus intensivement (série de plusieurs injections, 4 à 6, à hautes doses, répétées au besoin) et *tout en conseillant de la façon la plus formelle de la tenter* nous restons encore trop instruits des manifestations toujours possibles pour apporter dès maintenant des conclusions définitives à cet égard. En l'absence d'un criterium de l'évolution de la syphilis, de sa guérison, qui manque absolument à l'heure actuelle, nous estimons que quelles que soient la précocité et l'intensité du traitement arsénothérapique il y a lieu de faire consécutivement un traitement de sûreté (mercuriel) sévère de quatre ans au moins sans préjudice de cures ultérieures plus espacées et en règle générale 2 par an destinées à prévenir les accidents tardifs. Par suite, nous jugeons aussi que l'on ne doit pas déroger des données prophylactiques anciennes concernant les questions de mariage, des nourrices, etc. Nous avons déjà pu voir quelques désastres non personnels causés par la fausse sécurité des malades après une série d'injections de Salvarsan ou de néosalvarsan, dont un avec trois Wassermann consécutifs négatifs.

a) Traitement en période secondaire (Récidives). — Les arsenicaux injectés à la fin de la seconde incubation ou après l'explosion secondaire dans les périodes jeunes de la syphilis n'ont pas grande valeur

préventive contre de nouveaux accidents, en entendant par là que si des syphilitiques récents sont laissés sans aucun traitement après une série même de 4 à 8 injections à haute dose (45 à 60-75 et même 90 centigrammes de néosalvarsan) l'on voit presque fatalement apparaître des récidives cliniques, cutanées, muqueuses, nerveuses ou autres. Elles sont parfois très rapides avec accidents profus généralisés. Des accidents graves, même précoces, ne sont pas évités (iritis rebelles, gommes, hémiplégie, etc.). Il n'y a pas d'une façon générale d'arséno-accoutumance pour ces récidives, Salvarsan et néosalvarsan restent efficaces contre ces nouveaux accidents. Si ultérieurement l'on veut éviter toutes nouvelles manifestations il est nécessaire de faire un traitement mercuriel ou arsenical sévère par cures rapprochées. Parfois même en certains cas malgré eux l'on voit encore de nouveaux accidents continuer à apparaître. La possibilité, la fréquence de ces récidives montrent là aussi qu'il y a nécessité de respecter toutes les données prophylactiques anciennes (mariage, nourrices, ouvriers spéciaux, etc.).

c) *L'arsénothérapie en dehors de la syphilis.* — L'action résolutive et cicatrisante des préparations arsenicales était telle sur les lésions syphilitiques infiltrées gommeuses, ulcéreuses, que dès le début de leur apparition nous avons voulu les expérimenter dans nombre de dermatoses.

Un cas de pityriasis rubra pilaris, un cas de maladie de Hallopeau (pyodermite végétante), un cas de lymphodermie cutanée, deux cas de lichen plan, un cas de dermatite polymorphe douloureuse de Dubring-Brocq, plusieurs cas de tumeurs cutanées, épithéliomas, sarcomes, un cas de sporotrichose n'ont nullement été modifiés, ni amélioration, ni aggravation.

Dans des cas de psoriasis nous avons souvent obtenu de très grandes améliorations, mais jamais de guérison complète. Dans certains eczémas secs, torpides, en particulier des eczémas hyperkératosiques et fissuraires palmaires, palmaires et plantaires, nous avons plusieurs fois vu une guérison complète survenir rapidement, mais, malgré l'absence de toute anamnèse syphilitique, l'aspect clinique, le Wassermann négatif, nous nous sommes demandés parfois s'il ne s'agissait pas de manifestations spécifiques d'une syphilis ignorée.

Nous avons traité un certain nombre de tuberculoses cutanées. Deux cas de lupus érythémateux à forme congestive ont eu une aggravation qui a persisté plusieurs jours. Dans des lupus nodulaires véritables (inoculation au cobaye positive) nous avons obtenu parfois une désinfiltration, une amélioration énormes, mais jamais nous n'avons pu arriver par ce traitement seul à la guérison définitive. De même, nous avons vu une résolution très nette de tubercules lépreux, de tumeurs de mycosis fongoïde sans obtenir jamais leur disparition complète.

L'arsénothérapie en injections intra-veineuses ne nous a donné absolument aucun résultat dans le traitement de la blennorrhagie aiguë ou chronique. Les grands lavages avec des solutions de néosalvarsan ne nous ont paru avoir aucun avantage sur ceux avec les antiseptiques ordinaires.

Le traitement local des chancres mous par la poudre de néosalvarsan s'est montré inférieur au traitement par les cautérisations au chlorure de zinc. L'application de la poudre de néosalvarsan sur les ulcérations est très douloureuse. Un cas de phagédénisme chancrelleux n'a pas été influencé par un traitement local.

Nous avons traité avec succès quelques cas d'angine ulcéreuse de Vincent, ou de stomatites ulcéreuses primitives dues à de la symbiose fuso-spirillaire, de stomatites mercurielles, par des injections intraveineuses de Salvarsan ou de néosalvarsan. L'expérience nous a montré qu'un traitement local est souvent insuffisant pour obtenir une guérison définitive. Avec lui, nous avons vu des récidives. Il nous a paru y avoir tout avantage à employer en même temps la voie intra-veineuse dans les formes rebelles et récidivantes.

Dans maints cas de chancres sous phimosis avec balanite spirillaire nous avons vu disparaître cette balanite sous la seule influence des injections intraveineuses.

L'arsénothérapie par le Salvarsan, le néosalvarsan, le galyl conserve donc une action élective dans la syphilis ou dans les affections à spirilles.

III. Accidents. Inconvénients. — Il est des accidents qui dépendent de *fautes de technique* de préparation ou d'injection. Ils sont faciles à éviter, nous n'insisterons pas. Il est nécessaire, surtout avec les injections de néosalvarsan en solution concentrée de bien s'assurer de la pénétration exclusive dans la veine, sans quoi l'on peut avoir des ennuis (périphlébites, escarres) parfois graves. Nous avons eu l'occasion de voir à la suite d'injections pratiquées par des médecins peu au courant des injections intraveineuses des immobilisations du membre supérieur de plus de 2 mois avec de grosses réactions inflammatoires à type de pseudo-phlegmon ligneux, et parfois des escarres très étendues occupant le pli du coude et la moitié inférieure du bras.

Mais, en dehors de toute faute de technique, en dehors de toute contre-indication, avec toute précaution antérieure prise, les arsenicaux, Salvarsan, néosalvarsan, novarsénobenzol ou galyl, peuvent être dangereux par eux-mêmes, du fait de leur toxicité propre.

Sur les 9 000 injections que nous avons pratiquées, nous n'avons eu que deux cas de *mort*. L'un est survenue chez une femme de 30 ans, de 68 kilogrammes, sans aucune tare, sans cause appréciable à la suite d'une deuxième injection de 30 centigrammes de 606, espacée de huit jours de la première. L'autre, au moment de l'apparition du néo-

salvarsan, est nettement imputable à l'utilisation de la technique primitive de Schreiber avec des doses trop élevées et surtout trop rapprochées.

Dans ces deux cas, la mort est survenue dans le coma avec crises épileptoïdes. Dans le premier, il y eut une première phase de coma de 4 jours, puis la malade revint peu à peu à elle, conservant pendant une vingtaine de jours un syndrome de myélite avec paralysie complète des membres inférieurs, grande escarre sacrée et ensuite une nouvelle phase de coma de trois jours avec de nouveau des crises épileptiformes.

En dehors de ces accidents mortels, nous avons eu l'occasion de voir plusieurs *comas* d'une durée de 24 heures à 3-4 jours.

Dans tous ces cas le syndrome a été le même. Le début s'est fait en général de 12 à 48 heures après une seconde ou troisième injection par de la céphalée, du délire, de la gêne de la parole (le malade ne trouve pas ses mots et en même temps les articule mal), une congestion rapide du visage avec parfois une bouffissure intense, une respiration courte précipitée, puis stertoreuse, enfin du coma. Le plus souvent ce coma s'accompagnait de convulsions épileptoïdes, plus ou moins fortes et espacées. Les facteurs de gravité du pronostic nous ont paru être la fréquence des crises de convulsions, leur intensité, la perte des réflexes pupillaires et l'apparition de la température (au-dessus de 39 dans nos deux cas de mort). Les suites de ces comas furent bénignes, le plus souvent tout rentra rapidement dans l'ordre. Une amnésie partielle pendant quelques jours fut fréquente. Un malade conserva une céphalée occipitale rebelle, un autre une parésie des membres inférieurs pendant près de 2 mois.

Une fois le coma et les crises épileptoïdes purent être expliqués par le réveil d'une épilepsie jacksonnienne traumatique ancienne. Mais, dans tous les autres cas, aucune explication plausible ne pouvait en être donnée, rien ne pouvait les faire prévoir. Ces comas furent observés aussi bien avec des syphilis jeunes qu'anciennes, cliniquement en évolution ou non, *parfois traitées immédiatement avant d'une façon correcte par le mercure.*

Il reste certain pour nous que la thérapeutique arsenicale, quelles que soient les précautions prises, peut donner des accidents graves, même mortels. Nous en connaissons des cas en dehors de notre statistique personnelle (Salvarsan et néosalvarsan).

Nous avons eu l'occasion d'observer en certain nombre les accidents immédiats, angoissants, qualifiés de *crises nitroïdes* ou de crises abdominales. Il nous a paru avec le Salvarsan qu'elles étaient plus fréquentes avec les solutions acides. Nous en avons eu avec le néosalvarsan en solution étendue, plus rarement en solution concentrée, le galyl lui aussi nous a donné parfois les mêmes accidents.

Le plus souvent dans les syphilis jeunes en évolution, nous avons eu des *réactions d'Herxheimer* plus ou moins intenses, elles nous ont paru plus marquées avec le Salvarsan et le galyl qu'avec le néosalvarsan.

Tout en concevant la possibilité de l'intervention de la réaction d'Herxheimer dans la pathogénie de certains accidents, nous nous refusons à les expliquer tous par elle. Les accidents sont dus pour la plus grande part à la toxicité des arsenicaux.

Consécutivement aux injections aussi bien de Salvarsan, de galyl que de néosalvarsan, mais considérablement moins fréquents et moindres avec ce dernier, nous avons observé divers *accidents passagers* : des frissons, de la céphalée, des douleurs abdominales, thoraciques, épigastriques, de la fièvre, de l'inappétence, de la diarrhée, des hémorragies intestinales, de la rétention d'urine, des éruptions cutanées, érythèmes scarlatinoïdes, rubéoliques, polymorphes, érythémato-papuleux, noueux, vésiculeux, du purpura, des éruptions muqueuses, herpes, hydroa de Quinquaud.

Dans ces éruptions cutanées, nous avons vu trois fois un type assez curieux d'*érythrodermie exfoliante généralisée* qui nous a paru assez spécial aux préparations arsenicales nouvelles. Le début se fait en général à la fin d'une série de plusieurs injections (4 dans nos cas), ou 8-10 jours après, par de la rougeur avec sécheresse de la peau, en une région spéciale, la face le plus souvent et les poignets, la paume des mains, les plis inguinaux, puis il y a le plus fréquemment généralisation à tout le tégument, y compris le cuir chevelu. La rougeur est marquée, vive, la desquamation est fine et adhérente, elle reste sèche sans vésicules. L'aspect est assez celui des érythrodermies du pityriasis rubra pilaris (sans cônes cornés). Le prurit est très modéré ou absent. La guérison ne survient guère avant deux mois. Ces malades ont dans la suite présenté une susceptibilité cutanée toute particulière pour le Salvarsan, néosalvarsan ou galyl. Dans un certain nombre de faits autres nous avons observé la même érythrodermie exfoliante sèche restant localisée à la face, au cou, aux poignets, aux plis de flexion avec envahissement des faces de flexion.

Dans quelques cas, contrairement à la généralité des faits où l'on voit les arsenicaux exercer une action eutrophique des plus nettes, nous avons vu à la suite d'une série d'injections une véritable fonte du tissu graisseux, avec un *amaigrissement* intense et persistant.

Nous avons observé par l'arsénothérapie des *albuminuries* le plus souvent passagères, parfois persistantes, une fois même un véritable état pseudo-urémique. Mais, ces faits sont sans gravité en cessant les injections dès la constatation de l'albumine. Nous ne considérons d'ailleurs pas une albuminurie antérieure comme une contre-indication.

Une *pigmentation* très marquée et longtemps persistante comme séquelle d'éruptions nous a paru imputable souvent à l'arsénothérapie et peut-être plus fréquemment au galyl.

La question du méningo-tropisme, des neuro-récidives, nous paraît se rattacher de façon intime à celle des accidents. Il est indiscutable que même après une série d'injections, l'on peut voir des accidents nerveux plus ou moins précoces, céphalée, paralysie, névrite, épilepsie, etc., qui sont indiscutablement d'origine syphilitique. Ceux-ci ne sont pas plus fréquents qu'ils ne l'étaient antérieurement chez les malades traités par le mercure ou laissés sans traitement. Mais il est non moins certain qu'il existe tout un groupe de faits assez nombreux qui doivent être interprétés comme des accidents de l'arsénothérapie.

Nous avons vu assez fréquemment à la suite d'une série d'injections apparaître une céphalée continue, diffuse, vive en général, sans lancée véritable, « lourdeur » de tête, persistante, ne cédant ni au traitement mercuriel et ioduré, ni à de nouvelles injections de néosalvarsan.

Nous avons eu deux fois de la névrite optique (un cas unilatérale, un cas bilatérale) et 6 fois de la labyrintite (deux cas unilatérale, quatre fois bilatérale). Ce sont là des accidents qui sont apparus de 1 à 2 mois après une série de 4 injections et qui nous ont paru se rattacher nettement à la toxicité arsenicale. La guérison a été assez longue pour les névrites (3 à 6 mois), plus rapide pour les labyrintites (3 semaines à 2 mois).

En conclusion, nous ne croyons pas que l'on puisse éviter complètement tous les accidents, malgré une technique correcte, malgré la substitution des préparations actuelles nouvelles à l'ancien Salvarsan. Il en est qui tiennent aux médicaments eux-mêmes, à leur toxicité propre.

L'expérience nous a montré qu'un *traitement mercuriel* seul ou qu'un traitement mixte (mercure et iodure) *prémonitoire* ne met pas à l'abri des accidents, si même peut-être il ne joue pas un rôle défavorable, sans que nous puissions d'ailleurs être affirmatifs à ce sujet.

Des tentatives récentes d'injections d'*adrénaline* suivant la technique de M. Milian chez des malades ayant présenté des accidents congestifs du type crises nitroïdes n'ont pas empêché le retour de ces accidents.

Une alcalinisation et une dilution suffisantes, une injection lente, chez des malades à jeun, couchés et maintenus au lit 24 heures pour le Salvarsan et le galyl, une solution préparée extemporanément dans de l'eau non oxygénée et injectée immédiatement pour le néosalvarsan, le respect dans tous les cas de toute contre-indication formelle et relative paraissent les précautions les plus propres à diminuer les réac-

tions fortes et à les prévenir. Toutefois, il faut savoir que l'on reste toujours à la merci d'un accident grave que rien ne fait prévoir.

IV. Contre-indications. — Dans notre pratique, nous avons tenu compte de contre-indications générales à l'arsénothérapie, et de contre-indications propres à de nouvelles injections.

Les *contre-indications des arsenicaux*, Salvarsan, néosalvarsan, galyl, nous ont paru rester avant tout : l'âge avancé (quelques malades de 65 à 70 ans ont cependant très bien toléré des injections de 45 centigrammes de néosalvarsan), les troubles nerveux graves (paralysie générale très avancée), les symptômes bulbaires, les troubles circulatoires, le diabète, la tuberculose pulmonaire à forme congestive, les cachexies non syphilitiques, le mauvais fonctionnement du rein et *surtout du foie*. Mais, pour la plupart elles ne sont souvent que relatives et c'est affaire de doigté en utilisant des doses de début très prudentes, en les maintenant faibles et en les espacant suivant les cas.

Nous avons eu à traiter déjà un grand nombre de malades présentant une *albuminurie antérieure* à leur syphilis. Loin d'être pour nous une contre-indication ce fut plutôt une indication. Ces malades qui supportent très mal un traitement mercuriel correct actif, ont été sans inconvénient injectés avec les arsenicaux pour leur plus grand bien. Très rarement, nous avons vu augmenter le taux de leur albuminurie et ce d'une façon toute passagère. Bien plus, dans deux cas de coexistence d'albuminurie post-scarlatineuse ancienne, nous avons eu une diminution considérable de cette albuminurie à la suite d'une série de 4 injections.

Les *accidents laryngés* demandent une première dose très prudente pour éviter les crises de suffocation provoquées par une réaction d'Herxheimer intense possible au niveau des lésions laryngées ou trachéales.

Les lésions oculaires, même la névrite optique, auriculaires, d'origine syphilitique n'ont pas été pour nous des contre-indications.

Bien plus délicates sont souvent à préciser les *contre-indications d'une nouvelle injection*, ou *d'une nouvelle série d'injections*. Avant chaque nouvelle injection le malade doit être réexaminé complètement avec une étude minutieuse du syndrome réactionnel consécutif à l'injection précédente. Une réaction forte de 24 heures doit faire maintenir ou diminuer légèrement les doses.

Plus persistante avec vomissements, température, céphalée surtout elle doit rendre des plus prudents, faire diminuer beaucoup les doses, les espacer, et même les cesser. L'apparition d'albuminurie persistant plusieurs jours, de pigments biliaires, doivent faire cesser, momentanément tout au moins, les injections.

Là encore les contre-indications d'une nouvelle injection ne sont

souvent que relatives et affaire d'interprétation. Avec des doses moindres, un espacement plus grand des injections, l'on peut souvent continuer le traitement, si celui-ci a une indication formelle. En tout cas, si des réactions fortes se renouvellent à chaque injection il faut cesser es arsenicaux. De même la présence de cette érythrodermie exfoliante de forme spéciale que nous avons signalée interdira toute nouvelle injection, même à une distance de plusieurs mois, car les individus chez qui nous l'avons observée ont présenté dans la suite une véritable idiosyncrasie du même type pour les arsenicaux (Salvarsan, néosalvarsan, galyl), et pour l'un d'eux plus de 7 mois après sa dernière injection.

Les contre-indications d'une nouvelle série seront tirées des réactions de la première. Un temps suffisant (deux mois pour des séries de 4-5 injections) se sera écoulé. La première injection sera faite à dose faible.

V. Indications. — C'est ici la question la plus intéressante de l'arsénothérapie. C'est aussi la plus discutée, celle qui garde ses partisans et ses adversaires les plus farouches. Sans doute au début l'on pouvait rester impressionné soit par les succès merveilleux, soit par les accidents nombreux et les cas de mort, mais aujourd'hui où chacun a déjà une imposante statistique l'on peut envisager les faits de façon plus impartiale.

Nos études premières nous avaient amenés en raison de la possibilité d'accidents graves, d'une technique de préparation et d'injection délicates, de récidives fréquentes, à réserver le 606 à certaines indications précises. Tout en reconnaissant la grande valeur thérapeutique du 606 nous le considérions presque comme un médicament d'exception. Aujourd'hui, instruits par une expérience plus longue, en possession d'une méthode plus simple d'utilisation du néosalvarsan, nous croyons que les indications de l'arsénothérapie, par ce sel tout au moins, doivent être beaucoup plus élargies.

En dehors de toute contre-indication, et celles-ci sont relativement rares, *il y a un avantage certain à conseiller le néosalvarsan dans tous les cas d'accidents syphilitiques en évolution, quelle que soit leur modalité*. L'on a avec lui le traitement d'attaque le plus rapide, le plus intense, le plus efficace, le plus sûr, le plus prophylactique. Ce n'est pas à dire que ce médicament puisse être employé à tort et à travers sans prudence, nous en avons mentionné les contre-indications et les restrictions.

En tout cas, l'on a le devoir d'utiliser les arsenicaux dans tous les cas de syphilis au début, à la période du *chancre*, c'est une *indication formelle* ; toutes les fois qu'il y a une nécessité d'agir vite et fort, manifestations malignes secondaires, tertiaires de la syphilis, syphilis mutilantes, phagédéniques, ulcéreuses ; toutes les fois qu'il y a une

œuvre prophylactique à remplir, accidents couramment contagieux pour la collectivité, l'entourage, syphilis des gens mariés, prostituées, verriers, etc. ; chez les femmes enceintes ; toutes les fois que le mercure est mal toléré, soit que cette intolérance soit absolue, soit qu'elle soit relative ne permettant qu'un traitement insuffisant, illusoire. Enfin, les arsenicaux constituent un excellent traitement d'épreuve dans des cas de diagnostics de syphilis, tuberculoses ou cancers, cliniquement impossibles. Grâce à eux nous avons pu déjà, dans quelques cas, éviter des mutilations de la face, de la langue, de la verge.

Les arsenicaux doivent être employés de façon systématique — en respectant les contre-indications — dans le tabes. Si les résultats sont loin d'être constants l'on ne peut oublier les très grandes améliorations certaines obtenues bien plus fréquemment que par toute autre méthode.

La nature syphilitique certaine de la paralysie générale, la présence de tréponèmes dans la substance nerveuse, l'échec des méthodes antérieures autorisent et indiquent l'utilisation des arsenicaux actuels dans le traitement de la paralysie générale bien que les résultats n'en soient guère brillants, jusqu'à traitement autre plus efficace.

Jusqu'à possession d'un criterium de valeur certaine de la guérison de la syphilis, nous croyons, quel que soit le traitement initial, à la *nécessité d'un traitement de fond consécutif.*

Les arsenicaux pourront là encore trouver une indication absolue dans les cas où le mercure n'est pas toléré, dans l'albuminurie. D'autre part peut-être pourra-t-on alterner quelques cures de néosalvarsan avec les cures mercurielles, en cas de traitement de sécurité comme avant un mariage par exemple.

VI. Doses et direction du traitement. — Notre expérience nous a montré que les doses faibles, même en longue série, répétées à peu d'intervalle sont à rejeter. Avec elles on perd le bénéfice de la haute et rapide action curative des arsenicaux et l'on ne se met pas à l'abri des accidents graves. Cependant, la première injection, celles faites à la limite des contre-indications, celles suivant des injections ayant donné de fortes réactions seront faites à des doses prudentes (15, 20, 30 centigrammes de Salvarsan ou doses équivalentes de néosalvarsan 20, 30, 45 centigrammes) mais, l'on en arrivera rapidement pour un individu normal de poids moyen de 65 à 70 kilogrammes à des doses de 30, 40, 50, 60 centigrammes de Salvarsan, 45, 60, 75, 90 centigrammes de néosalvarsan. D'une façon générale les doses seront proportionnées au poids de l'individu, environ 1 centigramme de Salvarsan, 1 cgr. 5 de néo par kilogramm pour les doses maxima, mais, il nous paraît dangereux de dépasser les doses de 60 centigrammes de Salvarsan ou 90 centigrammes de néosalvarsan. Les injections ne seront pas trop rapprochées mais espacées de 7 à 8 jours, en respectant soigneu-

sement les contre-indications d'une nouvelle injection en les cessant, en maintenant ou diminuant les doses, en espaçant plus encore les injections suivant les réactions.

Dans les cas de tentative d'abortion des syphilis au début (chancres de 2 à 10, 15 jours en particulier) nous recommandons de faire une série d'au moins 4 injections, sinon de 5 ou 6 avec des doses progressives 30, 40, 50, 60 centigrammes de Salvarsan, 45, 60, 75, 90 centigrammes de néosalvarsan, avec un intervalle de 7-8 jours entre 2 injections. L'on pourra refaire une série plus courte 1 à 2 mois après la première. Il nous a paru assez nettement que les résultats obtenus ici à doses équivalentes avec le Salvarsan étaient supérieurs à ceux du néosalvarsan.

Pour toutes les manifestations en évolution l'on aura aussi avantage à faire une série de 4 injections aux mêmes doses pour obtenir une action thérapeutique aussi complète que possible, mais, s'il est des contre-indications relatives l'on pourra se contenter de 2 injections (45, 60 centigrammes de néosalvarsan) en général suffisantes pour amener la disparition et la cicatrisation des accidents, suivies d'un traitement mercuriel immédiat.

Chez la femme enceinte nous faisons en général une série de début de 4 injections, puis 2 injections tous les 2 mois, réservant une cure pour le dernier mois de la grossesse, curative pour la mère et l'enfant, prophylactique pour l'accoucheur.

Dans les cas de tabes, il nous a paru que si l'on veut obtenir quelques résultats il est nécessaire d'employer des doses fortes, d'arriver et de se maintenir à des doses de 50, 60 centigrammes de Salvarsan, 75, 90 centigrammes de néosalvarsan, de faire des séries de 4 à 5 injections et de les répéter avec un intervalle seulement de 2 mois dans les premiers temps.

Si nous croyons à la possibilité d'abortion de la syphilis tout à fait au début, et en certains cas seulement, non constants, nous manquons totalement de criterium certain pour apprécier cette guérison définitive. *Aussi, pratiquement, en aucun cas nous ne nous croirions autorisé à dire que la syphilis chez nos malades ainsi traités par les arsenicaux est définitivement guérie. Suivant l'état, l'âge de la syphilis, les conséquences prophylactiques et thérapeutiques restent entières. C'est dire que nous concevons la nécessité d'un traitement de fond consécutif.*

Que doit-il être ? *Mercuriel ou arsenical*?

Nous gardons le souvenir de nombre de nos malades anciens qui, traités dès le début de leur syphilis ou plus tardivement en période secondaire par des injections mercurielles méthodiques n'ont jamais eu dans la suite d'accidents nouveaux ; de malades qui dans le cours de leur première année d'infection restaient fréquemment sans aucun

accident trois mois et plus après un traitement mercuriel intense. D'autre part nous avons été frappés par des récidives rapides de 1 à 2 mois après des séries de 3 à 4 injections de 606 ou 914 (malades traités en période secondaire). Chez des malades traités exclusivement par le néosalvarsan (une série initiale de 4 injections, puis séries consécutives de 2 injections tous les 2 mois) nous avons vu parfois des plaques muqueuses apparaître dans l'intervalle. Il nous a donc paru qu'il y avait tout avantage à conserver le mercure dans le traitement de fond de la syphilis, considérant qu'un traitement intensif (huile grise, calomel, biiodure) gardait une très grande valeur préventive, supérieure, nous semble-t-il, à celle des arsenicaux. Il est possible d'ailleurs que son mode d'action diffère de celui des arsenicaux.

L'on pourrait nous objecter qu'avec une utilisation des arsenicaux autre que celle que nous préconisons, qu'avec des séries d'un plus grand nombre d'injections, toujours à très hautes doses, plus rapprochées. nous supprimerions toutes récidives. Nous n'en sommes pas encore certains et nous ne pouvons oublier que le néosalvarsan, malgré la simplicité de son emploi, peut être dangereux et que les dangers seraient plus grands avec la répétition des injections. Le mercure garde donc ses indications. Nous conseillons les injections de calomel ou d'huile grise en série de 6, 8. Quelques séries pourront peut-être par intervalle être remplacées par 2 injections de néosalvarsan (45, 60 centigrammes).

La durée de ce traitement de fond restera malheureusement empirique : il n'est en effet nul mode de contrôle certain de l'évolution de la syphilis.

L'étude systématique du *liquide céphalo-rachidien* par des ponctions lombaires répétés, au cours du traitement de la syphilis, indépendamment de toutes les causes d'erreur qu'elle comporte, ne peut être envisagée comme une méthode clinique pratique.

L'étude systématique de la *réaction de Wassermann* au cours de la syphilis et ses variations au cours du traitement ne peuvent, et nous en avons une expérience suffisante, donner la clef du problème ni évolutif ni thérapeutique. *On ne peut jamais par la seule reaction de Wassermann ni affirmer la syphilis ni certifier sa guerison.*

Des réactions devenues et persistant négatives ne doivent pas plus faire cesser définitivement le traitement que des réactions se maintenant indéfiniment positives ne peuvent par elles seules l'obliger à rester indéfiniment intense, et par là dangereux.

Il nous paraît donc y avoir avantage en l'état actuel de notre expérience syphiligraphique à conseiller un traitement méthodique long, sévère de 4 ans à partir du chancre, avec dans la suite une surveillance et des cures plus espacées, deux par an en moyenne, destinées à faire œuvre préventive contre les manifestations éloignées de la syphilis

nerveuse ou vasculaire en particulier. Ce traitement méthodique doit être avant tout mercuriel.

*
* *

En conclusion, nous estimons la thérapeutique arsenicale (Salvarsan, néosalvarsan, galyl), comme étant à l'heure actuelle la plus rapide et la plus efficace. Elle doit avec le néosalvarsan en solution concentrée entrer avec juste raison pour une part de plus en plus grande dans le traitement des manifestations syphilitiques en évolution. Mais, tout médecin qui l'utilise doit être conscient des dangers qu'elle comporte et s'efforcer de les éviter par une étude scrupuleuse des contre-indications.

L'on n'est pas autorisé à affirmer jusqu'ici une guérison définitive de la syphilis par les arsenicaux, ni à en tirer des conclusions prophylactiques et thérapeutiques absolues, même en se basant sur la réaction de Wassermann qui est loin d'avoir la valeur que l'on tend à lui accorder actuellement.

Un traitement méthodique de fond de plusieurs années et même de toute la vie, avec utilisation du mercure et de l'iodure de potassium associé, doit toujours être conseillé.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CHIMIQUE DU VERNIX CASEOSA

par **M. Louis Julien.**

[Travail du laboratoire de M. L. Jacquet (Hopital Saint-Antoine).]

« Entre les mains des gynécologues passe continuellement une production du corps humain qui ne mérite pas le dédain avec lequel on le traite d'ordinaire, c'est l'enduit cutané des nouveau-nés: le vernix caseosa. »

Tels sont les premiers mots du travail de Unna et Golodetz sur le *vernix caseosa* (1), travail qui n'est qu'un chapitre dans la longue série de belles et patientes recherches effectuées par les auteurs allemands sur les graisses cutanées. Avant leurs importants travaux les dermatologues, en effet, s'étaient peu intéressés au vernix, il convient toutefois de reconnaître que l'école française avec Jacquet n'était pas restée indifférente à son étude. Déjà en 1900 Jacquet fait mention de la séborrhée fœtale (2); en 1904 Jacquet et son élève Rondeau publient sur le vernix caseosa une étude histologique et clinique très poussée (3) d'où il résulte que cette substance est une production pathologique due pour une part du moins à la séborrhée intra-utérine; pour ces auteurs, l'enduit fœtal est un produit complexe contenant une certaine quantité de graisses libres provenant partiellement de l'excrétion sébacée dont témoignent la miliaire sébacée fœtale et les cylindres vermiformes.

Sabouraud contesta ces données (4). Ayant fait agir de l'acide

(1) Unna et Golodetz, *Archiv. f. Dermat. und Syph.*, 1911, page 107.

(2) Jacquet, Sur la nature et le traitement de la pelade. In *Annales de Dermat. et Syphil.*, 1900, page 944.

Jacquet ignorait alors certains travaux allemands antérieurs aux siens, notamment ceux de Küstner et d'Epstein qui ont bien établi l'existence de la poussée sébacée fœtale et des petits kystes graisseux qui la traduisent en certains points du visage.

Il reste que Jacquet ajouta à ces données outre une description plus précise la notion du « cylindre gras vermiforme » et l'intéressante hypothèse des relations de cette poussée sébacée intra-utérine avec le fonctionnement de l'appareil sexuel.

Voir aussi, à ce sujet, le récent mémoire de A. Kraus, Uber Acne neonatorum in *Archiv. Dermat. und Syph.*, juillet 1913, page 705.

(3) L. Jacquet et Rondeau. Sur la séborrhée fœtale et la composition du vernix caseosa. *Bulletin de la société française de Dermatologie*, 1904, page 176.

L. Jacquet et Rondeau, *Id.* In *Annales de Dermatologie*, 1904, page 448.

(4) Sabouraud, « Sur le vernix caseosa et la séborrhée fœtale de M. Jacquet. » *Bulletin de la société française de Dermatologie*, 1904, page 215. *Annales de Dermatologie*, 1904, page 455 et *ibid.*, page 639.

Darier, « Sur le vernix caseosa. » *Bulletin de la société française de Dermatologie*, 1904, page 306. *Annales de Dermatologie*, 1904, page 994.

osmique sur des frottis de vernix il n'obtint aucune coloration noire : s'appuyant sur cette expérience, il nia la présence de graisse libre dans l'enduit fœtal.

Depuis la discussion qui eut lieu à ce sujet, de nouvelles recherches sont venues confirmer l'existence de la graisse libre dans le vernix et montrer quelle erreur de technique avait masqué cette graisse. On sait aujourd'hui que le vernix contient une forte quantité de cholestérine libre et éthérifiée, ces corps, comme l'ont fait remarquer Unna et Golodetz, possèdent une grande affinité pour l'eau, il est donc nécessaire de dessécher les frottis avec beaucoup de soin avant de faire agir l'acide osmique ; en présence d'eau les graisses se colorent très mal ou pas du tout.

Jacquet et Rondeau n'avaient fait qu'une étude chimique très incomplète et très sommaire du vernix caseosa, étude qui eut toutefois le mérite d'être la première faite en France, mais ils développèrent largement l'étude histologique et clinique ; Unna et Golodetz (1), au contraire, négligèrent celle-ci mais poussèrent beaucoup plus avant leurs recherches dans la voie chimique.

Ces auteurs après avoir séparé les corps gras du vernix caseosa en déterminèrent les différents composants afin de comparer les résultats obtenus à ceux des analyses des différentes graisses cutanées. Ils ont ainsi rapproché des analyses de graisses d'origine sébacée (Sekretfette) comme les graisses contenues dans les comédons, la sueur des pieds et des mains, avec les graisses d'origine épidermique (Zellenfette) comme les graisses de la couche cornée, des ongles, avec enfin les graisses du vernix.

Par plusieurs de leurs composants, les graisses du vernix caseosa se rapprochant qualitativement et quantitativement des Zellenfette, Unna et Golodetz leur attribuent une origine cellulaire et les considèrent comme des graisses épidermiques.

Ainsi, Jacquet estime que le vernix caseosa est une production pathologique à la formation de laquelle les glandes sébacées prennent une part importante ; Unna pense, au contraire que c'est une production normale à la formation de laquelle les glandes sébacées ne contribuent pas et qui dérive entièrement des cellules épidermiques, c'est pour cet auteur les restes d'une « couche cornée » préalable apparaissant du 5e au 6e mois de la vie fœtale.

En raison de ce désaccord M. le Dr Jacquet m'a demandé de reprendre les recherches de Unna, déférant ainsi au désir formel du célèbre dermatologue allemand qui souhaite le contrôle de ses travaux et contri-

(1) *Loc. cit.* — Si l'on ne veut pas se reporter au mémoire original, A. Civatte in *Ann. Dermat. et syphiligraphie* (décembre 1911), en a fait une étude très détaillée et très complète.

buant à l'étude de cette chimie de la peau dont il a si magistralement écrit les premiers chapitres.

Dans une première partie j'indiquerai la méthode suivie, puis je donnerai mes résultats, enfin je ferai quelques remarques déduites de la comparaison des résultats de Unna et Golodetz avec les miens.

*
* *

Unna et Golodetz ont effectué leurs analyses sur des échantillons de vernix caseosa recueillis sur toute la surface du corps du nouveau-né sans attacher d'importance au lieu de prélèvement.

M. Debat, chef de laboratoire de M. Jacquet à l'hôpital Saint-Antoine, qui m'a beaucoup aidé dans ce travail par ses avis éclairés, m'a conseillé de recueillir le vernix, d'une part sur la paume des mains et la plante des pieds (vernix palmo-plantaire), d'autre part sur tout le reste du corps du nouveau-né (vernix total).

Il était légitime de penser, en effet, d'après la théorie de Jacquet attribuant au vernix une origine en partie sébacée, que le vernix palmo-plantaire recouvrant un épiderme privé de glandes de cet ordre serait différent du vernix recueilli sur les parties du corps où glandes sébacées et glandes sudoripares coexistent.

Ainsi, au lieu de comparer comme les auteurs allemands la graisse du vernix caseosa, avec des graisses cutanées de l'adulte, j'ai fait une série d'analyses du vernix total recouvrant glandes sébacées et glandes sudoripares et je les ai comparées avec des analyses de vernix palmoplantaire recouvrant une région à glandes exclusivement sudoripares.

Il n'y a rien à noter de particulier au sujet de la technique employée pour les différents dosages : aucune difficulté spéciale n'étant à vaincre, j'ai employé les méthodes courantes d'analyse de graisses.

Autant que me le permettait la description de leurs expériences je me suis rapproché de la méthode employée par les auteurs allemands, malheureusement, sur un point très important : le dosage de la cholestérine, Unna et Golodetz omettent de décrire leur technique. C'est d'autant plus regrettable qu'ici des résultats sensiblement différents peuvent être obtenus si la même méthode de dosage n'est pas employée.

J'ai choisi le procédé le plus récent et considéré aujourd'hui comme le plus exact, je veux dire le procédé pondéral de Grigaut.

S'il peut y avoir là une petite cause d'erreur dans la comparaison de mes résultats avec ceux de Unna ces résultats toutefois conservent toute leur valeur dans la comparaison de la teneur en cholestérine du vernix total et du vernix palmo-plantaire.

TABLEAU I

ÉLÉMENTS DOSÉS	VERNIX CASEOSA (Tout le corps, sauf paumes des mains et plantes des pieds) NUMÉROS DES ANALYSES 1	2	3	4	5	6	7	8	Moyennes	VERNIX CASEOSA (Paumes et plantes seules) Moyennes	NUMÉROS DES ANALYSES 1	2	3	VERNIX CASEOSA TOTAL Jacquet et Rondeau
Eau pour 100.	70,23	75,85	59,42	61,95	52,98	58,87	55,92	66,98	**62,75**	**68,25**	59,10	67,30	78,35	**71,15**
Épithélium et Matières protéiques pour 100.	18,70	19,20	36,75	33,52	36,10	34,64	30,42	28,67	**29,75**	**26,00**	32,05	28,25	17,75	**19,75**
Acides gras et Cholestérine pour 100.	9,75	4,12	3,25	3,70	10,02	5,20	11,96	3,25	**6,40**	**4,63**	6,85	3,85	3,50	**9,05**
Cendres et Pertes pour 100.	1,32	0,83	0,88	0,83	1,90	1,29	1,70	1,10	**1,23**	**1,10**	2,30	0,60	0,40	**0,80**

*
* *

Examinons maintenant ces résultats. Le tableau n° 1 donne la teneur en eau, matières protéiques, graisses et cendres des deux sortes de vernix : vernix total et vernix palmo-plantaire. J'ai consigné dans ce tableau les résultats de huit analyses de vernix total et de trois analyses de vernix palmo-plantaire, j'ai ajouté, pour mémoire, les chiffres donnés en 1904 par Jacquet et Rondeau dans leur travail.

On sait que le vernix caseosa est une substance complexe de consistance et d'aspect caséeux, de couleur allant du blanc presque pur au jaune verdâtre et qui est grossièrement composée de matières protéiques de cellules et débris cellulaires, de graisses et d'eau ; chacune de ces parties ayant été dosée dans les différents échantillons, il ressort de la comparaison les faits suivants :

1° Dans le vernix palmo-plantaire la quantité d'eau est supérieure de 6 pour 100 à celle contenue dans le vernix total.

2° Les matières protéiques sont en quantité un peu plus faible dans le vernix palmo-plantaire 3 pour 100 en moins :

3° Les graisses sont également moins abondantes dans le vernix palmo-plantaire : 4,6 pour 100 au lieu de 6,5 pour 100 dans le vernix total.

4° La teneur en cendres est sensiblement la même dans les deux sortes de vernix.

Tous ces dosages ont été faits par pesée — ce qui est le mode de dosage le plus précis — pourtant il faut toujours compter avec une erreur systématique absolue, assez faible il est vrai, tenant à la balance mais surtout avec une erreur systématique relative d'autant plus grande que l'on opère sur des échantillons plus petits.

Cette remarque faite, et bien que les différences entre les deux échantillons soient souvent peu importantes, il faut remarquer pourtant qu'elles sont toutes dans le même sens tendant à montrer une concentration plus faible du vernix palmo-plantaire : plus d'eau, moins de matières protéiques et de graisses. Nous verrons plus loin ce que l'on peut déduire d'une telle observation.

Le tableau n° 2 résume les analyses de la graisse contenue dans le vernix. Les résultats de huit analyses de vernix total et de trois analyses de vernix palmo-plantaire y sont consignés, j'ai intercalé dans ce tableau, pour en faciliter la comparaison, les résultats des analyses effectuées par Unna et Golodetz sur les différentes graisses cutanées.

Examinons ce tableau : Unna et Golodetz ont fait des analyses de graisses cutanées qu'ils ont partagées peut être un peu arbitrairement en graisses de sécrétion et graisses cellulaires, il faut remarquer, en effet, que cette division ne semble pas répondre parfaitement aux faits.

TABLEAU II

ÉLÉMENTS DOSÉS	VERNIX CASEOSA (Tout le corps, sauf paumes des mains et plantes des pieds) — NUMÉROS DES ANALYSES 1	2	3	4	5	6	7	8	Moyennes	UNNA ET GOLODETZ — Sekretfette — KOMEDONEN	FUTZSCHWEITZ	HANDSCHWEITZ	Zellenfette — OBERHAUT	HORNSCHICHT	NAGEL	Vernix caseosa	VERNIX CASEOSA (Paumes et plantes seules) — Moyennes	NUMÉROS DES ANALYSES 1	2	3
Point de Fusion.	41°	39°	48°	45°	45°	35°	44°	48°	43°	53°	36°,5	46°,5	48°,5	51°	38°	37°	46°	37°	51°	50°
Acides gras.	58,30	59,10	46,40	53,20	54,00	60,30	52,30	50,00	54,20	44,90	59,70	55,40	54,75	52,21	50,20	57,60	50,50	58,20	51,10	42,20
Cholestérine totale.	13,20	14,60	9,30	11,20	12,70	15,90	9,70	15,80	12,80	2,80	4,17	1,43	16,10	19,62	18,22	16,00	13,20	16,00	7,20	16,40
Glycérine.	0,80	1,10	0	1,20	0	1,60	0,90	0	0,70	—	—	—	—	—	—	0,70	—	0	traces	0
Oxy-cholestérine.	0	0	0	0	traces	0	0	0	—	oui	traces	lég. traces	0	0	traces	0	0	0	0	0
Iso-cholestérine.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Il paraît bien établi que la sécrétion du sébum, par exemple, provient de la fonte des cellules épithéliales (sécrétion holocrine) il semble donc que, fondamentalement, la graisse sébacée, tout comme la graisse épidermique, soit une graisse cellulaire.

Quoi qu'il en soit : Unna et Golodetz ont recherché et dosé les corps suivants :

a) Les acides gras : les auteurs allemands ont établi que toutes les graisses cutanées en contiennent sensiblement la même quantité.

b) L'étude des graisses neutres leur a montré que les graisses épidermiques en contenaient un pourcentage plus élevé que les graisses sébacées (comédon) et ici la graisse du vernix se rapproche nettement des graisses épidermiques.

c) La cholestérine est l'élément le plus important sur lequel Unna et Golodetz se sont appuyés pour classer le vernix caseosa comme graisse d'origine épidermique : comme les graisses épidermiques le vernix caseosa en contient, en effet, une quantité assez considérable ; les graisses sébacées renferment, au contraire, peu de cholestérine.

d) Enfin dans le vernix comme dans les graisses épidermiques Unna et Golodetz n'ont pas trouvé d'oxycholestérine : la présence de ce produit d'oxydation est constante dans les graisses sébacées (comédon).

*
* *

Comparons maintenant mes résultats avec ceux des auteurs allemands.

1° Le point de fusion de la graisse totale extraite à l'éther bouillant au soxhlet a été pris par la méthode du tube effilé. Le vernix palmo-plantaire fournit une graisse fondant un peu plus haut que celle du vernix total (46° contre 43°). Ces chiffres se rapprochent beaucoup de ceux obtenus dans les différentes graisses cutanées par Unna et Golodetz.

2° Les acides gras libres (oléique, palmitique, stéarique, etc.) sont en quantité équivalente dans les deux sortes de vernix et dans les graisses étudiées par Unna et Golodetz.

3° L'étude de la cholestérine a été faite avec un soin particulier en raison de son importance dans la question qui nous occupe. Nous avons pu le faire d'autant mieux que ce corps commence à être bien connu grâce, entre autres, aux travaux de Chauffard et de ses élèves Guy, Laroche et Grigaut. Sa méthode de dosage a été créée par l'un d'eux : son dosage dans les tissus et les humeurs de l'homme sain et dans les différents états pathologiques a été fait avec soin et patience ; les conclusions que ces auteurs ont déjà tirées de ces recherches ont une valeur considérable.

Dans les graisses cutanées la cholestérine a toujours été trouvée

mais en quantité variable ; parfois, à côté de la cholestérine libre ou éthérifiée on a décélé des corps voisins : des isomères comme l'isocholestérine, des produits de transformation comme l'oxycholestérine que l'on peut mettre en évidence par la réaction de Lifschütz.

Dans l'étude des graisses de sécrétion (comédon) Unna et Golodetz n'ont jamais trouvé plus de 4,17 pour 100 de cholestérine totale ; dans les graisses cellulaires, au contraire, la moyenne était de 18 pour 100.

Dans mes essais, j'en ai trouvé une quantité sensiblement équivalente dans le vernix total et dans le vernix palmo-plantaire : 13 pour 100 en moyenne ; ce résultat rapproche le vernix des graisses épidermiques de Unna et Golodetz.

4° J'ai recherché comme les auteurs allemands l'isocholestérine, comme eux je n'en ai décelé dans aucun échantillon.

5° Unna et Golodetz ont constamment trouvé de l'oxycholestérine dans leurs analyses de graisses de sécrétion (comédon) et parfois en assez grande quantité, ils ne l'ont trouvée qu'une seule fois à l'état de traces dans les graisses cellulaires. Pour moi, dans tous mes essais, je n'ai pu mettre en évidence l'oxycholestérine, et encore à l'état de traces, que dans un seul échantillon de vernix total. Sur ce point encore ces résultats concordent avec ceux des auteurs allemands.

6° Enfin, j'ai recherché dans tous les échantillons de vernix et dosé quand il a été nécessaire la glycérine. J'ai trouvé ce corps de façon irrégulière ; Unna et Golodetz l'ont noté une fois sur deux dans leurs analyses de vernix.

*
* *

Que conclure de ces résultats ? Comme je l'ai déjà exposé plus haut le problème est celui-ci : le vernix est-il une production normale, exclusivement épidermique comme le dit Unna ou bien est-il une production pathologique trahissant un état séborrhéique intra-utérin et dû pour une part à la sécrétion des glandes sébacées comme le veut Jacquet ?

Je reconnais tout de suite que la forte teneur en cholestérine du vernix semble donner raison à Unna : je rappelle que cet auteur trouve dans le vernix une moyenne de 16 pour 100 de cholestérine totale ; j'ai obtenu moi-même une moyenne de 13 pour 100 dans mes différents dosages.

Cette forte quantité de cholestérine rapproche nettement le vernix des graisses épidermiques de Unna (moyenne 18 pour 100) et l'éloigne au contraire des graisses de sécrétion (comédon, etc., moyenne 2,8 pour 100).

L'absence d'oxycholestérine, à la fois dans les graisses épidermiques et dans le vernix, sa présence au contraire dans les graisses de sécrétion (comédon) est moins probante. D'après Grigaut[1] « au sein même

(1) A. Grigaut, Le cycle de la cholestérinémie. *Thèse,* Paris, 1913, page 120.

des tissus la cholestérine subit déjà une certaine oxydation et on trouve dans l'organisme une petite proportion de ce que Lifschütz a appelé les oxycholestérines... ces produits qui prennent d'ailleurs naissance sous l'influence des moyens d'oxydation les plus variés (permanganate de potassium, ébullition prolongée avec solution alcoolique de potasse) se caractérisent par la réaction de Lifschütz (acide acétique et acide sulfurique) ».

Ainsi, il est établi que la cholestérine peut se transformer en oxycholestérine sous des influences diverses ; or Unna et Golodetz ont analysé des graisses de sécrétion de l'adulte comme les graisses du comédon qui sont soumises à des transformations chimiques, à coup sûr importantes, sous la double action de la vie des tissus et des bactéries. Il est légitime de penser que ces transformations ont abouti à une production d'oxycholestérine aux dépens d'une partie de la cholestérine. Si le vernix n'en contient pas, c'est peut-être seulement parce que c'est là un produit stérile ; mais rien ne s'oppose à ce que sous l'influence de l'air et des bactéries une partie de la cholestérine puisse se transformer en oxycholestérine.

Le tableau n° 1 montre une différence assez sensible entre le vernix total et le vernix palmo-plantaire, le second contient plus d'eau, moins de matières protéiques et de graisses, en un mot il est moins chargé en produits dissous ou solides que le vernix total. Cette constatation s'accorde avec la théorie de Jacquet : pour cet auteur, le vernix étant une production en partie sébacée il est logique que ce vernix soit plus aqueux, moins chargé en graisses et en matières protéiques quand on le recueille sur un épiderme ne contenant pas de glandes sébacées mais seules des glandes sudoripares.

La théorie de Unna, sur la formation épidermique du vernix, explique mal au contraire pourquoi le vernix palmo-plantaire est moins riche en graisses que le vernix total, les cellules de l'épiderme palmo-plantaire sont cependant semblables et aussi riches en graisses que les cellules épidermiques des autres territoires cutanés ?

Enfin, il faut attirer l'attention sur ce que Unna a trouvé une fois sur deux dans le vernix une certaine quantité de glycérine. Comme je l'ai dit plus haut, j'en ai trouvé moi-même d'une façon irrégulière dans différents échantillons. On peut tirer de là un argument en faveur de l'origine sébacée du vernix ; les graisses de sécrétion étant des graisses à glycérine qu'on peut opposer aux graisses à cholestérine des cellules épidermiques.

*
* *

Comme on le voit la discussion reste ouverte. Si la forte teneur du vernix en cholestérine peut faire croire à une origine épidermique comme le soutient Unna, la plus grande dilution du vernix recueilli

sur une région contenant exclusivement des glandes sudoripares, la présence de glycérine pourraient faire conclure avec Jacquet à l'action des glandes sébacées dans sa formation ; d'autre part, il est incontestable, mais je ne puis que l'indiquer ici, que l'opinion de Jacquet s'étaie de faits histologiques et cliniques de la plus grande valeur.

Souhaitons donc que les recherches se poursuivent non seulement sur le terrain chimique, comme l'ont fait si remarquablement Unna et Golodetz, mais aussi sur les terrains histologique et clinique que Jacquet et Rondeau ont déjà exploré avec patience et méthode ; je ne puis malheureusement annexer à ce travail d'ordre chimique une longue et intéressante lettre adressée par Unna à Jacquet car elle vise surtout l'histologie de la miliaire sébacée fœtale, mais elle me confirme dans l'opinion que cette étude serait des plus fructueuses.

Actinomycose.

Un cas d'actinomycose traité par un vaccin (A case of actinomycosis treated by a vaccine), par J. Collie. *British medical journal,* 10 mai 1913, p. 991.

Actinomycose du pli inguinal, vérifiée par la constatation du champignon pathogène, peu influencée par l'iodure de potassium (dose non indiquée); apparition d'abcès profonds dans la fosse iliaque correspondante et sur une côte; état général grave. Wright applique du vaccin spécifique (d'origine étrangère au malade): guérison rapide.

C. ne donne pas de détails sur le vaccin ni sur le mode d'emploi précis.

G. Petges.

Alopécie.

Alopécie congénitale, sclérodermie, infantilisme (Congenital alopecia, scleroderma, infantilism), par H. Fox. *New-York dermatological Society,* 22 octobre 1912. *Journal of cutaneous diseases,* février 1914, p. 103.

Russe de 40 ans, chauve : sourcils et cils dépilés ; poils des aisselles et du pubis rares et épars ; duvet des régions glabres disparu ; grandes plaques de sclérodermie des deux pieds et des chevilles depuis 10 ans; ulcérations sur les saillies osseuses ; pas de symptômes de maladie de Raynaud ; infantilisme avec poids d'enfant, voix féminine, testicules atrophiés ; réaction de Wassermann négative. L'examen stéréoradiographique montre une pituitaire petite ; la selle turcique est épaissie, en massue : les cellules sphénoïdales sont parfaitement transparentes.

G. Petges.

Angiokératome.

Angiokératome simulant le pied de Madura (Angiokeratoma simulando o pé do Madura), par Austregerilo. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 1er avril 1912, p. 65.

Laboureur nègre. Début de la maladie par le pied gauche, il y a 4 ans. Les deux pieds présentent à des degrés divers des tubérosités et des cratères communiquant entre eux et saignant très facilement. Aux mains, nodosités et callosités. La marche est difficile, des points crevés sort un liquide fétide et ichoreux, prurit, adénites inguinales. L'examen microscopique montre les lésions de l'angiokératome. Absence absolue de parasites. Ce serait suivant Rabello, le premier cas observé chez le nègre.

J. Méneau.

Barlow (Maladie de —).

Maladie de Barlow chez un enfant nourri au lait de vache pasteurisé (Barlow's disease in an infant fed on pasteurized cow's milk), par Ch.-A. Pfender. *Medical Record,* 9 avril 1913, p. 704.

Le scorbut est très rarement observé chez les enfants nourris au sein ; au

contraire, on en a signalé des cas déjà nombreux à la suite de l'allaitement par le lait stérilisé.

Expérimentalement, Peiper et Eichloff ont montré que des chiens nourris au lait stérilisé présentaient des lésions ostéopériostiques, contrairement à ceux qui étaient alimentés avec du lait cru. Frœlich de Christiana a montré aussi que les cobayes nourris avec de l'orge et du lait cru ne présentaient aucune lésion à l'autopsie, tandis que ceux qui étaient nourris avec de l'orge et du lait stérilisé, présentaient des lésions des gencives, les hémorragies et les lésions osseuses du scorbut.

P. a observé chez un nourrisson de cinq mois, soumis à l'allaitement artificiel par le lait pasteurisé, des symptômes graves de maladie de Barlow, guéris par une diététique différente, lait cru, bouillies farineuses, jus d'orange. G. PETGES.

Blastomycose.

Blastomycose, par RABELLO. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 1er avril 1912, p. 63.

Un syphilitique héréditaire âgé de 48 ans, avec Wassermann positif, présente une lésion, simulant à s'y méprendre, un syphilome bucco-labial hypertrophique diffus : trois injections de Salvarsan ne donnent aucun résultat. Mort par accès de suffocation. A l'autopsie, lésions tuberculoïdes des poumons, sans bacilles, nodules et granulations au larynx, au voile du palais et à la luette. Les coupes de la lèvre révèlent un cas typique de blastomycose. J. MÉNEAU.

Blastomycose, par TERRA. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 1er avril 1912, p. 64.

Un ingénieur, âgé de 50 ans, a l'habitude de mâcher des brindilles qu'il arrache aux arbrisseaux des routes. Les gencives, le palais, la luette et les piliers sont atteints d'ulcérations à bords irréguliers et à surface bourrée de petites saillies rouges, saignantes, d'aspect framboesiforme, adénite sous-maxillaire et cervicale étendue. Les frottis donnent les corpuscules, avec membrane de double contour et protoplasme finement granuleux. Micro-abcès intraépithéliaux dans la luette. — Un métis de 39 ans, ayant aussi l'habitude de chiquer des fragments de végétaux, présente des ulcérations granuleuses sur les gencives, la joue, la gorge, avec micro-abcès épithéliaux. Blastomycète dans le pus des adénites sous-maxillaires. La blastomycose est toujours fatale au Brésil, malgré le traitement. J. MÉNEAU.

Un cas de blastomycose, par TERRA. *Bulletin de la Société brésilienne de Dermatologie,* séance du 7 avril 1913, p. 32.

Il s'agit d'un cas à évolution rapide (7 mois) et dénouement fatal chez un laboureur de 23 ans. Début par l'aile gauche du nez et envahissement de la muqueuse buccale : sur plusieurs points de la face, nodules, ulcérations, croûtes, ganglions suppurés. Au microscope, blastomycètes à différentes phases d'évolution. L'autopsie révèle les lésions propres à la septicémie blastomycosique, l'appendice hypertrophié et ses parois infiltrées de nodosités (Vianna). J. MÉNEAU.

Botryomycose.

Botryomycose, par Rabello. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia*, séance du 28 juin 1912, p. 72.

Il s'agit d'un homme de 26 ans, non syphilitique, mais avec Wassermann positif. A la hauteur de la 5e côte, dans la ligne parasternale gauche, tumeur du volume d'une noisette, ayant commencé par un petit nodule verruqueux ; développé depuis 15 jours, peu consistante, pédiculée, à surface lobulée, couverte d'une croûte brunâtre et saignant dès qu'on arrache celle-ci. L'examen histologique a montré les formations angio-fibreuses connues et la culture, des staphylocoques purs. Werneck Marchado, pour éviter la confusion de la botryomycose avec le champignon de castration, propose la dénomination de granulome pédiculé. J. Méneau.

Bouba.

Deux cas de bouba (Casos de boubas), par Filho. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* 1er mars 1912.

Les deux malades étaient nègres brésiliens. Les lésions sont complètement identiques à celles du pian, qui prend au Brésil le nom de bouba. Les lésions primitives siégeaient au pied et sur la joue. Les efflorescences de l'éruption généralisée sont identiques à l'accident initial, et récidivent facilement. La couche cornée des régions palmaire et plantaire est épaissie, ce que Baermann croyait être spécial à la framboesia. Les frottis donnent constamment le treponéma pertenue. Le Wassermann est positif au moment des poussées. La médication de choix est le 606. La bouba diminue de plus en plus au Brésil. J. Méneau.

Un cas de bouba, par Teive. *Bulletin de la Société brésilienne de Dermatologie*. séance du 23 juin 1913, p. 42.

Le bouba, rare au Brésil, sévit plutôt à la campagne. T. en présente un cas chez un métis brésilien âgé de 14 ans. La maladie a débuté à la suite d'un traumatisme sur le pied gauche où se produisit aussitôt un nodule. Puis le visage fut envahi. Les nodules se couvrent de croûtes cachant une ulcération framboesioïde. Les lésions sont prurigineuses, mais non douloureuses. Les ganglions inguinocruraux sont très gros, mais indolents.

J. Méneau.

Un cas de bouba (Bouba), par Rabello. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 9 août 1912, p. 73.

Un nègre de 45 ans présente à la face, autour de la bouche et du nez, des tubercules humides, papillomateux, couverts de croûtes qui laissent voir une lésion framboesioïde. Muqueuses indemnes. La maladie a commencé par les pieds. Pas de syphilis, mais Wassermann positif, comme il est constant dans la bouba, dès que les lésions sont un peu généralisées. Treponema pertenue de Castellani sur les frottis. Amélioration dès la première injection intraveineuse de 0,40 de Salvarsan. J. Méneau.

Cancer.

Au sujet de l'épithéliome de la lèvre (Concerning epithelioma of the lips), par W.-A. Pusey. *Journal of cutaneous diseases,* février 1913, p. 73.

A propos d'une discussion soulevée dans une réunion précédente de

l'association américaine de dermatologie par une communication de Trimble, P. insiste dans une nouvelle séance sur les points suivants avec observations, photographies et examens histologiques à l'appui : l'ulcus rodens ou forme basocellulaire de l'épithéliome peut exister sur la muqueuse des lèvres et même à leur face interne ; les épithéliomes de la muqueuse des lèvres peuvent guérir par la radiothérapie et l'on proclame à tort « qu'il est criminel » de ne pas appeler le chirurgien contre eux ; les rayons X n'aggravent pas ces épithéliomes.

Pollitzer, Grindon, Nartzell, Zeisler, Mackee, approuvent ces conclusions ; Engman, Bulkley, Ormsby, font quelques réserves sur l'emploi des rayons X dans le cancer de la lèvre en tant que procédé habituel ; ils en font plutôt un procédé d'exception. G. PETGES.

Duhring (Maladie de —).

Un cas de maladie de Duhring (Molestia de Duhring), par TERRA. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* p. 60, séance du 1er mars 1912.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, à peau érythémateuse, dure, squameuse, La rétraction des tendons empêche les mouvements des membres. Les phanères sont respectés. L'éruption débute par des taches érythémateuses circulaires, sur lesquelles se forment des vésicules presque toujours abortives, mais formant parfois des bulles par confluence. En séchant, elles donnent lieu à des squames et des croûtes. Sensation de brûlure et cuisson. Nikolsky prononcé. Amélioration par le 606.

Lutz croit à une schyzotrypanose, ce qui expliquerait l'action favorable du Salvarsan. J. MÉNEAU.

Eczéma.

L'eczéma infantile (Infantile eczema), par B.-J. OCHS. *Medical Record,* 22 novembre 1913, p. 942.

Les causes alimentaires sont classiques dans l'étiologie de l'eczéma infantile. O. apporte une idée nouvelle tirée de ses observations : certains enfants ne vomissent pas, même s'ils sont trop ou mal nourris ; d'où toxémie produisant de la diarrhée chez les uns, de l'eczéma chez d'autres. Cette absence de vomissements est une cause fréquente d'eczéma infantile ; l'enfant qui vomit n'a pas d'eczéma. Aussi O. ne traite-t-il pas l'eczéma par des médications externes avant d'avoir éliminé les troubles gastriques il prescrit plutôt du calomel à petites doses répétées. G. PETGES.

Réflexions sur l'étiologie de l'eczéma (Speculations of to the causation of eczema), par J.-C. JOHNSTON. *Journal of cutaneous diseases,* janvier 1913, p. 3.

On peut attribuer par élimination l'eczéma à un trouble du métabolisme, qui ne dépend ni de l'anaphylaxie, ni d'une insuffisance de la synthèse de l'urée, mais d'une modification biochimique encore inconnue. Peut-être s'agit-il d'une destruction incomplète des albuminoïdes dépendant de troubles intestinaux ou du sang avant l'assimilation des composés azotés et des acides animés dans les tissus. G. PETGES.

L'origine externe de l'eczéma, et en particulier des eczémas professionnels, d'après l'étude de 4 142 cas (The external origin of eczema,

particularly the occupational eczemas, as based on a study of 4142 cases), par F.-C. Knowles. *Journal of cutaneous diseases,* janvier 1913, p. 11.

Après un résumé des hypothèses et des faits acquis sur les causes parasitaires de certains eczémas, énoncés aux conclusions du Congrès de Dermatologie de Paris en 1900, K. rappelle les causes connues des dermites artificielles médicamenteuses ou chimiques, des dermites des mains, et étudie les variétés d'eczéma observées chez les domestiques, les cultivateurs, les bûcherons, les photographes, les imprimeurs, les peintres, les ouvriers des manufactures, les blanchisseurs, les tisserands, les tanneurs, les tonneliers, les médecins, les pharmaciens, les chimistes et leurs aides, les ouvriers maniant le sucre, le chocolat, etc., etc. Intéressante revue groupant des faits connus mais disséminés au hasard des observations.

G. Petges.

Eczéma marginé.

Eczéma marginatum (Eczema marginado), par Teive. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 15 mars 1912, p. 62.

La lésion s'étend des aines et de la partie supérieure des cuisses, aux jambes, pieds et sur le front. La culture donne des colonies blanches douteuses de trychophyton prenant sur gélose une couleur pourpre.

J. Méneau.

Éruption artificielle.

Cas de dermatite provoquée (A case of dermatitis artefacta), par J.-C. Mackwood. *British medical journal,* 31 mai 1913, p. 1160.

Cas observé chez une domestique de 42 ans, qui à plusieurs reprises, de 1911 à 1913, a été traitée pour des poussées de bulles reposant sur des plaques érythémateuses, ne répondant pas à une lésion décrite; pas de stigmates d'hystérie.

La supercherie a été éventée par la forme linéaire et angulaire des plaques, par l'action des lésions récentes sur le papier de tournesol bleu, virant au rouge à leur contact.

Il s'agissait d'une éruption provoquée par la farine de moutarde, dans le but de bénéficier d'une assurance. G. Petges.

Dermatite aiguë du visage causée par une teinture capillaire (Acute facial dermatitis produced by a hair dye), par H.-C. Semon. *British medical journal,* 11 octobre 1913, p. 904.

Dermatite tinctoriale survenue chez une femme de 48 ans, sous la forme d'une érythème aigu pustuleux limité à la face et au cuir chevelu, avec œdème des paupières et des joues, accompagné de sensations pénibles de cuisson et de prurit; développé en 48 heures. La production de phénomènes analogues antérieurs est survenue à plusieurs reprises sans que l'attention ait été appelée vers l'usage d'une teinture, les cheveux blonds cendrés de la malade n'inspirant aucune méfiance. Les poussées étaient consécutives à l'application de deux produits : un premier contenant un sel d'argent, des traces d'acide pyrogallique et de pyrogallates, un second contenant une solution de sulfate de soude.

Traitement employé : lotions fréquentes avec une solution d'acétate d'alumine à 1 pour 100 et applications de pommade à l'oxyde de zinc. Antipyrine à l'intérieur. G. Petges.

Érythème noueux.

Valeur séméiologique de l'érythème noueux, par M. Aubert. *Presse médicale,* 27 août 1913, p. 707.

A. est partisan de la nature tuberculeuse de l'érythème noueux et conseille de traiter les malades atteints de cette affection comme des tuberculeux.

E. Vaucher.

Érythème noueux et septicémie à bacilles de Koch, par L. Landouzy. *La Presse médicale,* 19 novembre 1913, n° 94, p. 941.

Observation d'une malade atteinte d'érythème noueux. Pendant la phase aiguë l'ablation d'un nodule érythémateux fut faite. Le nodule fut examiné histologiquement et l'on constata des lésions inflammatoires banales aiguës sans aucune formation nodulaire, sans cellules épithélioïdes, ni cellules géantes. Dans la lumière d'un vaisseau on découvre un bacille de Koch typique.

L'inoculation au cobaye d'un fragment du nodule a montré, au point d'inoculation, un chancre qui fourmille des bacilles de Koch et des granulations et tubercules dans le foie, la rate, les poumons. E. Vaucher.

Favus.

Un cas de favus, par Rabello. *Bulletin de la Société brésilienne de Dermatologie,* séance du 7 avril 1913, p. 33.

Au Brésil, le favus ne s'observe que sur les immigrants.

J. Méneau.

Généralités.

Renseignements fournis par les urines dans le traitement de certaines maladies de la peau (Indications from the urine in the treatment of certain diseases of the skin), par L. Ducan Bulkley. *Medical Record,* 22 novembre 1913, p. 921.

Chapitre de pathologie générale groupant des faits connus.

G. Petges.

Sur la dégénération amyloïde de la peau (Ueber Amyloid degeneration der Haut), par C. Kreibich. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 385.

Sur des fragments de peau de vieillard, K. a vu principalement au voisinage des vaisseaux, de petites vacuoles remplies d'une substance qui présentait toutes les réactions et toutes les apparences d'une substance amyloïde. Il rappelle quelques recherches antérieures sur ce sujet (Schilder a signalé 7 fois des altérations amyloïdes cutanées sur 14 cas d'amyloïdose généralisée) et conclut que cette altération peut constituer une altération sénile du tégument. Ch. Audry.

Granulome tropical.

Granulome ulcéreux tropical, par Aragão et Vienna. *Bulletin de la société brésilienne de Dermatologie,* séance du 7 avril 1913, p. 34.

Il s'agit d'une métisse brésilienne âgée de 24 ans. Début il y a un an par des boutons près du vagin. La muqueuse vaginale, les lèvres, le clitoris, le périnée sont couverts d'ulcérations à bords nets, gonflés, fond un peu élevé,

granuleux, rouge foncé, saignant facilement. Douleur au toucher. Pas de démangeaisons. Sur frottis les auteurs ont décelé le parasite qu'ils ont dénommé kalymmatum bacterium granulomæ, après l'avoir rencontré 3 fois sur 5 malades ; il est pathogène vis-à-vis des animaux de laboratoire. Merveilleux résultats par les injections intraveineuses de tartre stibié (procédé des auteurs). J. Méneau.

Granulome ulcéreux tropical (Granuloma ulceroso tropical), par Rabello. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 1er mars 1912, p. 61.

H. 25 ans. Début il y a un an par une papule prurigineuse dans la région inguinale gauche, suivie bientôt d'une autre au gland près du frein. Ces petits éléments rouges ont pris une allure ulcéreuse et phagédénique ; leurs bords sont nets, leur fond granuleux et saignant facilement. Wassermann négatif. Pas de résultats avec le traitement spécifique ni les caustiques habituels. Dans les frottis, corpuscules ovales, libres, en amas ou inclus dans des macrophages. Il s'agirait d'un sporotrichum spécial. Les lésions sont constituées par un plasmome, comme dans le cas de Flu. J. Méneau.

Hyperidrose.

Hyperidrose guérie par la méthode des doses massives de rayons X (Hyperidrosis cured by the massive dose X-Ray method), par Mackee. *New-York dermatological Société,* 22 octobre 1912. *Journal of cutaneous diseases,* février 1914, p. 101.

Jeune fille de 18 ans atteinte d'hyperidrose des mains et d'épidermolyse bulleuse, déjà présentée 6 mois avant, à la même Société par Fordyce ; une application de 3 H, sur la paume gauche y fait cesser la transpiration qui persiste à droite. Pas d'atrophie cutanée consécutive. Dans une transpiration excessive il est nécessaire d'appliquer en tout 3 à 4 H, en plusieurs séances fractionnées à intervalle de 3 à 4 semaines. Cette méthode modifie la transpiration et l'odeur. G. Petges.

Langue.

Lésions de la muqueuse linguale et buccale dans l'anémie pernicieuse (Lingual and oral mucous membrane disturbances in pernicious anœmia), par F. Wise. *Journal of cutaneous diseases,* février 1914, p. 85.

Après rappel des faits connus sur les lésions du tube digestif dans l'anémie pernicieuse, W. cite l'observation d'un homme de 62 ans, présentant des signes d'anémie pernicieuse depuis 1 an 1/2 ; il existe des lésions buccales : glossite superficielle avec état lisse, localisée surtout à la région antérieure et sur les bords qui sont exulcérés. Parfois la langue paraît normale, parfois dépapillée, lisse, luisante, pâle ; elle se modifie d'un jour à l'autre. La muqueuse buccale, le pharynx, sont souvent rouges, congestionnés ; les lèvres sont sèches. Les symptômes subjectifs sont hors de proportions avec ces lésions. La variabilité des troubles sont très frappants et leur donnent une physionomie toute spéciale. G. Petges.

Larva migrans.

Un cas de larva migrans, par Rabello. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 1er avril 1912, p. 64.

Métis aide-maçon âgé de 20 ans, marchant souvent pieds-nus sur le sable.

La lésion date de 15 jours et forme un ruban rouge, prenant sur la plante du pied, se propageant par le 2e orteil sur le dos du pied et se terminant par un point plus rouge au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Démangeaisons intenses. J. Méneau.

Leishmania.

Leishmaniose de la bouche et du pharynx (?), par W. Machado. *Bulletin de la Société brésilienne de Dermatologie,* séance du 7 avril 1913, p. 34.

Femme de 60 ans, italienne. Début il y a 3 ans par un petit bouton sur le lobule du nez et d'autres sur la muqueuse nasale et le pharynx, nez gonflé, rouge foncé, luisant : ulcère de la lèvre supérieure, et de la muqueuse des lèvres et du palais, infiltration avec nombreuses saillies rose foncé ; adénie buccale, excroissances sur le pharynx, déglutition pénible, voix éteinte. Wassermann positif. Traitement spécifique inefficace. Pas de parasites de Wright. Guérison par les injections de tartre stibié. J. Méneau.

Leishmaniose de la muqueuse nasale (Leishmaniose da mucosa nasal), par Carneiro da Cunha. *Boletim da Sociedade brasileiro de Dermatologia,* séance du 28 juin 1912, p. 71.

A propos de ce malade, Terra fait remarquer que : 1° les lésions des muqueuses suivent presque toujours celles de la peau : 2° les ganglions, mêmes voisins, ne sont pas atteints, ce qui distingue la leishmaniose de la blastomycose des muqueuses ; 3° les parties molles sont détruites, mais les parties osseuses sont respectées ; 4° la maladie se rencontre surtout dans les agglomérations d'ouvriers de chemin de fer ; 5° les lésions cutanées sont le mieux amendées par les injections intra-veineuses de tartre stibié ; 6° la maladie a une durée très longue. J. Méneau.

Leishmaniose de la muqueuse rhino-bucco-pharyngée (Leishmaniose da mucosa buccal), par Rabello. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 1er avril 1912, p. 66.

Le malade, ouvrier aux chemins de fer, âgé de 33 ans, fut piqué au coude droit par un insecte. Un mois après, il ressentit de la difficulté à avaler. La gorge présente une ulcération granuleuse, rouge, à bords irréguliers. Lésions semblables au voile du palais, la luette et la muqueuse nasale. Ulcération granuleuse au coude. Leishmania tropica dans les frottis et sur une coupe d'un fragment de la luette. Suivant Lutz, on prenait autrefois pour du lupus, cas infiniment rare au Brésil, les cas que l'on reconnaît aujourd'hui être de la Leishmaniose. J. Méneau.

Leishmaniose cutanée et des muqueuses (Leishmaniose rhino-bucco, pharyngiana), par Terra. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia-* séance du 24 avril 1912, p. 67.

Lésions chez un métis de 25 ans, simulant la syphilis ou le lupus. La maladie dure depuis 5 ans et a résisté aux médicaments employés contre ces deux maladies. Les cartilages des ailes, la cloison du nez sont détruits, le nez rongé ; tout le plancher des fosses nasales, les piliers, la luette et la paroi du pharynx sont atteints, déformés, infiltrés de boutons séparés par des sillons profonds. Sur les lèvres, les parties exposées des membres, on voit des ulcérations ovales de grandeurs différentes, dont le fond est couvert

de petites granulations rouges, baigné par une sécrétion muco-purulente. Les ganglions sont indemnes, l'état général est bon. Leishmania dans le frottis d'un fragment de tissu du bord de l'ulcère des lèvres. J. Méneau.

Distribution géographique de la leishmaniose au Brésil, par Rabello. *Bulletin de la Société brésilienne de Dermatologie,* séance du 28 mai 1913, p. 40.

La maladie existe à Rio depuis au moins 5 ans. Elle existait déjà à Bahia sous la forme cutanée. Dans tout le Brésil, elle se présente avec les mêmes caractères : siège sur la muqueuse bucco-rhino-pharyngée, nodules suivis d'ulcères profonds mutilants, longue durée. Suivant Lutz, la maladie se répandrait. Vianna confirme cette opinion. Il l'a trouvée dans des départements du nord où elle n'avait pas encore été signalée. J. Méneau.

Lèpre.

Lèpre et nastine (Lepra e nastina), par Terra. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 31 mai 1912, p. 69.

Dans un cas de lèpre tuberculeuse datant de un an et déjà très étendue, T. a obtenu par l'emploi de la nastine, l'effacement de la plupart des lépromes, la diminution notable des bacilles de Hansen dans la sécrétion nasale et dans les tubercules. J. Méneau.

Un cas de lèpre de forme achromique, par Terra. *Bulletin de la Société brésilienne de Dermatologie,* séance du 7 mai 1913, p. 25.

Il s'agit d'une négresse de 13 ans, dont la maladie a débuté il y a 5 ans. Son père était le seul lépreux de la famille. Sur la pommette droite, les bras, les fesses, le sacrum, la jambe gauche, on voit des taches blanches sur lesquelles la sensibilité tactile est conservée, tandis que les sensibilités thermique et douloureuse sont diminuées. Le cas est intéressant à cause de la confusion possible avec le vitiligo (vitiligo grave des anciens). J. Méneau.

Intervention chirurgicale dans la lèpre, par Gomes. *Bulletin de la Société brésilienne de Dermatologie,* séance du 9 mai 1913, p. 37.

A propos d'une lépreuse de 15 ans, atteinte de suppurations intarissables, menacée de septicémie et amputée pour ce fait de la jambe droite et d'une lépreuse sexagénaire également amputée pour symptômes alarmants dûs aux lésions osseuses, G. montre le non-fondé de la crainte des chirurgiens que les phénomènes trophiques de la lèpre empêchent la cicatrisation.
J. Méneau.

Localisation de la lèpre à la muqueuse bucco-laryngo-pharyngée (Localisação da lepra na mucosa bucco-laryngo-pharingéa), par Gomes. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 27 août 1912, p. 75.

La mort a été occasionnée par l'œdème déterminé par les lépromes dans les cartilages cricoïdes. Les symptômes sont identiques à ceux du croup diphtéritique. J. Méneau.

Deux cas de lèpre (Two cases of leprosy), par Schamberg. *Philadelphia dermatological Society,* 28 décembre 1911. *Journal of cutaneous diseases,* janvier 1913, p. 36.

A propos de la présentation de deux lépreux russes de 36 et 55 ans,

atteints avant d'arriver en Amérique G.-H. Fox approuve la décision du département de New-York qui ne considère pas les lépreux comme une menace sérieuse pour la collectivité : bien qu'ils ne soient pas tracassés il n'en résulte aucun dommage, dit-il. G. PETGES.

La lèpre et le bistouri (Leprosy and the knife), par E.-S. GOODHUE. *Medical Record,* 19 juillet 1913, p. 111.

Relation brève de 6 000 interventions chirurgicales faites chez des lépreux.

Ces interventions sont basées sur l'idée suivante : la lèpre serait une maladie primitivement localisée ; elle peut être détruite à son origine par l'excision et la cautérisation ; la période préinfectieuse générale ou d'incubation ne dépasserait pas quelquefois cinq jours, mais peut durer quelques mois, des années, ou souvent la vie entière ; elle peut être arrêtée soit par la suite des défenses organophysiologiques, soit par l'ablation chirurgicale, soit par l'injection d'acide phénique au 1/20 ; la rhinite lépreuse serait plutôt secondaire que primitive.

L'infection générale et la dissémination du bacille dans l'organisme peut provenir de la prolifération spontanée des bacilles lépreux, ou être causée par des traumatismes, contusions, coupures, luxations, fractures, par des maladies intermittentes, par le surmenage, l'intempérance, la débauche, par la grossesse.

A l'appui de ces idées G. cite des observations dans lesquelles il pense avoir obtenu la guérison après traitement général par l'huile de chaulmoogra, l'arsenic, le fer, la quinine, la strychnine, les phosphates et les applications externes d'une pommade contenant de l'iode, de l'acide pyrogallique, de l'acide salicylique : la guérison complète serait survenue en cinq ans environ.

Ces observations ne forcent pas la conviction. G. PETGES.

Lichen spinulosus.

Lichen spinulosus, par RABELLO. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 2 octobre 1912, p. 76.

Un noir syphilitique secondaire présente en même temps du lichen spinulosus. Il est difficile de distinguer les manifestations cutanées de la syphilis d'avec celles du lichen. L'éruption se produit par de minuscules papules, généralisées et situées à l'ostium folliculaire. Les papules sont formées par le dépôt de cellules cornées en forme de fuseau profondément implanté et dépassant en partie le niveau du tégument. Au front et au cuir chevelu, les squames rappellent le pityriasis simplex. La coupe histologique montre l'hyperkératose. J. MÉNEAU.

Lupus érythémateux.

Lupus érythémateux (Lupus erythematoso), par RABELLO. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 15 mars 1912, p. 62.

La lésion est typique (face). Le sujet, brésilien, est atteint depuis 4 ans et n'en a actuellement que 16. La tuberculose cutanée est très rare au Brésil, et surtout le lupus érythémateux. J. MÉNEAU.

Résultat du traitement d'un cas de lupus érythémateux (Lupus

erythematosus showing effect of treatment). *New-York dermatological Society*, 22 octobre 1912. *Journal of cutaneous diseases*, février 1914, p. 100.

Malade de 38 ans atteint de lupus érythémateux depuis 7 ans, porteur de lésions particulières en cercle complet périmentonnier : présenté en raison de cet aspect anormal et du résultat excellent obtenu par la thérapeutique suivante : badigeonnages d'iode sur la région ; quinine à l'intérieur. G. PETGES.

Mélanodermie.

Mélanodermie en plaques (Melanodermia en placas diffusas), par TERRA. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia*, séance du 15 mars 1912, p. 63.

Deux cas survenus chez une femme de couleur et une négresse toutes deux jeunes, se rapprochant de ce qu'a décrit Darier sous le nom de lentiginose profuse.

Moncorvo croit à une tendance plus marquée à la mélanose cutanée chez les gens de couleur. J. MÉNEAU.

Mycoses.

Mycoses gommeuses à scopulariopsis Köningii, par L. JANNIN. *Arch. de Parasitologie*, t. XV, p. 478-489.

Ce champignon a été isolé d'une tumeur semi-fluctuante de la face dorsale du poignet ; la malade guérit par le traitement ioduré. J. fait une étude botanique complète de ce champignon.

L'examen microscopique du pus ne décéla pas la présence du champignon. Dans l'étable de la maison de la malade séjournait une vache présentant au niveau de la mamelle une lésion dont le pus contenait le même champignon. E. VAUCHER.

Sur une nouvelle mycose, provoquée par un champignon qui n'a pas encore été décrit, protéomyces infectans (publié en français), par MOSES et VIANNA. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia*, séance du 31 mai 1912, p. 70.

Un nègre de 18 ans est atteint de malaise général avec violents maux de tête et grande faiblesse. Sur le corps, nombreux petits abcès disséminés, durs, adhérents aux tissus sous-jacents, répandus surtout sur les membres, qui sont très enflés. Face et thorax se prennent ensuite. La température oscille entre 39 et 40°. Mort huit jours après l'entrée à l'hôpital. Le frottis du pus des abcès donne des bâtonnets de longueurs variables, se dichotomisant parfois, formés d'un protoplasme, parsemé de granulations de chromatine. C'est aux endroits où existe de la chromatine que le champignon se segmente. On trouve aussi des filaments mycéliens qui produisent des bourgeons arrondis, points de départ du nouveau mycélium qui se dichotomise ensuite. La division du champignon se fait d'abord à l'intérieur d'une membrane bien visible qui n'accompagne que plus tard la division, en permettant la séparation des segments. Inoculation positive aux lapins, rats. La culture du champignon sur agar-agar avec maltose de Sabouraud, donne un contour arrondi, une couleur havane clair et l'aspect d'une cervelle, s'élevant assez au-dessus du milieu. Plus tard, il se forme une zone

circulaire assez large où les creux alternent avec les saillies. Dans les cultures anciennes, un enduit blanc recouvre plus ou moins la périphérie d'abord, le centre ensuite. On observe dans les cultures la formation de mycélium né des spores qui deviennent piriformes et présentent des granulations de chromatine disséminée. Plus tard les filaments mycéliens se rompent et laissent apparaître les conidies, origine des mycélia. En 8 heures, une culture permet de voir l'esquisse de toute l'évolution et en 3 ou 4 jours des formes avancées de dégénérescence. Inoculation positive aux poules, rats, lapins, cobayes et sagouins, négative aux pigeons. Chez le rat inoculé, le germe isolé et cultivé a reproduit le germe du rat inoculé de pus humain. Les auteurs classent le champignon parmi les mucédinées hyalosporées. C'est un ascomycète voisin des genres mastégocladium, cephalosporium et verticillium, pour lequel ils proposent le nom de protéomyces infestans, en raison de ses formes rudimentaires de reproduction et de son intense action pathogène. J. Méneau.

Œdème.

Œdème angioneurotique (Angioneurotic edema), par S.-M. Lobsenz. *Medical Record,* 31 mai 1913, p. 975.

Cas de maladie de Quincke paraissant causé par une auto-intoxication gastro-intestinale, chez un homme sujet à des poussées d'urticaire. Cette observation est un argument en faveur des relations de l'urticaire et de la maladie de Quincke. G. Petges.

Pellagre.

La pellagre dans la Grande-Bretagne (Pellagra in Great Britain), par L.-W. Sambon. *British medical journal,* 9 août 1913, p. 297.

S. ajoute aux cas signalés dans ses trois précédents mémoires plusieurs observations nouvelles de pellagre, confondues avec le psoriasis, le lupus érythémateux, l'eczéma. Plusieurs ont été recueillies également dans les asiles d'aliénés. G. Petges.

Prurit.

Le prurit anal tenace (Pruritus ani pertinax), par W.-P. Cunninghan. *Medical Record,* 15 novembre 1913, p. 891.

Étude générale des causes les plus variées du prurit anal tenace et des traitements dirigés contre ce pénible symptôme : les faits et méthodes thérapeutiques déjà connus et disséminés dans les divers chapitres des traités sont clairement groupés en un chapitre intéressant de pathologie et thérapeutique. G. Petges.

Psoriasis.

Psoriasis et kératoses arsenicales (Psoriasis and arsenical keratoses), par Davis. *Philadelphia dermatological Society,* 28 décembre 1911. *Journal of cutaneous diseases,* janvier 1913, p. 40.

Un homme de 30 ans atteint de psoriasis prend des préparations arsenicales depuis dix ans; il présente des plaques de kératose arsenicale typiques sur la paume des mains et des pieds depuis cinq ans.

G. Petges.

Contribution à l'étude étiologique du psoriasis et ses conséquences thérapeutiques (Contribución al estudio etiológico del psoriasis y sus consecuencias terapéuticas), par Peyri. Tirage à part de la revue *Therapia*, Barcelone, 1913.

L'auteur considère d'après le système de Brocq le psoriasis comme une modalité générale de réaction cutanée, propre à l'individu ; la peau du psoriasique réagit toujours au psoriasis, avec les variations inhérentes à l'âge, quel que soit l'excitant. Il n'y a donc pas à chercher d'unité étiologique, mais simplement les modalités étiologiques de la réaction. P. ne nie pas la possibilité du parasitisme ; les agents découverts sont cependant multiples et il y a des psoriasis d'origine absolument non parasitaire. P. a trouvé une relation entre les types étiologiques et les variations locales. Il admet 3 types de Ps. comme Brocq admet 3 types d'eczéma. 1° le type neuropathique voisin du parapsoriasis lichénoïde et du lichen de Wilson. 2° le type gastro-entéropathique, voisin du parapsoriasis en plaques et des séborrhoïdes. 3° un type hypo-endocrinique qui est le plus commun et auquel il rapporte les cas sans cause interne bien définie. Chaque type a une thérapeutique locale et générale. Au 1er type, on opposera localement les goudrons, du genévrier au coaltar brut, les douches tièdes, à l'intérieur, les antinerveux et quelquefois, l'arsenic ; au 2e, le genévrier surtout associé aux kératolytiques, les eaux sulfureuses, la photo et la radiothérapie, le régime végétarien, les alcalins et parfois l'opothérapie ovarique et testiculaire ; au 3e, l'acide chrysophanique, la chrysarobine, l'opothérapie polyglandulaire, l'iodure contre les manifestations articulaires, les eaux chlorurées sulfureuses.

[A noter le peu d'importance accordée à l'arsenic et aux eaux arsenicales dont il n'est même pas fait mention (note du rapporteur).] J. Méneau.

Purpura.

Purpura mortel à la suite d'une scarlatine (Fatal purpura following scarlet fever), par I. Biernacki et A.-L. Dykes. *British medical journal*, 11 octobre 1913, p. 903.

On observe souvent à la suite de la scarlatine un purpura bénin des extrémités, mais plus rarement une forme grave avec éruption purpurique généralisée. L'observation de B. et D. signale un purpura grave, dont les manifestations cutanées ont pris un aspect inflammatoire avec tendance à la gangrène : la mort est survenue avant que les phénomènes gangreneux aient évolué. Il s'agissait d'un enfant de six ans atteint de scarlatine : le purpura apparut le 8e jour. G. Petges.

Sclérodermie.

Observation de maladie de Graves avec sclérodermie et réaction de Wassermann positive traitée par le Salvarsan (a case of Grave's disease with Scleroderma and a positive Wassermann reaction. treated with Salvarsan), par M. F.-L. Ziegel. *Medical Record*, 21 juin 1913, p. 1125.

Jeune femme de 28 ans, mariée depuis l'âge de 15 ans, ayant perdu un premier enfant de méningite, ayant fait une fausse couche à la 3e grossesse : présente un goitre volumineux avec exophtalmie, signes de Grœfe

et de Mœbius, tachycardie, sans tremblement ; plaques de sclérodermie ; réaction de Wassermann positive ; après 2 injections intramusculaires de 0 gr. 50 de Salvarsan en suspension huileuse, on vit le poids augmenter, le goitre s'atténuer, le nombre des pulsations diminuer, la sclérodermie s'améliorer ; plusieurs plaques ont disparu.

Le traitement n'a pu être poussé plus loin la malade ayant refusé de nouvelles injections de Salvarsan, trop douloureuses. G. PETGES.

Séborrhée.

La séborrhée de la lèvre inférieure et ses relations avec l'épithéliome (Seborrhœa of the lower lip and its relationship to epithelioma), par D.-W. MONTGOMERY. *Journal of cutaneous diseases,* février 1913, p. 82.

Il faut entendre ici le mot de séborrhée dans le sens de kératose précancéreuse, ainsi que la description et la photographie des lésions des lèvres et des joues l'indique. M. insiste sur l'urgence de traiter ces croûtes séborrhéiques le plus tôt possible par l'acide trichloracétique ou les rayons X, sous peine de les voir dégénérer en épithéliome.

G. PETGES.

Sporotrichose.

Un cas de sporotrichose, par RABELLO. *Bulletin de la Société brésilienne de Dermatologie,* séance du 9 mars 1913, p. 38.

La sporotrichose est rare à Rio. On n'y connaissait que quatre cas tous sous forme de lymphangite. R. publie un cas de sporotrichose nodulaire chez un brésilien de 21 ans. La solution de tartre stibié à 1/1 000 de sérum physiologique a donné des résultats surprenants. La maladie serait transmise par les rats. J. MÉNEAU.

Sporotrichose osseuse et sporotrichose pulmonaire simulant la tuberculose, par Ch. LAURENT. *La Presse medicale,* 1er octobre 1913, nº 80, p. 793.

Une malade de 67 ans présentait de nombreuses gommes sous-cutanées, et plusieurs lésions osseuses d'origine sporotrichosique. En outre l'auscultation révélait une pluie de râles humides aux deux sommets. Dans les crachats on ne trouva ni sporotricha, ni bacilles de Koch. Le traitement ioduré amena la guérison rapide des gommes, des lésions osseuses et la disparition des symptômes pulmonaires. E. VAUCHER.

Étude d'un sporotrichum provenant d'une sporotrichose d'un métacarpien, par A. SARTORY et A. ORLEANI. *Société de Biologie,* 1913, p. 1133.

Le malade était considéré comme atteint de spina ventosa. L'ensemencement du pus révéla le sporotrichum Beurmanni. E. VAUCHER.

Thérapeutique.

Sur la sérothérapie des dermatoses (Ueber Serumbehandlung von Haukrankheiten), par G. STUMPKE. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, nº 30, p. 1447.

S. a échoué dans le psoriasis, les seborrhoïdes eczématisantes, le prurigo, le pemphigus ; il a obtenu de bons résultats dans un cas de lichen plan, dans un cas d'herpes gestationis, dans 2 cas d'eczéma prurigineux, dans l'ur-

ticaire. Il rappelle et résume des recherches de Spiethoff sur l'action de la transfusion et conclut que la transfusion sanguine et l'injection de sérum pourront rendre des services à la thérapeutique dermatologique. Mais malgré son utilité, la difficulté et les inconvénients de la transfusion restent un obstacle à sa diffusion, ainsi que la préparation du sérum ; il faudra voir et attendre les résultats ultérieurs pour porter un jugement. Ch. Audry.

Traitement hydro-minéral des dermatoses squameuses (Tratamiento hidro-mineral de las dermatosis escamosas), par J. Peyri-Rocamora. *IX^e Congrès international d'hydrologie, climatologie et géologie*. Tirage à part, Barcelone, 1914.

Ce travail est surtout destiné à faire connaître les eaux minérales espagnoles. Le choix de la source dépend : 1° de la forme et des conditions locales de la dermatose ; 2° du pouvoir réactionnel de la peau. P. divise les dermatoses squameuses en deux grands groupes : les pityriasis et les psoriasis avec les états qui s'en rapprochent. Pour le pityriasis rubra de Hebra, le pityriasis rubra pilaire, l'A. recommande les eaux arsenicales de Carratraca, Cardó. Les pityriasis séborrhéiques seront envoyés aux eaux sulfureuses, sodiques, calciques ou chlorurées sodiques sulfureuses. Mais les eaux sulfureuses ne doivent être employées que localement ; administrées à l'intérieur, elles peuvent aggraver les pityriasis séborrhéiques. Les psorasis réagissent si diversement, les irritants qui peuvent les provoquer sont si nombreux qu'on ne saurait fixer un seul genre de source pour tous les psoriasiques. La forme neuropathique sera améliorée par les eaux arsenicales, mais le traitement hydrothermal ne peut être le complément du traitement pharmaceutique. Une cure thermale méthodique intermittente empêche les récidives. En Espagne, on traite surtout le psoriasis par les eaux sulfureuses : les sulfurées sodiques sont les plus vantées (Caddas de Cuntis, le Bohé, Lugo, Montemayor, Carbellino y Partovia, Cortegada, La Puda y Betelu). Puis viennent les sulfurées calciques [Ontaneda y Alceda, Trillo, Carratraca (arsénicale), Bañolas, Fuensanta de Gajangos y Gavisia]. Les chlorurées sodiques (Loujo, la Toja), ne conviennent qu'aux psoriasis non irritables. Les chlorurées sodiques sulfurées (Caldas de Reyes, Archena, Chiclana Pacuellos del Giloca (sulfatées magnésiennes) sont supérieures aux arsenicales dans le traitement des dermatoses squameuses. Archena est recommandé dans celui du psoriasis hypo-endocrinique, le plus commun. Ce qui concerne les eaux françaises n'apprend rien de nouveau. J. Méneau.

Les rayons X dans le traitement des affections palmaires (X Rays in treatment of diseases of the palms), par H. Davis. *British medical journal*, 17 mai 1913, p. 1053.

Observations de guérison de dermatoses palmaires par la radiothérapie : eczéma, psoriasis. Malheureusement le diagnostic différentiel n'est pas discuté, et manque de la vérification du microscope pour éliminer les épidermophyties. G. Petges.

La radium et la Roentgenthérapie contre le cancer (Radium and Rœntgentherapy in cancer), par J. Levin. *Medical Record*, 13 décembre 1913, p. 1065.

Étude sérieuse qui montre la valeur du radium et des rayons X contre le

cancer. Il ne s'agit pas là, dit L., de médications aussi spécifiques que la Salvarsanthérapie contre la syphilis, mais cependant d'agents thérapeutiques d'une haute utilité, méritant mieux que des critiques ou des louanges excessives. G. PETGES.

Communication sur le traitement des tumeurs malignes par le radium (A lecture on radium in the treatment of malignant disease), par R. KNOX. *British medical journal,* 7 juin 1913, p. 1996.

L'intervention chirurgicale demeure la méthode la plus indiquée dans les cancers récents. Le radium constitue une aide précieuse dans tous les cas, soit à titre prophylactique postopératoire, soit à défaut d'une intervention. Les rayons X conservent leurs indications dans certains cas. Dans les cas inopérables le radium peut rendre l'intervention possible; c'est en outre un palliatif utile.

Travail dont les conclusions paraissent sages et cliniques.

G. PETGES.

Nouveau mode d'application externe du radium, par L. VALLET. *Presse médicale,* 23 août 1913, n° 69, p. 697.

V. a fabriqué des pellicules radifères dont l'emploi demande a être prolongé mais qui sont peu coûteuses. Leur emploi doit être strictement limité aux affections de la peau. E. VAUCHER.

Le radium dans le traitement du cancer (Radium in the treatment of cancer), par W.-R. DIEFFENBACH. *Medical Record,* 13 décembre 1913, p. 1068.

D. montre tout ce que l'on peut attendre du radium dans le traitement des tumeurs malignes jugées inopérables, ou très avancées, par une judicieuse association de la radiumthérapie et de l'intervention chirurgicale; il cite plusieurs exemples favorables à cette méthode. G. PETGES.

Traitement combiné du carcinome de la peau par la neige carbonique et les rayons Röntgen (Ueber combinierte Behandlung von Hau-Karzinomen mit Kohlensaüregefrierung und Röntgestrahlen), par J. FABRY. *Archiv fur Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 389.

F. a traité heureusement 12 cas, en associant successivement la neige carbonique et les rayons X.

Il insiste sur la fréquence du carcinome de la peau (qui est l'ulcus rodens). Ch. AUDRY.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilis expérimentale.

Sur les rapports de la syphilis animale expérimentale avec celle de l'homme (Ueber die Beziehung der experimentell erzeugten Tiersyphilis zur menschlichen Lues), par A. Buschke. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, nº 37, p. 1783.

Mentschnikoff a rapporté l'observation d'un jeune préparateur et d'une vieille femme qui avaient présenté des chancres syphilitiques provenant d'inoculations faites avec des produits syphilitiques empruntés au singe, et chez lesquels la maladie parut limitée au chancre. Mentschnikoff en avait conclu à la possibilité d'une immunisation artificielle avec le virus du singe.

B. a observé un jeune préparateur qui eut un chancre du doigt consécutif à une piqûre avec une aiguille infectée avec un testicule syphilitique de lapin. Chez ce jeune homme, la syphilis évolua bel et bien, ce qui prouve que des passages multiples du virus syphilitique à travers le lapin, n'atténuent nullement sa virulence pour l'homme, et qu'il serait bien douteux d'y trouver un mode de vaccination. Ch. Audry.

Les corpuscules de Ross dans la syphilis et dans d'autres maladies (Die Rosschen Körperchen bei Syphilis und anderen Krankheiten), par Hassan Reschad. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, Bd 118, p. 578.

En recherchant les corps de Ross par le bleu de Unna selon la technique indiquée par Ross, l'auteur a vu que ces inclusions leucocytaires manquaient dans plus du tiers des cas de syphilis — qu'il s'agisse de syphilis primaire, secondaire, tertiaire ou héréditaire. — En revanche il en a trouvé dans le sang de malades atteints de leucémie aiguë (un cas), de chancre mou, de pemphigus, de dermatite herpétiforme de Duhring, d'érythème polymorphe, de scarlatine.

Ces corpuscules ne sont donc nullement caractéristiques de la syphilis, comme on l'a dit. A. Nanta.

Le lapin peut-il être inoculé directement par le sang des paralytiques généraux ?(Can rabbits be infected with Syphilis directly from the blood of general paretics ?) par Graves. *The Journal of the American med. Association,* 25 octobre 1913, p. 1504.

G. a réussi à inoculer la syphilis à des lapins en leur injectant du sang de paralytiques généraux (2 observations). Il pense que les expérimentations ultérieures permettront de constater un virus vivant dans le sang de tous les paralytiques généraux, de même que chez tout sujet porteur d'une syphilis à l'état latent. S. Fernet.

Sur la recherche des spirochètes du cerveau des paralytiques dans des expériences animales (Ueber den Nachweis der Spirochaeten des Paralytikergehirns im Tierexperiment), par H. Berger. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 35, p. 1721.

B. a enlevé par ponction des cylindres de lobes frontaux chez 20 paralytiques et les a injectés dans les testicules d'autant de lapins ; trois de ces derniers furent syphilisés, ce qui suffit à mettre en évidence le fait que les spirochètes du cerveau des paralytiques généraux sont vivants et virulents.

Ch. Audry.

L'inoculation au lapin des tréponèmes pâles du cerveau des paralytiques généraux (The transmission of Treponema Pallidum from the brains of Paretics to the Rabbits), par Hideyo Noguchi. *The Journal of the American medical Association*, 12 juillet 1913, p. 85.

Noguchi prouve expérimentalement qu'on peut provoquer des lésions syphilitiques typiques dans le testicule du lapin en lui inoculant une émulsion de cerveau de paralytiques généraux. La lésion se développe lentement : en 92 jours dans un cas, en 105 dans un autre.

La proportion des inoculations avec résultats positifs est très petite. Sur six cerveaux employés, un seul a produit les lésions caractéristiques.

Fernet.

Séro-réaction.

Syphilis congénitale et séro-diagnostic (Lues congenita und Serodiagnostick), par Ledermann. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 4, p. 176.

Il ne faut pas examiner la R. W. dans le sang d'enfants qui ont ou qui viennent d'avoir une maladie fébrile, car on peut alors avoir une réaction positive, transitoire, sans syphilis.

Sauf dans un seul cas, L. a toujours rencontré une R. W. positive chez les hérédo-syphilitiques, porteurs d'accidents. On sait que la R. W. peut être négative de suite après la naissance, et devenir ultérieurement positive. L. a vu une fillette dont la R. W. était négative à la naissance, négative encore au bout de 2 mois et demi, présenter des accidents spécifiques, une R. W. positive un mois plus tard. Dans un autre cas, la R. W. était négative après 3 mois, et positive, avec accidents, 2 mois plus tard.

En règle générale, les enfants de mères syphilitiques non traités, en période floride, même latente, présentent le plus souvent une R. W. +. ; mais cela n'est pas constant.

Dans un cas, L. a vu les 2 premiers enfants d'une mère syphilitique naître et rester sains, tandis que le troisième naquit infesté. Après la sixième année de la vie, les accidents hérédo-syphilitiques frappent habituellement les yeux ou les centres nerveux, si les sujets n'ont pas été traités auparavant. D'où l'importance considérable d'un diagnostic précoce, et l'importance du rôle de la R. W. qui permet seule souvent le diagnostic.

Ch. Audry.

Signification pratique de la réaction de Wassermann appréciée quantitativement dans le traitement de la syphilis (Die praktische

Bedeutung der quantitativen Wassermannschen Reaktion für die Behandlung der Syphilis), par F. Lesser. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1914, nº 2, p. 70.

Conclusion : Chaque fois que l'on veut s'attaquer à une R. W. positive seule, il faut avant la cure évaluer quantitativement la R. W., pour contrôler l'action de cette cure et dispenser le malade de cures inutiles. Les résultats pratiques de cette recherche corrigent toutes les prévisions. Le malade aime mieux multiplier les examens de sang que les traitements inutiles (L. insiste sur le fait que dans quelques cas la réaction de Wassermann n'offre qu'une résistance très faible à la thérapeutique, et même s'atténue ou disparaît spontanément pendant la première ou seconde année de l'infection). Ch. Audry.

Une réaction chimique quantitative pour le contrôle des résultats positifs du Wassermann (A quantitative chemical reaction for the control of positive Wassermann reaction), par Kaplan et Mc Clelland. *New-York Medical Journal,* 22 novembre 1913.

Les auteurs publient la statistique des réactions pratiquées par eux suivant la méthode de van Slyke (dosage des amines dans le sang). Les résultats obtenus leur permettent d'affirmer que cette réaction est susceptible de contrôler les résultats douteux du Wassermann, ainsi que les résultats positifs obtenus chez des sujets qui, cliniquement, paraissent être indemnes de syphilis. Cette vérification est pratiquée constamment à l'Institut neurologique de New-York. S. Fernet.

Réaction de Wassermann et lésions de l'aorte, par A. Gilbert et Louis Brin. *Paris médical,* 25 octobre 1913, nº 47, p. 461.

G. et B. citent leur statistique personnelle. Chez neuf malades atteints d'insuffisance aortique pure sans lésions appréciables de l'aorte elle-même, la réaction s'est montrée positive dans trois cas.

Chez quinze malades atteints d'aortite simple sans dilatation appréciable elle fut positive quatorze fois.

Enfin quatre anévrismes de l'aorte sur quatre avaient un Wassermann positif. E. Vaucher.

Utilisation dans la réaction de Wassermann des hématies du caillot, par R. Benard. *Société de Biologie,* 31 mai 1913, p. 1140.

B. utilise le sang d'un lapin vacciné contre les hématies humaines comme sensibilisatrice hémolytique, et comme globules, des globules contenus dans le caillot même du malade examiné. Ce caillot après séparation du sérum est agité vigoureusement dans de l'eau chlorurée à 8 pour 1 000; les globules rouges centrifugés et lavés deux fois servent à la réaction.

E. Vaucher.

Rôle de la cholestérine dans la réaction de Wassermann, par Louste et Montlaur. *Société médicale des hôpitaux de Paris,* 13 novembre 1913, nº 32, p. 467.

L. et M. ont étudié le rôle exercé par la cholestérine sur la réaction de Wassermann. En additionnant divers sérums de doses croissantes de cho-

lestérine, ils ont constaté que pour les doses de cholestérine voisines de 2 à 3 grammes par litre ces sérums étaient nettement influencés vers la positivité.

En injectant à des lapins de la cholestérine à doses massives, L. et M. ont constaté au début une modification sérologique telle que la lecture était impossible. Il faut attendre sept à huit jours sans nouvelle injection pour obtenir une réaction de Wassermann réalisable suivant la méthode courante ; cette réaction se montre positive. E. VAUCHER.

Thérapeutique.

Le traitement de la syphilis à l'hôpital naval royal de Chatham (The treatment of syphilis at the royal naval hospital, Chatam), par G. BODLEY-SCOTT. *British medical journal,* 22 novembre 1913, p. 1344.

Relation de 1 100 cas de syphilis traités en deux ans et demi avec 2 500 injections de Salvarsan ou de néosalvarsan sous le contrôle de 3 000 réactions de Wassermann.

Le traitement le plus précoce possible est le meilleur, et dans les cas traités S. a obtenu 100 pour 100 de réactions de Wassermann négatives un à deux ans après la cessation du traitement par deux à trois injections de 0 gr. 60 de Salvarsan ou de 0 gr. 60 et 0 gr. 75 de néosalvarsan, combinées à trois mois de cure par des frictions mercurielles ou des injections ou le traitement per os : ce traitement mercuriel est administré jusqu'à salivation, ce qui a une grande importance aux yeux de l'auteur. L'effet tonique du Salvarsan ferait tolérer des doses plus élevées de mercure que sa posologie habituelle ; naturellement les cures énergiques ne visent que des sujets sains et robustes.

Parmi les accidents graves observés S. cite un cas de mort après la deuxième injection par accumulation (?) arsénicale sans néphrite clinique ou histologique ; deux cas de crises épileptiques ; un cas d'aortite syphilitique aiguë avec dilatation du cœur arrêtée par un traitement mercuriel.

G. PETGES.

Le traitement de la syphilis dans ses premières périodes (The treatment of syphilis in its earlier stages), par T.-W. GIBBARD et L.-W. HARRISSON. *British medical journal,* 22 novembre 1913, p. 1341.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'un diagnostic précoce de la syphilis par les moyens les plus variés, clinique et laboratoire, puis d'adopter une ligne de conduite thérapeutique définie. Il préconise l'un des « schèmes » suivants de cure antisyphilitique : 1° une seule injection intramusculaire de Salvarsan ; 2° deux injections intraveineuses de 0 gr. 60 de Salvarsan à quinze jours d'intervalle ; 3° une injection intraveineuse de 0 gr. 60 de Salvarsan suivie à des intervalles de quatorze jours de trois injections intraveineuses de 0 gr. 30 de Salvarsan ; 4° trois injections intraveineuses de 0 gr. 60 de Salvarsan à quatorze jours d'intervalle, avec quatre injections hebdomadaires de calomel en un mois ; 5° une injection intraveineuse de 0 gr. 30 de Salvarsan suivie par 9 injections mercurielles et suivies d'une injection intraveineuse de Salvarsan ; 6° une injection intraveineuse de 0 gr. 60 de Salvarsan, neuf injections hebdomadaires d'huile grise et après une injection intraveineuse de Salvarsan ; 7° une injection intra-

veineuse de 0 gr. 60 de Salvarsan, cinq injections hebdomadaires d'huile grise, une seconde injection intraveineuse de 0 gr. 60 de Salvarson, cinq injections mercurielles, et enfin une injection intraveineuse de 0 gr. 60 de Salvarsan.

Avec l'usage de l'un de ces schèmes on peut traiter à peu près tous les cas ; ne pas négliger le traitement du chancre ; faire l'excision si c'est possible. Surveiller ensuite les malades, cliniquement et par la réaction de Wassermann. En l'absence de signes cliniques et sérologiques suspendre le traitement, et recommencer s'il se produit des modifications dans un sens positif. G. Petges.

Thérapeutique par les arsenicaux.

Le Galyl (composé arsenical antisyphilitique), par P. Troisfontaines (de Liège). *La Presse médicale*, 1er novembre 1913, nº 89, p. 887.

Le Galyl (composé arsenical découvert par Mouneyrat) été étudié par de Beurmann, Mouneyrat et Tanon, sous le nom de 1116, donne d'excellents résultats dans le traitement de la syphilis. On l'injecte à la dose de 0,20 à 0,55 centigrammes par injection. La dose totale utilisée pour chaque malade varie de 1 gramme à 1 gr. 90. Les injections peuvent se faire dans la veine ou intramusculaires en solution huileuse. Les résultats thérapeutiques sont très voisins de ceux obtenus avec les autres composés arsenicaux (Salvarsan et néosalvarsan) On obtient la même cicatrisation rapide des ulcérations, la disparition des roséoles et des éruptions secondaires de la peau et des muqueuses.

La réaction de Herxheimer se montre peu d'heures après la première injection dans la moitié des cas. E. Vaucher.

2 400 injections de néo-salvarsan à Rosario de Santa-Fé (République Argentine) [2400 injecciones de neo-salvarsán en el Rosario de Santa Fé (República Argentina)], par V. Magnani. Paris, 1914.

Cette brochure de 31 pages est surtout destinée à faire connaitre les bienfaits du néo-salvarsan aux praticiens. Les accidents du 914 ne sont imputables qu'aux défauts de technique et d'instrumentation ou à l'ignorance de l'opérateur. Aussi M. entre-t-il dans de grands et minutieux détails sur le mode de procéder, le choix de la veine, de l'aiguille, la technique de la ponction veineuse. Il emploie les solutions concentrées de Ravaut et se conforme aux prescriptions des auteurs français (Émery, Leredde, Milian). Il donne les excellents résultats qu'il a obtenus chez 5 femmes grosses. Non seulement le 914 a été bien supporté, mais il a évité l'avortement. Du reste, aucune lésion syphilitique ne résiste au néo-salvarsan bien employé à doses suffisantes. Les échecs sont dus à des diagnostics mal faits ou à des syphilis compliquées de tuberculose, cancer ou autres infections que la syphilis favorise. Le néo-salvarsan sert à juguler la maladie, mais quand elle n'est plus dangereuse, il faut employer le mercure pour prévenir les rechutes. Si de nouveaux accidents surviennent, on recommence le traitement par les deux remèdes employés de concert. Le mercure est beaucoup plus efficace après le 914 que seul. En un mot, « le néo-salvarsan guérit et fortifie, le mercure évite ». J. Méneau.

Commentaires sur notre troisième année de Salvarsan et ses déri-

vés (1913) (Apuntis de nuestro tercer año de Salvarsan y sus derivados, 1913), par J. Peyri Rocamora. Barcelone, 1914.

L'A. examine d'abord l'état actuel des cas traités antérieurement. Sur 271 malades traités en 1911, 6 ont été guéris par une seule injection de 0 gr. 60 de Salvarsan (4 intra-sous-musculaires, 2 intra-veineuses). L'injection intramusculaire ou sous-cutanée est très supérieure à l'endoveineuse, mais malheureusement plus douloureuse. L'A. recommande le traitement mixte. Sur 94 malades, 6 sont morts par transformation épithéliomateuse. 2 leucoplasies n'ont été que peu améliorées. 3 hérédos sont morts. Les myélites n'ont subi aucune modification. Un cas de syphilis cérébrale à été guéri. Les artérites syphilitiques sont peu modifiées, même avec l'adjonction du mercure au Salvarsan. Une seule syphilis pulmonaire sur 3 a été améliorée. Le Salvarsan augmente considérablement le nombre des cas d'abortion de la syphilis ou d'abréviation de la période constitutionnelle. Le Salvarsan doit faire partie du traitement abortif de toutes les syphilis primaires. Le traitement mixte a encore augmenté les bons résultats des affections cutanéo-muqueuses à récidives.

En 1913, l'auteur a traité 295 cas, soit 490 injections. Ils comprennent 161 chancres, 55 syphilides bucco-pharyngées récidivantes et 52 syphilis tertiaires, 10 syphilis latentes à Wassermann positif. La dose initiale est de 20 à 25 centigrammes de Salvarsan ou 25 à 30 de néo ; on continue avec 30 à 40, sans jamais dépasser cette dose. On répète les doses ; si l'on adjoint le mercure, il suffit d'une ou deux injections intercalées de mercure, en laissant un intervalle de 15 à 20 jours entre chaque injection. Si le Salvarsan est employé seul, il faut faire les injections tous les 25 ou 30 jours jusqu'à stérilisation. L'A. emploie le néo quand il ne pratique qu'une injection, et le Salvarsan quand il en fait plusieurs. Il emploie l'injection intramusculaire en cas d'endopathie manifeste, artério-sclérose généralisée ou localisée, lésions rénales. L'injection suivant la formule d'Isaak n'est pas plus douloureuse que celle de calomel.

Les accidents graves s'évitent avec le repos. Le malade ne doit pas marcher sitôt après l'injection faite. L'A. n'a eu qu'une mort à déplorer (laryngite 2e ulcéreuse) par intoxication bulbaire suite d'irritation réflexe partie du larynx. Dans les parasyphilis nerveuses, le Salvarsan peut au moins servir à empêcher les progrès du processus de dégénérescence. Le mercure ne doit être évité qu'en cas d'idiosyncrasie. Les deux médications doivent former la base de tous les cas récidivants ou de Wassermann persistant. Le Salvarsan balaie le gros des ordures, il faut nettoyer la maison si la poussière n'a pas eu le temps de se déposer (syphilis récente) mais s'il y a beaucoup de meubles et de petits coins (syphilis cutanéo-muqueuse, syphilis des reins, des os), pour les nettoyer il faut employer le plumeau, c'est-à-dire le mercure. J. Méneau.

Le traitement de la syphilis héréditaire par le Salvarsan (The treatment of congenital syphilis by Salvarsan), par J.-W. Simpson et L. Thatcher. *British medical journal,* 30 août 1913, p. 534.

On a conseillé deux modes d'application du Salvarsan au nouveau-né : la méthode indirecte, par l'injection du médicament à la mère, la méthode

directe par l'injection à l'enfant; la première a été étudiée par Fabre et Bourret, par Jeanselme.

S. considère la seconde comme supérieure : la dose utile est de 0 gr. 01 par kilogramme d'enfant; l'injection se fait par voie intraveineuse : au-dessous de 1 an et jusqu'à 3 ou 4 ans la veine de choix est la jugulaire externe; après 4 ou 5 ans les veines du bras sont accessibles; il faut les dénuder et les pincer pour pouvoir pratiquer l'injection.

L'injection intra-musculaire ou sous-cutanée qui provoque des abcès et des nécroses est à rejeter.

40 enfants hérédosyphilitiques ont été traités ainsi; 7 sont morts, 33 sont bien portants. Sur les 7 décès, 6 sont survenus avant 6 mois; l'un d'eux porteur d'une éruption pemphigoïde étendue est mort subitement 44 heures après l'injection; il présentait des gommes multiples de la rate et du foie; un autre mourut le 3e jour après l'injection; la mort peut avoir été provoquée par l'emploi d'une eau distillée non fraîche; un 3e atteint de lésions palmaires et plantaires étendues mourut le 5e jour après l'injection. Les autres sont morts plus longtemps après et indépendamment des effets immédiats du traitement.

L'âge des malades traités varie de 1 mois à 11 ans.

Les injections ont été justifiées par les symptômes suivants: éruptions maculeuses, maculopapuleuses, pustuleuses, coryza, épistaxis, enrouement, syphilis unguéale, lésions des épiphyses, hypertrophie du foie et de la rate, syphilis des synoviales, des yeux, gommes.

Dans un cas seulement on a observé des récidives et les autres enfants ont paru guéris; le traitement mercuriel a été continué après le Salvarsan. Il semble qu'il soit nécessaire de conjuguer les deux médicaments.

G. Petges.

Le 606 ne stérilise pas la syphilis, par A. Levy-Bing. *Annales des maladies vénériennes,* septembre 1913, p. 657.

Nombreuses observations de malades traités par le 606, à hautes doses, à la période du chancre et chez lesquels les accidents secondaires apparurent néanmoins peu de temps après; plusieurs de ces malades étaient porteurs de chancres tout à fait au début et la réaction de Wassermann était encore négative. L'auteur discute la question de la valeur de la négativité d'une réaction de Wassermann après le traitement; on voit dans certains cas les accidents secondaires faire leur apparition en pleine période négative.

E. Vaucher.

Des localisations de l'arsenic dans les viscères après injections du 606, par Jeanselme, Vernes, Raoul Bertrand et Marcel Bloch. *La Presse médicale,* 22 octobre 1913, n° 86, p. 857.

Aucun organe n'est dépourvu normalement d'arsenic. D'après G. Bertrand, les muscles, le foie, les testicules de divers animaux en contiennent.

En cas d'empoisonnement par l'arsenic, l'organe dans lequel le poison se localise de préférence, varie suivant que la survie du sujet a été plus ou moins longue.

J., V., B. et Bl. ont eu l'occasion de rechercher l'arsenic dans les organes de quelques sujets, traités par le 606, ayant succombé à des affections

intercurrentes. Ils publient les résultats de leurs analyses. Ces analyses démontrent qu'à la suite d'injections de Salvarsan, la quantité d'arsenic accumulée dans les viscères est infime par rapport à la quantité introduite dans l'organisme.

En comparant leurs résultats à ceux publiés par d'autres, les auteurs concluent que le poison se fixe au hasard tantôt dans un viscère, tantôt dans un autre et que l'on ignore totalement quel est le déterminisme qui préside à sa localisation. Il semble néanmoins que certaines lésions préalables du rein peuvent favoriser l'accumulation de l'arsenic à son niveau.

E. VAUCHER.

L'emploi des injections intramusculaires de Salvarsan, par BERTARELLI. *Annales des maladies vénériennes,* août 1913, n° 8, p. 602.

B. estime que dans la majorité des cas il faut recourir à l'injection intramusculaire de Salvarsan. Il se sert de la formule suivante :

Salvarsan 0,20 à 0,30. Glaïacol 0,20. Glycérine bidistillée à 20 pour 100, 2 centimètres cubes.

On pratique l'injection à la fois à droite et à gauche pour un total de 40 à 60 centigrammes de Salvarsan. Après douze ou quinze jours on refait deux autres injections de 20 à 50 centigrammes chacune.

La douleur est supportable et les résultats sont identiques à ceux obtenus par injections intraveineuses. Cette méthode ne comporte aucun danger.

E. VAUCHER.

Essais de traitement de la paralysie générale par application du néosalvarsan dans le canal rachidien, par A. MARIE (de Villejuif) et C. LEVADITI. *Société médicale des hôpitaux de Paris,* 4 décembre 1913, n° 35, p. 675.

M. et L. ont traité 14 paralytiques généraux par l'injection intrarachidienne de 0,01 à 0,06 centigrammes de Néosalvarsan dissous dans le liquide céphalo-rachidien. Quatre malades reçurent en 3 injections un peu plus de 0,06 grammes ; les injections étaient faites à 7 jours d'intervalle. Neuf malades reçurent une seule injection de 0,02 grammes et cinq seulement, 0,01 gramme, les injections n'ont pas provoqué d'accident fâcheux, mais n'ont pas paru exercer une influence nettement favorable sur l'évolution des signes physiques de la maladie. Certains malades agités se calment cependant après le médicament.

E. VAUCHER.

Les injections intrarachidiennes de néosalvarsan dans le traitement de la syphilis nerveuse, par P. RAVAUT. *Société médicale des hôpitaux de Paris,* 11 décembre 1913, n° 36, p. 752.

R. a traité par cette méthode neuf malades. Il a recours à une solution hypertonique de 0,60 centigrammes dans 10 centimètres cubes d'eau distillée. On injecte 1 à 4 gouttes de cette solution ce qui fait 0,003 à 0,012 milligrammes de néosalvarsan. La dose optima est de six milligrammes par injection. On fait l'injection avec une seringue spéciale graduée en gouttes d'eau après mélange dans la seringue avec le liquide céphalo-rachidien. Tout de suite après l'injection on couche le malade la tête basse et le siège élevé. Les injections sont répétées par séries de 6 tous les huit jours. Elles ont été bien tolérées et ne provoquaient pas de réaction immédiate.

Les mêmes malades furent traités en même temps par la voie veineuse.

Dans deux cas de méningite syphilitique de la période secondaire, dans deux cas de tabes et dans un cas de paralysie générale récente, le résultat fut très bon ; il fut moins bon et incertain dans un cas de méningite chronique, un cas de myélite transverse et deux cas de paralysie générale.

L'amélioration clinique a toujours coïncidé avec la diminution des réactions du liquide céphalo-rachidien.

Il n'y a eu aucun accident à signaler ; quelques sujets ont présenté à la fin du traitement un peu de difficulté à uriner sans qu'il ait jamais été nécessaire de les sonder. E. VAUCHER.

Réactions humorales dans le tabes et la paralysie générale. Injections sous-arachnoïdiennes de néosalvarsan, par JEANSELME, VERNES et MARCEL BLOCH. *Société médicale des hôpitaux de Paris,* décembre 1913, n° 37, p. 48.

Les auteurs signalent la constance et l'intensité de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalorachidien et le sang des paralytiques généraux. Chez les tabétiques la réaction est souvent négative dans le sang, mais elle est toujours positive dans le liquide céphalorachidien. Les auteurs ont injecté en même temps du néosalvarsan par voie veineuse et par voie intrarachidienne. A huit jours d'intervalle les malades reçoivent les doses de 0,00025 centimilligrammes, puis 1, 2, 3, 4 et 5 milligrammes. A ces doses les injections sont fort bien tolérées, sans réactions méningées : le taux de leucocytes et d'albumine du liquide céphalorachidien diminue souvent rapidement. E. VAUCHER.

Crâniocentèse et injections sous-arachnoïdiennes cérébrales, par SICARD et LEBLANC. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 25 décembre 1913, n° 38, p. 861.

Chez un malade atteint de paralysie générale S. et L. ont fait pratiquer deux petits orifices de trépanation dans la région frontale des deux côtés de la ligne médiane. Du 10 novembre au 18 décembre le malade reçut alternativement dans la région frontale droite et gauche cinq injections à cinq jours d'intervalle dont deux de cyanure de mercure dissous dans 5 centimètres cubes d'eau chlorurée à 5 pour 1000 et trois de néosalvarsan à 3 milligrammes dissous dans la même quantité d'eau chlorurée. Les tentatives ont été parfaitement supportées sans le moindre incident. Le sujet semble avoir été amélioré. E. VAUCHER.

Sur la guérison des accidents tabétiques par l'arsenic et par les préparations bactériennes (Ueber Heilung tabischen Erscheinungen durch Arsen und durch Bakterienpräparate), par DÖLLKEN. *Berliner Klinische Wochenschrift,* 1913, n° 21, p. 962.

D. a traité une centaine de tabétiques par le Salvarsan ; il a généralement obtenu des améliorations de l'état général et des phénomènes douloureux, améliorations qui n'ont pas toujours été persistantes. Il n'a jamais obtenu de guérison. En général quand la R. W. disparaît ce n'est que temporairement. D. cite l'histoire d'un tabétique qui reçut en un an 25 grammes (il y a 25 grammes dans le texte) de Salvarsan en 1 an, sans autre résultat que l'amélioration des douleurs. La R. W. était encore positive.

L'adjonction de Hg à la cure par le Salvarsan ne modifie pas les résultats.

Les résultats obtenus par l'énésol, et aussi par plusieurs préparations bactériennes (vaccin pyocyanique, staphylococcique, etc.) se sont habituellement rapprochés des précédents. Ch. Audry.

Traitement du tabes, particulièrement de ses formes frustes... (Die Behandlung der Tabes, speziell über rüdimentaren Forms, und den Beziehungen zu psychopatischen Störungen), par Nochte. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* nº 21, 1913, p. 999.

(Je ne relève dans cet article que ce qui intéresse les *Annales.*)

D'après 18 cas personnels, M. conclut qu'on ne possède pas de traitement spécifique du tabes. Le mercure et le Salvarsan peuvent avoir une influence heureuse en tant que roboratifs ; mais il ne faut les employer qu'à petites doses. Les cures spécifiques antérieures n'empêchent pas la production du tabes et il n'est pas prouvé qu'appliquées à une période précoce de cette maladie, elles puissent apporter un sens heureux à son évolution.

(A noter que sur les 18 cas de N., 10 étaient compliqués de psychopathies.)

Ch. Audry.

Traitement de la paralysie générale par le Salvarsan (Zur Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse), par Raecke. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, nº 28, p. 1349.

R. qui a traité par le salvarsan 65 paralytiques généraux conclut que jamais le médicament n'agit défavorablement ; au contraire, il augmente le nombre et la durée des rémissions et prolonge la vie.

Mais on ne peut savoir encore si toutes ces améliorations sont bien dues au salvarsan. Mais la gravité du pronostic est telle qu'il faut administrer un traitement systématique par le salvarsan aux paralytiques généraux.

Ch. Audry.

Accidents neuro-méningés graves et tardifs chez une syphilitique secondaire, traitée par le mercure et le néosalvarsan, par Vedel, Roger et Baumel. *La Province médicale,* 22 novembre 1913.

Une jeune femme atteinte de syphilis secondaire grave, rebelle au traitement mercuriel intensif, fut traitée par le néosalvarsan ; les accidents cutanés et nerveux retrocédèrent.

Trois mois après, malgré une nouvelle cure mercurielle, elle fut atteinte d'accidents nerveux graves, caractérisés par des alternatives de dépression et d'agitation, des contractures, du Kernig. La ponction lombaire ramena un liquide hypertendu hyperalbumineux contenant 58 leucocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte. Quelques jours après, le tableau méningé s'aggravait, une pneumonie de la base gauche apparaissait et la malade mourut.

Les auteurs se demandent quelle est la nature de ces accidents et quel rôle il faut faire jouer au néosalvarsan dans leur production.

E. Vaucher.

Sur un cas de paralysie de Landry déterminé par une intoxication par le Salvarsan, par R. Fleishmann. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,* 1913, Band XIV, Heft 1, p. 125.

Un malade de 35 ans, bien portant, contracte la syphilis et reçoit deux

injections de 0 gr. 50 de Salvarsan. Après la première il éprouve de la céphalée et des frissons ; après la seconde il a de la diarrhée pendant quelques jours. Quinze jours après cette seconde injection apparaissent des phénomènes paralytiques aigus revêtant l'aspect d'un syndrome de Landry et amenant la mort.

L'autopsie révèle uniquement de la dégénérescence parenchymateuse des cellules ganglionnaires des cornes antérieures et des colonnes de Clark.

Les quatre réactions : Wassermann du sang et du liquide céphalorachidien, albuminose et lymphocytose du liquide céphalorachidien étaient négatives.

L'auteur discute longuement la pathogénie de ce cas. Se basant sur l'histoire clinique, la négativité des quatre réactions, les résultats de l'autopsie, il élimine l'hypothèse d'un syndrome de Landry causé par la syphilis et admet l'existence d'une intoxication aiguë des centres nerveux par le Salvarsan. E. Vaucher.

Sur l'augmentation de pression cérébrale dans la syphilis après le Salvarsan (Ueber die Hirndruckerrhöhung bei Syphilis nach Salvarsan), par Spiethoff. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 22, p. 1192.

Même avant la période secondaire de la syphilis, et avant l'administration du Salvarsan, on peut observer de l'augmentation de la pression céphalo-rachidienne chez les sujets traités par le Salvarsan, comme l'a vu Ravaut dans la syphilis secondaire ; de même à la période tertiaire où cette influence est encore plus apparente.

Ravaut attribue cette action et aussi d'autres modifications du liquide à l'action du Salvarsan en se basant sur le fait que ces altérations sont plus fréquentes après le traitement par le Salvarsan qu'auparavant. Mais tandis que Ravaut y voit l'expression d'un processus anatomique inflammatoire, d'autres, comme Dreyfus, y trouvent l'expression d'une modification locale, d'une transformation de terrain. S. combat lui aussi cette dernière hypothèse. En effet, si elle était exacte, on ne comprendrait pas pourquoi il en serait de même aux stades tardifs et aux stades précoces. On ne comprend pas non plus comment cette augmentation de pression diminuerait graduellement avec le temps. Or, il est certain qu'au bout de plusieurs mois, un bon traitement spécifique fait disparaître ou diminuer cette augmentation de pression. Il ne faut donc pas attribuer à une manifestation du liquide seul cette anomalie, sans accepter fermement pour cela l'opinion de Ravaut en ce qui touche l'action du Salvarsan sur la production de lésions locales. En effet, le Salvarsan en mettant en liberté les toxines peut aussi engendrer des hypertensions capables de retentir sur la pression céphalo-rachidienne.

En fait, chez quelques sujets non syphilitiques traités par le Salvarsan, S. n'a pas observé cette hypertension rachidienne, ce qui indique bien qu'elle serait en rapport avec l'action spécifique du Salvarsan.

Quant aux relations qui peuvent exister entre la pléocytose et l'albuminose, elles ne sont pas encore déterminées.

S. n'a pas l'intention de combattre le Salvarsan ; mais, dit-il, « le Salvarsan n'est pas de l'eau », et il faut en étudier soigneusement les parergies, ce qui sera l'œuvre du temps. Ch. Audry.

REVUE DES LIVRES

Comment le praticien doit-il envisager le traitement de la syphilis par le Salvarsan ? (Wie soll sich der praktische Arzt zur Salvarsan-Therapie des Syphilis verhalten), par J. JADASSOHN. *Jareskurse für Artzliche Fortbildung*, 1912.

J. commence par dire que tout porte à montrer dans le Salvarsan un médicament particulièrement précieux de la syphilis, mais que naturellement on ne peut encore rien *affirmer*. Au point de vue technique il n'admet que l'injection intra-veineuse. En ce qui touche la dose, il recommande plutôt les doses faibles, croissantes et répétées. Il faut d'abord arriver à supprimer toutes les manifestations, y compris la R. W. Une fois celle-ci disparue, il faut continuer à surveiller le malade : par exemple au bout de peu de mois, faire une injection de 0,30 environ, et vérifier si, ensuite, la R. W. est négative. Si cette dernière reste négative, continuer de la sorte tous les 5-6 mois, de manière à réaliser en même temps une sorte de cure intermittente et chronique. Bien entendu, une récidive de la R. W. indique une cure complète et énergique.

Il faut donc toujours poursuivre la disparition de la R. W. Mais à une période tardive de la syphilis, cette R. W. peut présenter une résistance absolue au traitement ; il est, en ce cas, inutile de s'acharner à sa disparition ; cette persistance ne paraît pas avoir une signification très grave, et il faut seulement y trouver une indication de traitement préventif.

D'une manière générale, il faut encore admettre qu'il est prudent d'associer le mercure au Salvarsan, et particulièrement en injection insolubles. Ce n'est toutefois que dans la syphilis congénitale que, par principe, J. fait précéder la cure de Salvarsan de la cure mercurielle. En d'autres cas, il les fait parallèles, ou Hg après As. Toutefois le praticien ne doit pas ignorer les inconvénients possibles du Salvarsan : d'abord les morts rapides par encéphalites toxiques : mais celles-ci sont bien peu nombreuses eu égard au nombre des malades traités, et l'influence nocive de Hg sur le rein est de son côté un danger qu'on oublie trop ! La plupart des autres parergies n'ont pas une très grande importance, et quant aux neuro-récidives, on les évite en prolongeant et en intensifiant le traitement arsenical, ou en le combinant avec Hg.

Maintenant, y a-t-il des indications vraiment impérieuses du Salvarsan, pour le praticien ?

Oui : ce sont : 1° D'abord les cas où Hg n'est pas toléré, ou n'agit pas bien (leucoplasie, lésions de la langue, syphilis palmaire et plantaire, nombre de syphilis viscérale, etc.).

2° La syphilis maligne, celle des femmes enceintes, la syphilis héréditaire tardive, le tabes et la paralysie générale au début.

3° La syphilis au début, pendant le chancre (autant que possible, continuer avec Hg).

Les contre-indications sont l'intolérance, les cardiopathies, les cachexies, etc., etc.

Ch. AUDRY.

La réaction de Wassermann, principalement au point de vue clinique (Die Wassermann — Reaktion mit besonderer Berucksichtigung ihrer klinischen verwertbarkeit), par H. Boas. Deuxième édition allemande, Berlin, 1914 (Karger).

A mon sens, et pour le moment, le meilleur livre d'ensemble sur le sujet, envisagé au point de vue pratique. Je ne peux que conseiller au lecteur de s'y reporter. Toutefois, j'y relève pour les abonnés des Annales quelques indications d'ensemble qui s'y trouvent rassemblées, et qui peuvent être utiles.

Sur un total de 1137 porteurs de chancre, la R.-W. a été positive 723 fois. La R.-W. apparaît à des époques très variables ; parfois positive 4 semaines après le coït infectant, elle se manifeste aussi d'autres fois bien plus tardivement. Toutefois, on peut admettre qu'elle précède de peu l'apparition de l'exanthème. En moyenne, on peut fixer à la sixième semaine après la contamination l'époque où apparaît la R. W. B., sur 6 cas, n'a pas constaté la R. W. dans le liquide céphalo-rachidien de porteurs de chancres (mais elle peut exister. N. du T.).

Au cours de la syphilis secondaire, la R. W. est presque constante, si la syphilis n'a jamais été traitée : les statistiques donnent un pourcentage variant entre 80 et 100 pour 100 ; elle était de 100 pour 100 dans les 437 cas de B. même ; mais s'il s'agit de récidives, elle est moins constante : elle manquait 18 fois sur 340 malades qui tous, d'ailleurs, avaient subi un traitement spécifique. La réaction est aussi plus forte chez les syphilitiques non traités. B. admet aussi que la R. W. est très exceptionnelle dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques secondaires dont le névraxe est normal.

En cas de syphilis tertiaire non traitée, la R. W. est presque aussi fréquente que pendant la période secondaire. Sur 67 malades présentant des altérations cutanées tertiaires, trois seulement ne réagirent pas d'une manière générale ; il est difficile de diagnostiquer la syphilis chez un individu qui n'a jamais été traité et dont la R. W. est négative.

Dans la syphilis latente, B. a trouvé 143 R. W. positives sur 363 malades observés pendant les 3 premières années. Après ce délai, la proportion tombe à 87 positives sur 185 cas. 97 malades bien traités présentaient encore 21 fois la R. W.

Une réaction négative à cette époque n'a plus aucune valeur. Un malade de B. présentait une R. W. négative 13 ans après son chancre ; un an plus tard, R. W. positive et hémiplégie syphilitique.

Dans le tabes, la R. W. est presque toujours positive (toujours dans les 23 cas de B.) s'il s'agit de malades non traités ; elle manque au contraire souvent, si les malades ont été traités.

Dans le liquide céphalo-rachidien, la réaction est un peu moins souvent positive que dans le sérum.

Sur 320 paralytiques généraux examinés par Plont dans le service de Krappelin, 2 seulement présentèrent une R. W. négative. Elle était positive aussi dans 95 pour 100 des liquides céphalo-rachidiens examinés.

Dans la syphilis congénitale la R. W. est constante et particulièrement intense. Chez les mères, en apparence saines, mais ayant enfanté des produits syphilitiques, la R. W. est constante.

L'influence du traitement mercuriel sur la disparition ou l'affaiblissement

de la R. W. est à peu près constante, mais beaucoup moins durable si le mercure est employé seul, que s'il est associé au Salvarsan. L'action de celui-ci est généralement très supérieure surtout s'il s'agit de syphilis récente.

Au total, la R. W. positive est toujours un symptôme de syphilis; pendant les premières années, elle annonce ou accompagne presque toujours une récidive; plus tard, elle dénonce souvent une lésion dissimulée ou imminente; son absence n'a aucune signification, à aucune époque, surtout pendant la période précoce; et si une R. W. positive fournit des indications thérapeutiques, une R. W. négative n'en donne souvent à peu près aucune.

Ch. Audry.

Manuel des maladies cutanées et vénériennes pour les étudiants et les praticiens (Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Arzte), par W. Scholtz, Leipzig, 1913, t. I.

Manuel élémentaire contenant un certain nombre de bonnes figures.

L'exposé est clair et agréable. L'ouvrage pourra assurément être utile au public auquel il s'adresse.

Je n'y ai pas aperçu d'idées ou de méthodes qui parussent se distinguer particulièrement des habituelles.

En somme, bon livre scolaire qui a l'avantage d'une rédaction récente.

Ch. Audry.

Les tumeurs des glandes de la peau (Die Geschwülste der Haut drüsen), par G. Richer et J. Schwab. Berlin, 1914 (Karger).

A propos d'un certain nombre d'observations personnelles, R. et S. ont courageusement entrepris de rédiger l'histoire des tumeurs glandulaires de la peau. Le travail à exécuter était énorme; je n'oserais pas affirmer qu'il soit parfait; mais il est difficile de faire mieux, et il est certain que les dermatologistes feront bien de consulter ce livre s'ils veulent s'épargner un dur labeur de bibliographie.

Les 174 premières pages sont consacrées aux travaux antérieurs et étudient les tumeurs d'origine sébacées et les tumeurs d'origine sudoripare.

Parmi les premières figurent les néoplasies sébacées, hyperplastiques, l'adénome sébacé de Pringle, l'épithélioma adénoïde cystique (de Brooke) et l'épithélioma des glandes sébacées.

Les néoplasies sudoripares comprennent les variétés hyperplasiques, les tumeurs kystiques simples et compliquées, le syringome (hydradénome éruptif), l'adénome sudoripare, les diverses variétés d'épithélioma sudoripare.

Un paragraphe est consacré à l'étude des lésions sébacées et sudoripares réunies chez un seul sujet, et à la participation des sudoripares et des sébacées dans une tumeur.

(Je crois que l'anatomie comparée de la peau aurait fourni aux auteurs des documents intéressants dont ils n'ont pas tenu compte. N. d. T.)

Puis viennent leurs propres observations, et les conclusions étendues dont nous ne pouvons qu'indiquer le sens général.

R. et S. (après Bornmann, et contre Krompecher) s'élèvent contre cette idée habituellement acceptée: que l'existence de rapports entre une tumeur développée dans le derme et l'épithélium de recouvrement implique une origine aux dépens de cet épithélium. En effet, les cordons qui établissent

ces rapports peuvent fort bien s'être installés secondairement. Au contraire, on doit tenir compte du fait qu'un grand nombre de ces tumeurs offrent une structure cellulaire très différente de celle de l'épiderme, tandis qu'elle se rapproche souvent beaucoup de celles des glandes, dont elles peuvent même présenter des fragments qu'il faudrait considérer comme secondairement incluses : hypothèse bien invraisemblable.

Beaucoup de ces tumeurs sont donc d'origine glandulaire, car elles ne viennent ni de l'épiderme, comme le veut Krompecher, ni de débris de Cohnheim, comme le veut Bornmann. Pas davantage, il ne peut s'agir d'endothéliomes.

Quant à les considérer comme nævi susceptibles de se développer après la naissance, il est manifeste qu'on en arrive à donner à cette expression (nævus) un sens beaucoup trop étendu, et inexact.

En résumé, R. et S. estiment que parmi les petites tumeurs épithéliales non carcinomateuses développées au-dessous de l'épiderme et dans l'épaisseur du derme, un nombre très considérable doivent voir leur point de départ remis dans les glandes cutanées, sébacées et sudoripares, plus ou moins atypiques, ou typiques, hyperplasiques ou dégénérées, etc.

(Il est probable que R. et S. ont partiellement raison, mais pas tout à fait autant qu'ils le croient.) Ch. Audry.

Sur les progrès du diagnostic et du traitement de la syphilis (suites durables du traitement combiné par le salvarsan et Hg) (Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der Syphilis), par E. Hoffmann. Bonn, 1913.

Sur 16 porteurs de chancres suivis pendant un temps variant entre 8 mois et 3 ans, 13 sont restés indemnes d'accidents cliniques ou sérologiques.

Sur 35 malades en périodes secondaires et suivis pendant un temps de 6 mois à 2 ans et demi, 6 ont présenté des récidives.

Sur 20 tertiaires, 12 restèrent définitivement guéris pendant une durée égale aux précédents.

H. a observé une réinfection. Ch. Audry.

La microsporie (Die Mikrosporie), par W. Dreuw. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 1912, n° 4.

Bonne revue générale. Ch. Audry.

Sur les nouvelles tentatives pour guérir les dermatoses en améliorant le sang (Uber neuere Bestrebungen zur Heilung von Hautkrankheiten durch Blutvertesserung), par P. Linser. *Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie...*, dirigé par J. Jadassohn, 1913.

Linser résume la plupart des travaux consacrés au traitement des dermatoses par le lavage du sang, l'autosérothérapie, etc. Ch. Audry.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA DERMATOSE PRÉCANCÉREUSE DE BOWEN DYSKÉRATOSE LENTICULAIRE ET EN DISQUES

par **J. Darier.**

Dans un article qu'il a fait paraître l'an dernier, J.-F. Bowen (1) a décrit une dermatose précancéreuse nouvelle dont il avait observé et étudié histologiquement deux cas. Les lésions épidermiques qui caractérisent cette maladie rentrent manifestement dans le cadre des *dyskératoses*.

J'ai proposé, dès l'année 1900, d'appeler dyskératose (2) une lésion de l'épiderme dans laquelle un certain nombre de cellules malpighiennes se différencient isolément de leurs congénères et subissent une évolution viciée laquelle conduit à une kératinisation modifiée, précoce et imparfaite. Ces cellules dyskératosiques se présentent au niveau de la couche cornée sous forme de grains, de corps ronds, de corpuscules nucléés ou non, de globes, de boules, etc. qu'il est facile de distinguer tant des cellules cornées normales que des cellules parakératosiques.

Cette évolution épidermique viciée se rencontre, sous des apparences variées, dans tout un groupe de dermatoses auquel conviendrait le nom de *Dyskératoses* et qui comprend : 1° la maladie que j'avais appelée à tort *psorospermose folliculaire végétante* (dermatose de Darier) ; 2° la *maladie de Paget du mamelon* ; 3° le *molluscum contagiosum* ; 4° la nouvelle *dermatose précancéreuse de Bowen.*

Le présent article est destiné à attirer l'attention sur cette dernière maladie à propos de 3 cas nouveaux ; deux d'entre eux me sont personnels, et je vais en rapporter l'observation ; le troisième appartient au Dr Danel, de Lille, qui a bien voulu me le faire connaître et qui en publiera la relation détaillée dans un des plus prochains numéros des « Annales ».

Ce qu'est en réalité la lésion épidermique que j'appelle dyskératose, quelle en est la nature intime, la cause prochaine, la signification étio-

(1) J.-F. Bowen, Precancerous dermatoses. A Study of two cases of chronic atypical epithelial proliferation. *Journ. of Cut. Dis.* May 1912.

(2) J. Darier, Anatomie pathologique générale de la peau. *La Pratique Dermatologique,* I, p. 106.

logique, on l'ignore absolument ; il n'est même pas certain que les aspects par lesquels elle se traduit dans les maladies où on la rencontre, soient dus à un même processus biologique ; il n'est pas démontré non plus, sans conteste, qu'elle soit la lésion primitive dont découlent les autres lésions, telle que l'infiltration cellulaire du corps papillaire, la papillomatose, le bourgeonnement plus ou moins atypique du corps muqueux, etc. Mais on ne saurait nier qu'elle constitue un caractère histologique très spécial et très apparent, permettant à coup sûr de confirmer un diagnostic clinique, et autorisant très probablement à chercher une relation de parenté entre les dermatoses où elle se présente.

Ce qui fait l'intérêt principal de la dyskératose (et le fait ne m'avait pas échappé dès mes premières études sur la psorospermose et sur la maladie de Paget), c'est que sous ses divers aspects elle fait partie intégrante des lésions cellulaires qu'on observe dans certains cancers, notamment dans la plupart des épithéliomes spinocellulaires ; chacun sait en effet que dans les tumeurs de cette dernière catégorie on observe communément, soit isolées, soit groupées dans les bourgeons épithéliomateux, soit surtout au centre des globes épidermiques, des cellules globulaires, souvent nucléées, plus ou moins kératinisées à leur périphérie, réellement dyskératosiques.

Or les dermatoses dyskératosiques ont cliniquement aussi des relations avec le cancer. La maladie de Paget en est la preuve : elle conduit si fréquemment à une néoplasie maligne du sein, avec envahissement des ganglions et généralisation, qu'on a pu dire que dès son origine elle était plus qu'une affection précancéreuse, qu'on était en droit de la considérer d'emblée comme un cancer superficiel.

Le molluscum contagiosum, qui, j'en conviens, ne saurait sans réserve être assimilé aux autres dyskératoses, est constitué par un bourgeonnement lobulé de l'épiderme, d'apparence glandulaire, qui lui a valu en Allemagne le nom d'epithelioma contagosium ; mais je ne sache pas que jamais on l'ait vu prendre le développement et les allures d'une tumeur maligne.

Dans la psorospermose folliculaire j'ai été frappé de la production de bourgeonnements papillomateux exubérants dans certaines régions ; ils étaient exceptionnellement développés chez l'un de mes premiers malades et c'est là ce qui m'avait conduit à proposer l'épithète de « végétante » pour cette maladie. Habituellement ce processus de bourgeonnement épithélial est moins accusé ; on a pu cependant en constater un indice ou une amorce dans tous les cas connus et dans presque tous leurs éléments éruptifs ; je n'en connais aucun dans lequel il ait abouti à une transformation cancéreuse maligne (1).

(1) G.-W. Wende (de Buffalo) (*Journ. of Cut. Dis.* Déc. 1908, n° 12, p. 531) a rapporté un cas de kératose folliculaire avec transformation en épithéliomes multiples, au nombre de 107. Pour Bowen il s'agissait de psorospermose follicu-

Quant à la dyskératose nouvelle qui fait l'objet de cet article, sa tendance à évoluer en cancer est formellement démontrée par deux observations (mon obs. I et le cas de Danel). Il est très remarquable, et tout à l'honneur de la sagacité de Bowen, que cet auteur ait d'emblée compris que la dermatose qu'il étudiait était précancéreuse; il s'est basé sur l'analogie de structure avec la maladie de Paget, car dans ses deux cas personnels il n'y avait pas encore d'évolution maligne (1).

Ainsi les rapports des Dyskératoses avec le cancer peuvent être précisés comme suit : deux d'entre elles (la maladie de Paget et la dyskératose de Bowen) sont nettement des affections précancéreuses ; dans les deux autres (la psorospermose et le molluscum cantagiosum) il y a un bourgeonnement épithélial, mais sans évolution maligne. On en peut conclure que toute dyskératose n'est pas nécessairement précancéreuse.

Inversement il ne serait pas exact de dire que toute affection précancéreuse de la peau est une Dyskératose. Dans la leucoplasie, la kératose sénile et présénile, le xeroderma pigmentosum, la kératose arsenicale et la radiodermite professionnelle, on ne découvre au sein des lésions primordiales et initiales aucune dyskératose véritable ; les lésions dyskératosiques n'y font leur apparition qu'au moment de l'évolution en épithéliome, et à ce moment, il est vrai, peuvent s'y rencontrer avec une abondance remarquable. Dans les nævi cellulaires et les nævocarcinomes, le processus de « ségrégation » des éléments malpighiens qui conduit à la formation des thèques, lesquelles ainsi que je l'ai observé et figuré (2) peuvent quelquefois monter jusque dans la couche cornée, offre quelques analogies avec le processus dyskératosique mais ne saurait pas lui être tout uniment assimilé.

Au total la dermatose de Paget et la dermatose de Bowen occupent une place à part parmi les affections précancéreuses de la peau ; il existe entre elles à la fois de grandes ressemblances d'évolution et de structure, et aussi des différences non moins accentuées. On en jugera par le tableau clinique et histologique que je vais donner de la dernière venue de ces deux maladies.

Étude clinique.

Je connais à l'heure actuelle cinq cas de la dermatose nouvelle : deux cas décrits par le Dr J.-F. Bowen (de Boston) ; deux cas personnels ; un cas observé par le Dr Danel (de Lille).

laire, mais cela ne me paraît nullement démontré, ni même probable ; je n'en trouve dans la description de l'auteur aucune preuve clinique ni histologique, et pencherais plutôt pour rapprocher cette affection du cancer arsenical.

(1) J.-F. Bowen (*loc. cit.*, p. 15) : « As yet no signs of malignancy have appeared in these cases. It can hardly be doubted that such a sequel is imminent. »

(2) J. Darier, Des naevocarcinomes. *Bull. de l'Assoc. franç. du cancer*, 21 nov. 1913.

De mes deux cas personnels, le premier s'était présenté à moi avant la publication du dermatologiste américain ; je l'avais étudié et classé provisoirement dans mes cartons avec l'intention de le faire connaître lorsque j'aurais rencontré un fait analogue. Ce cas du même genre s'est offert à moi l'année suivante. Mais entre temps j'avais eu connaissance du travail de Bowen, qui avait parfaitement compris l'intérêt de ses observations et avait nettement mis la question au point.

Quant au cas de Danel, cet excellent confrère m'ayant soumis un résumé de l'histoire du malade qu'il a étudié à Lille, avec des photographies et des coupes histologiques, je n'ai eu aucune peine à reconnaître qu'il s'agissait d'un cas de la même affection (1).

Je vais donner tout d'abord mes observations personnelles, puis un résumé succinct des cas de Bowen et de Danel.

Observation I.

Le 4 mars 1912 on m'amène une dame L... âgée de 68 ans, habitant la Bourgogne et atteinte depuis plus de 10 ans de placards croûteux dont divers médecins n'ont pas réussi à élucider la nature. N'ayant vu cette dame qu'une seule fois, je n'ai pu recueillir qu'une description sommaire de sa maladie.

Il s'agit d'une femme de constitution débile, mais nullement cachectique. Je constate sur elle 3 lésions cutanées en activité et une cicatrice.

1° Au milieu de la fesse gauche se voit un placard de la grandeur de la main, de contour polylobé, constitué sur ses bords par des croûtes nummulaires brunes, le centre étant cicatriciel et d'une coloration bigarrée où se mêlent des teintes lilacée, blanc-jaunâtre et brune (2). Au premier aspect on croirait avoir affaire à une syphilide tertiaire tuberculo-ulcéreuse circinée.

Poursuivant l'examen on constate que les croûtes, très adhérentes, sont formées de lamelles épidermiques infiltrées d'une sérosité sanguinolente desséchée ; au-dessous d'elles il n'y a ni ulcération, ni pus, mais une surface érodée rougeâtre, lisse, ou légèrement papillomateuse par places.

2° Sur le bord antérieur de l'aisselle droite existe une plaque ovalaire de l'étendue d'un œuf de poule et qui a l'apparence d'un papillome corné, tel qu'un nævus verruqueux. On en peut détacher, non sans un peu de difficulté, des fragments de croûte hyperkératosique épais de 8 à 10 millimètres ; ce faisant on met à nu une surface rouge, saignottante, nettement

(1) Je ne saurais trop remercier le Dr Danel de la courtoisie avec laquelle il a mis à ma disposition toutes ses notes et des fragments de ses pièces biopsiques. La figure 3 représente une coupe que j'ai obtenue d'une des lésions de son malade. Je l'ai vivement engagé à publier lui-même son observation au complet ; elle paraîtra dans un prochain numéro des *Annales de Dermatologie*.

(2) La *figure 1*, empruntée à Bowen et se rapportant à son cas 1, en donne une idée presque parfaite.

circonscrite, sans aucun bourrelet. Comme au niveau du placard fessier, la peau ainsi décrustée, n'est nullement épaissie ou indurée.

3° La troisième lésion, siégeant à droite sur le dos, à la hauteur des

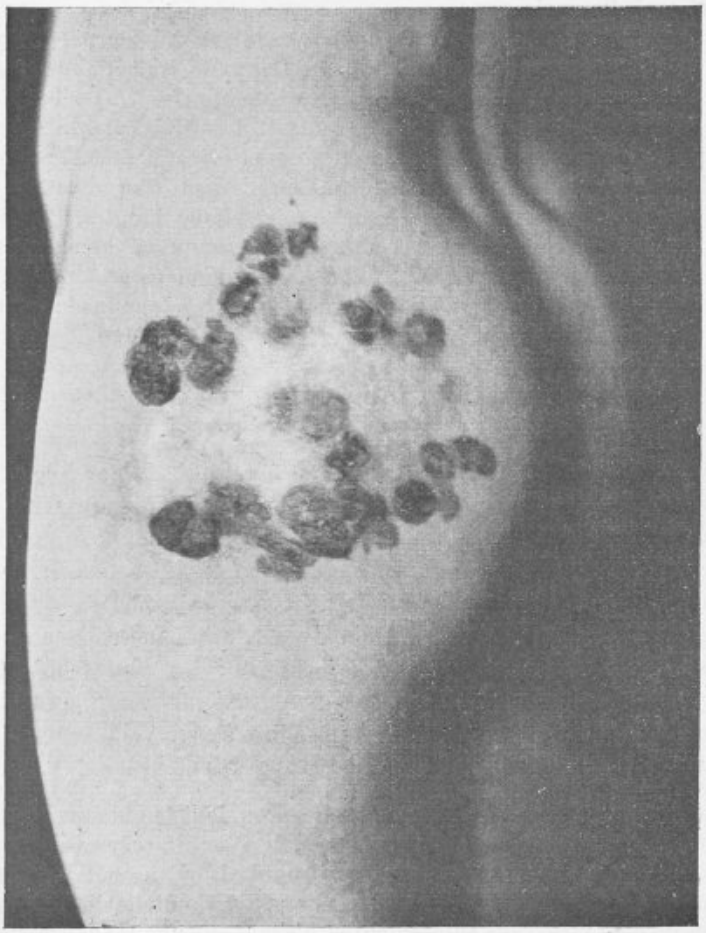


Fig. 1. — *Placard circiné formé de larges tubercules croûteux* qui entourent une cicatrice due aux traitements précédents (Figure empruntée à l'article de J.-F. Bowen et se rapportant à son cas 1).

dernières côtes, est une tumeur saillante, de la forme et des dimensions d'un macaron, épaisse de plus d'un centimètre ; sa surface, légèrement mamelonnée, de couleur violacée, est érodée et recouverte d'une mince croûte ; sa consistance est dure ; elle émerge d'une tache érosive et végétante, nettement limitée. En correspondance avec cette tumeur on constate dans l'aisselle droite un gros ganglion unique, du volume d'une petite noix, très dur et mobile.

4° Dans l'aine gauche se trouve une cicatrice blanche, souple et non

adhérente, provenant de l'ablation d'une première lésion qui ressemblait paraît-il aux plaques actuelles, qu'un chirurgien a excisée il y a environ 10 ans et qui n'a pas récidivé.

Il n'y a chez la malade aucun indice de syphilis, de tuberculose ni d'autre maladie quelconque.

Voici maintenant les renseignements qui m'ont été fournis obligeamment par notre excellent confrère le Dr Bony (de Nuits-Saint-Georges). Cette dame avait été depuis sa jeunesse atteinte d'eczéma séborrhéique dont les poussées guérissaient rapidement. Les trois placards actuels avaient apparu peu après l'ablation du premier élément de l'aine ; ils passaient lentement par des phases d'amélioration et d'aggravation, sans jamais disparaître ; rougeur, suintement, végétations, croûtes, hyperkératoses, se succédaient sans occasionner ni douleurs ni démangeaisons ; jamais on n'a noté d'induration, d'adhérence aux plans profonds, d'ulcération ni d'adénopathies. Aucun traitement, poudres, pommades, cautérisations au nitrate d'argent, liqueur de Fowler et iodure de potassium, n'a donné de résultat. La lésion dorsale a été récemment traitée par 5 ou 6 séances fortes (?) de radiothérapie qui, au début tout au moins, ont semblé réduire le suintement et le volume de la tumeur.

Le diagnostic était dans ces conditions à peu près impossible.

Aucune des hypothèses qui se sont présentées à mon esprit (eczématide ou parakératose psoriasiforme, syphilide tertiaire, lupus, kératoses séniles, maladie de Paget) ne me paraissant satisfaisante, j'ai pratiqué séance tenante une biopsie sur l'un des éléments.

Les résultats de l'examen histologique m'ont conduit à conseiller l'ablation chirurgicale de toutes les lésions ; les pièces m'ont été envoyées et j'en donnerai la description au paragraphe consacré à l'anatomie pathologique. Quant à l'évolution ultérieure voici ce qu'a bien voulu m'écrire le Dr Bony (2 juillet 1914) :

« Les plaies ont cicatrisé lentement en raison de l'étendue des pertes de substance pratiquées par le chirurgien. Malgré cela la cicatrisation a été parfaite, sauf cependant au niveau du flanc droit où siégeait le principal élément. Il persiste donc à ce niveau une petite croûtelle de 7 à 8 millimètres de diamètre, sans suintement et n'ayant aucune tendance à s'élargir. Le ganglion de l'aisselle droite a été enlevé et il n'en a pas reparu d'autre. Il ne s'est pas produit non plus d'autres éléments éruptifs sur le reste du corps. L'état général est excellent. »

Observation II.

Mme veuve G..., âgée de 39 ans, domestique, est entrée dans mon service, à l'Hôpital Saint-Louis, le 10 juin 1913. Elle a eu la fièvre typhoïde a 12 ans. Pas de syphilis ni de tuberculose. Elle jouissait d'une bonne santé lorsqu'il y a 4 ans elle s'est aperçue d'une plaque verruqueuse qui s'était développée insidieusement à la face interne de son cou-de-pied droit. Elle

a réclamé des soins à divers spécialistes qui l'ont traitée au moyen de diverses pommades à l'oxyde de zinc et à l'acide pyrogallique, et aussi par plusieurs applications de rayons X et d'air chaud ; ces traitements sont restés sans effet.

Il y a 3 ans la malade a souffert de métrorragies pour lesquelles on lui fit d'abord un curettage à l'Hôpital Beaujon, puis, la présence de fibromes

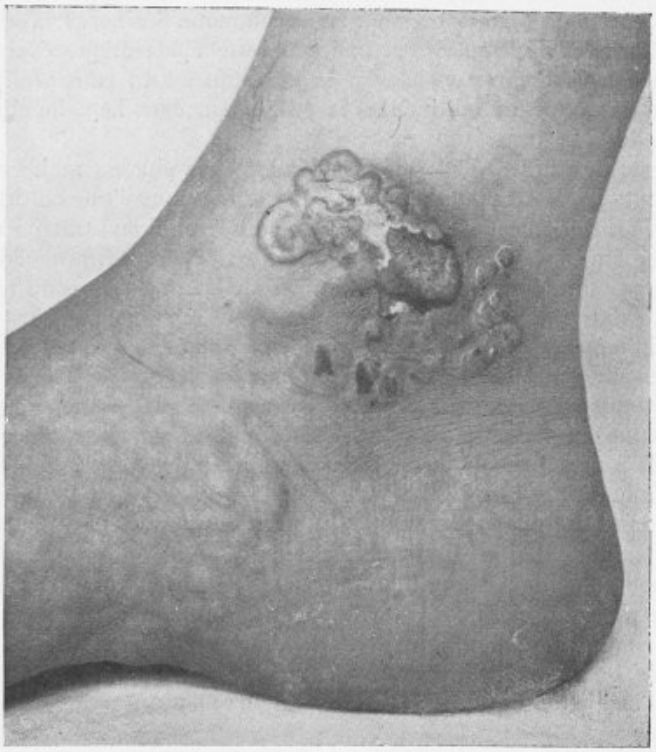


Fig. 2. — *Placard composé d'éléments lenticulaires et discoïdes* sur la malléole interne (obs. 2).

ayant été reconnue, une castration totale à l'Hôpital Saint-Louis ; 10 jours après cette dernière opération elle a été atteinte d'une phlébite des deux membres inférieurs.

Elle demande qu'on la débarrasse de sa lésion de la région malléolaire, qui, sans causer de douleurs vives, la gêne pour se chausser et pour marcher.

A l'examen on constate que l'état général est de tous points satisfaisant ; cette femme est de bonne constitution, vigoureuse, mais un peu nerveuse et craintive. On découvre sur ses téguments une dizaine de lésions disséminées, d'apparence très disparate ; de beaucoup la plus importante est celle du pied.

La région de la malléole interne droite est occupée par un placard de

forme irrégulière, de contour polycyclique, constitué par une élevure centrale érosive, formant tumeur, entourée de papules nummulaires plus ou moins confluentes (fig. 2).

La tumeur centrale a une forme trilobée, le volume d'une grosse fève ou d'une petite châtaigne, et fait une saillie de 6 à 8 millimètres. Elle était revêtue d'une mince croûte, très adhérente, dont la chute sous un pansement humide a mis à découvert une surface érodée, rouge mais non saignante, finement mamelonnée ou bourgeonnante. Ses bords s'abaissent en pente douce et sont limités par une collerette épidermique épaisse dans laquelle elle est comme enchâssée. Sa consistance est ferme, presque dure. On peut apprécier à 3 millimètres la profondeur dans laquelle elle plonge dans le derme.

Le reste du placard est formé par la confluence plus ou moins complète d'éléments papuleux plans, discoïdes, des dimensions d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes. Leur contour est arrondi ou ovalaire ou carré à angles émoussés ou festonné, leur limitation est parfaitement nette, accusée par une élevure de un millimètre environ au-dessus du niveau de la peau saine ; leur consistance est ferme, sèche ; leur épaisseur totale est de 1 millimètre et demi ; leur surface, lisse et plane, est de coloration rose jaunâtre sur leur partie périphérique tout au moins où l'épiderme est manifestement épaissi ; sur leur centre quelquefois légèrement déprimé il y a soit une desquamation lamelleuse peu friable et peu abondante, soit une tache d'un rose terne de forme irrégulière correspondant à un amincissement de la couche cornée. Il n'y a pas de liséré congestif autour.

Ce placard ne repose pas sur une induration appréciable et la lésion est mobile sur les plans profonds. Elle n'est pas douloureuse spontanément et seulement légèrement sensible à la pression forte. L'apparence de ces papules planes discoïdes, abstraction faite de la tumeur centrale, fait songer un peu à un lichen plan dont les éléments seraient énormes, à du psoriasis, ou à certaines syphilides, et cependant les caractères différentiels sautent aux yeux. En avant et au-dessous de ce placard se voient des veines variqueuses.

Les autres éléments que l'on constate sur le tégument, au nombre d'une dizaine, sont disparates : on peut les classer en trois catégories :

1° des taches rouges et squameuses. Elles sont nettement circonscrites, sans aréole congestive, planes, de niveau avec la peau voisine, couvertes de squames blanches fines et très adhérentes. Le grattage n'y produit ni l'aspect de tache de bougie, ni la surface lisse du psoriasis ; si l'on insistait on produirait une excoriation ; on n'y aperçoit pas la ponctuation cornée qui caractérise le lupus érythémateux. La peau n'y est ni épaissie, ni indurée, et y semble plutôt légèrement atrophique, ce dont on se rend compte par le palper mieux qu'à la vue. L'une des taches de cet ordre siège sur l'abdomen à 4 travers de doigt de l'ombilic ; elle est en forme de T ou de champignon, mesurant 3 centimètres et demi sur 2 centimètres. Deux autres taches analogues, mais plus petites, ovalaires et de contour festonné, se voient l'une au niveau du rebord des fausses côtes droites ; l'autre occupe la fosse sous-épineuse droite.

2° des taches d'un jaune bistre, sans rougeur aucune, finement squameuses, ovalaires et nettement circonscrites, de la grandeur d'un ongle,

où la peau paraît légèrement atrophiée. On en compte 5 sur l'hypocondre droit, une à l'épigastre, une au-dessous du jarret droit et une sur le tendon rotulien droit.

3° Enfin sur le dos, se trouve une tache brunâtre, couleur de café au lait clair, sans rougeur ni desquamation, où l'épiderme paraît à jour frisant finement quadrillé ou parqueté. Elle a les dimensions d'une pièce de deux francs et est nettement marginée.

Ces taches ne causent aucune sensation anormale et sont pour la plupart inconnues de la malade, qui ne peut fournir aucun renseignement sur leur date d'apparition et sur leur évolution.

Les muqueuses sont intactes. Il n'y a aucune adénopathie ; les ganglions de l'aine droite notamment ne sont pas augmentés de volume.

Le *traitement* de la lésion malléolaire a consisté en séances de radiothérapie à fortes doses ; on a combiné des irradiations directes avec des applications de rayons filtrés sur une lame de 10/10e de millimètre d'aluminium. Au bout de 6 semaines la tumeur avait diminué de moitié, au bout de 2 mois et demi elle s'était effacée sans modification appréciable des disques papuleux. Mais ce traitement, probablement en raison d'une erreur de dosage, a eu pour effet de produire en octobre une radiodermite ulcéreuse, fort douloureuse, que les pansements et topiques ne parvinrent pas à guérir. Je me décidai donc, en décembre 1913, à faire détruire l'ulcère radiodermique et son pourtour, c'est-à-dire le reliquat des lésions papuleuses, par l'air surchauffé à 600°, sous anesthésie. Les douleurs cessèrent aussitôt ; l'escarre étant tombée, la plaie se mit à bourgeonner normalement et le 14 février 1914 la malade sortit cicatrisée.

Les taches du tronc, traitées par des onctions diverses, n'avaient subi aucun changement.

Observation III. — Cas 1 de Bowen (*Résumé*)

Il s'agit d'un homme de 49 ans, d'origine anglaise, tisserand ; à l'âge de 30 ans il a vu apparaître sur sa fesse gauche un « bouton » légèrement prurigineux, qui lentement s'est agrandi Divers topiques et un traitement par les rayons X n'ont eu aucun résultat. En avril 1909 les lésions consistent en un placard d'aspect serpigineux, composé de papules et tubercules plats rouge sombre, arrondis, légèrement saillants, de consistance ferme « isolés ou confluents », à surface tantôt un peu papillomateuse, tantôt squameuse et croûteuse, et dans ce dernier cas faiblement suintante ; entre ces éléments on pouvait apercevoir quelque peu de tissu cicatriciel. Un traitement incomplet à la curette, puis, en 1910 à la neige carbonique, produisit des améliorations temporaires. En septembre 1911 les lésions avaient reparu plus étendues et sous l'aspect que reproduit la figure ci-jointe (fig. 1), où l'on voit les éléments nummulaires papillomateux et saignant facilement, disposés au bord et sur la surface de la cicatrice consécutive aux traitements précédents. Guérison en 2 mois par la neige carbonique. Cet homme, d'ailleurs bien portant, n'avait, en dehors de ce placard unique, que de nombreux petits angiomes disséminés sur l abdomen et le dos, de

la taille d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois. La durée totale de la lésion fessière a été de plus de 20 ans.

Observation IV. — Cas 2 de Bowen (*Résumé*).

Tonnelier de 52 ans; sur la face externe du mollet droit il présente un placard composé de nodules ou tubercules confluents ou isolés nettement limités par rapport à la peau saine avoisinante; ces éléments ont le volume d'une tête d'épingle à celui d'une fève; leur couleur est d'un rouge pâle; leur saillie est de 1 à 3 millimètres; leur surface est plane ou un peu papillomateuse sur les plus grands; quelques-uns sont couverts de croûtes ou légèrement suintants. Ils se groupent sur la plaque en amas irréguliers ou en portions d'anneaux. Il y a un peu de prurit et une légère sensibilité des lésions. La santé générale était bonne. Datant de 4 ou 5 ans au moment où l'auteur les vit pour la première fois, ces lésions se montrèrent rebelles à tous les traitements et finalement furent détruites par des applications de neige carbonique. La durée totale de l'affection fut de près de 10 ans.

Observation V. — Cas de Danel (*Sera publié prochainement*).

Homme de 65 ans. On constate les lésions suivantes: 1° sur l'avant-bras une ulcération ovalaire, à fond granuleux, saignant facilement et datant de 6 mois; elle siège sur une large surface cicatricielle. 2° des éléments papulo-squameux lenticulaires, infiltrés de base, disséminés ou groupés sur cette même surface cicatricielle. Ces éléments dateraient d'une quarantaine d'années et c'est leur transformation récente qui a donné naissance à l'ulcère. 3° un ganglion axillaire droit. Au cours de l'observation ce ganglion a grossi, a ulcéré la peau et a pris l'allure d'une tumeur maligne rapidement progressive. Les éléments lenticulaires ont la structure qu'on voit sur la figure 3. La tumeur axillaire est un cancer épithélial ganglionnaire, ainsi que l'a montré l'examen histologique.

En résumé les traits caractéristiques de cette affection paraissent être les suivants:

Chez des sujets jeunes ou adultes, de l'un ou l'autre sexe, apparition en un point quelconque des téguments du tronc ou des membres, d'éléments arrondis papulo-squameux lenticulaires, nummulaires ou en disques, qui tendent à se grouper ou à confluer en placards. Foyers uniques ou multiples; aucune tendance à la symétrie.

Les éléments typiques sont très nettement circonscrits et au début siègent en peau saine; ils sont papuleux, fermes à la pression et font une saillie de 1 à 3 millimètres; leur surface est plane avec parfois une dépression centrale, ou au contraire un peu villeuse ou papillomateuse; ils sont de teinte rose terne ou presque de la coloration de la peau, sans halo congestif à leur périphérie; l'épiderme corné y est

épaissi ; il n'y a que peu de sensations anormales, un léger prurit ou de la sensibilité.

Suivant les moments on peut, au cours de leur évolution, voir les éléments devenir franchement hyperkératosiques, et se couvrir d'une carapace de squames cornées sèches ; ou bien les squames s'imbibent de sérosité qui se concrète en croûtes stratifiées ou rocheuses, jaunâtres, grises ou foncées. Quand les squames ou les croûtes sont enlevées mécaniquement, ou sous l'influence de topiques émollients, la surface rosée, humide et suintante qui est mise à nu, est lisse, ou granuleuse, bourgeonnante ou même parsemée d'élevures papillomateuses ; mais elle ne persiste pas longtemps dans cet état et ne tarde pas à se recouvrir d'une couche d'hyperkératose ou d'une croûte qui s'épaissit assez rapidement.

En dehors de ces éléments typiques, papulo-lenticulaires, papulo-nummulaires, hyperkératosiques ou incrustés, on peut rencontrer chez les malades (obs. II) des taches, de forme arrondie ou irrégulière, de niveau avec la peau saine, très nettement limitées, de teinte rosée ou bistrée ou brunâtre ; leur surface est squameuse, ou d'aspect atrophique ou parquetée. Dans le cas, unique jusqu'ici, où ces taches ont été rencontrées, il a été impossible de savoir si elles représentent un stade initial des éléments typiques, ou une forme abortive et avortée, destinée à persister sans changement. L'histologie a montré dans ces taches des lésions absolument de même ordre que dans les éléments typiques.

Cette affection est essentiellement chronique et progressive. D'après les cas connus jusqu'ici elle paraît débuter dans l'âge adulte, sans préférence pour l'un ou l'autre sexe, en une région quelconque du tronc ou des membres. La première manifestation est au dire des malades un « bouton », une papule, à peine prurigineuse, qui a d'abord les dimensions d'une tête d'épingle ou d'une lentille, qui s'accroît lentement en formant une élevure plane nummulaire, en même temps que d'autres éléments semblables apparaissent dans le voisinage. On ne peut pas dire si, lorsqu'il y a plusieurs foyers, ceux-ci sont contemporains ou successifs.

Ce qui est certain c'est que les lésions se sont toujours montrées rebelles à tous les traitements internes ou externes qui ont été mis en œuvre. La radiothérapie a été essayée dans plusieurs des cas sans aucun succès, le fait mérite d'être relevé, par analogie avec ce qui se passe dans la maladie de Paget. Seule l'ablation ou la destruction totale des éléments parvient à en enrayer la marche, et cela au prix d'une cicatrice.

Cette destruction, jusqu'à preuve du contraire, doit être recommandée, car il s'agit d'une dermatose très certainement précancéreuse ; sa structure déjà si voisine de celle de la maladie de Paget, a pu le faire

prévoir (Bowen). La transformation cancéreuse a de fait été observée deux fois sur cinq (obs. I et obs. de Danel). On ne peut pas préciser encore suivant quel mode et sous l'influence de quelle cause adjuvante elle se produit. Dans mon premier cas elle était réalisée sur l'un des placards et se traduisait par la présence d'une saillie violacée, érosive et ferme, s'accompagnant d'une adénopathie. Dans le cas de Danel, c'est sous forme d'ulcère qu'elle s'est manifestée et l'évolution ultérieure a montré que la malignité du néoplasme était fort accusée.

Le problème du *diagnostic* se pose d'une part avec des dermatoses papuleuses ou tuberculeuses, d'autre part avec des dermatoses rouges et squameuses ou croûteuses. Dans les cas observés jusqu'ici on a pu songer au lichen plan, au psoriasis, aux parakératoses psoriasiformes, aux kératoses séniles ou préséniles, au lupus érythémateux et surtout à des syphilides tertiaires tuberculeuses ou psoriasiformes circinées.

Jusqu'à plus ample informé, le secours de la biopsie et de l'analyse histologique paraît indispensable pour établir avec certitude le diagnostic de Dermatose de Bowen. L'avenir montrera si l'examen microscopique des squames d'une lésion papuleuse ou hyperkératosique du genre de celles qu'on observe dans cette maladie, ne pourrait pas, par la constatation des corpuscules ronds et des globes dont je vais parler, suppléer dans une certaine mesure à un examen histologique complet.

Étude histologique.

Dans toutes les lésions que j'ai examinées, tant dans les simples taches de l'observation II, que dans les éléments lenticulaires ou en disques, dans les plaques hyperkératosiques ou croûteuses, dans les élevures végétantes, et même dans les lobes épithéliomateux du ganglion envahi — j'ai constamment trouvé une même lésion épithéliale que la figure 3 représente fidèlement.

Cette lésion consiste en un œdème parenchymateux des cellules malpighiennes avec altération cavitaire (fig, 3 *a.c.*), en altérations diverses des cellules et de leurs noyaux (M) qui deviennent irrégulières et même difformes (*c.d.*) ou monstrueuses (*c.m.*) et en une kératinisation viciée (dyskératose) qui a pour effet la présence dans la couche cornée de corpuscules, globes ou corps ronds (*dys.*). Concurremment il y a des lésions d'intensité variable dans le corps papillaire (*p. p.*).

Les éléments éruptifs les plus anciens présentent soit une hyperkératose, parfois énorme, accompagnée de parakératose, soit un bourgeonnement de l'épiderme en profondeur, qui conduit à l'évolution épithéliomateuse. Mais l'altération spéciale la plus caractéristique est bien la *dyskératose*.

Voici par comparaison le résumé que Bowen a donné lui-même de ses constatations histologiques. On verra qu'à quelques nuances près, la concordance est absolue.

« Histologiquement on observe une prolifération marquée du réseau de

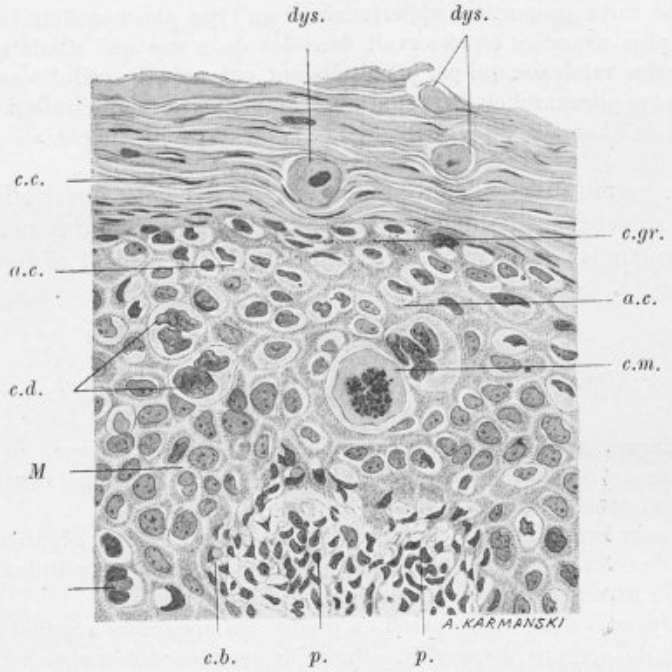


Fig. 3. — *Épiderme dyskératosique* sur un élément lenticulaire (bichromate-formol-hématéine-éosine). (Grossissement 350/1).

c.c., couche cornée parakératosique. — *c.gr.*, quelques rares grains de kératohyaline subsistant dans la couche granuleuse. — *M*, corps muqueux de Malpighi dont les cellules sont inégales et les noyaux disparates, quelquefois doubles. — *a.c.*, altération cavitaire (œdème parenchymateux). — *c.d.*, cellules à gros noyaux difformes et multiples. — *c. m.*, cellules monstrueuses. — *dys.*, cellules dyskératosiques dans la couche cornée, se présentant sous l'aspect de corps ronds ou de corpuscules, nucléés ou non. — *c. b.*, couche basale tout à fait irrégulière, méconnaissable. — *p. p.*, sommet de deux papilles infiltrées de cellules.

Malpighi dans toutes les lésions excisées. On y trouvait de nombreuses karyokinèses et des divisions amitosiques, avec un pelotonnement (clumping) particulier des noyaux et une vacuolisation des cellules. Dans les lésions les plus avancées il y avait une hypertrophie de la couche cornée, une hyperkératose et une parakératose, avec la présence de nombreuses cellules n'ayant pas subi le processus de la kératinisation, mais offrant l'aspect de noyaux entourés de « membranes » ou d'un espace clair. Dans les lésions les plus avancées on voyait un œdème de toutes les couches épidermiques, qui était parfois si prononcé qu'une croûte s'était formée à la surface. »

« Les altérations du derme étaient très constantes et en proportion directe de celles de l'épiderme. Dans la plus jeune des lésions excisées (cas 2) la prolifération épithéliale, les mitoses, le « clumping » des noyaux et la vacuolisation, s'accompagnaient d'un élargissement des vaisseaux des couches supérieures du derme ; ils étaient entourés d'amas de cellules, dont une forte proportion appartenaient au type plasmazellen. Dans les lésions plus avancées on observait dans les deux cas une dilatation très accusée des vaisseaux qui par places étaient entourés de cellules accumulées, toutes plasmazellen. On remarquait aussi une forte diminution ou une absence de fibres élastiques dans le derme du territoire affecté. »

Il me paraît utile de donner avec quelques détails la description des lésions relevées sur les nombreuses pièces que m'ont fourni nos deux cas personnels ; je le ferai en tenant compte de l'aspect clinique des éléments.

1° *Eléments typiques, lenticulaires ou discoïdes (fig. 4 et 5).*

L'épiderme est, dans son ensemble, notablement épaissi, le corps papillaire est infiltré de cellules. En analysant les lésions couche par couche on constate ce qui suit :

La *couche basale* de l'épiderme, qui par endroits est assez régulièrement formée de cellules en palissade, est par ailleurs parsemée de cellules vacuolisées, ou naines, ou très volumineuses et difformes.

Le *corps muqueux,* très épaissi, a perdu son apparence régulière et est composé de cellules disparates, offrant de grandes différences de forme, de dimensions et d'aspect de leur noyau. Beaucoup sont de volume normal mais avec un espace clair périnucléaire ; les noyaux peuvent être rétractés et très petits, ou bien de volume ordinaire mais déformés, ou encore très gros, énormes même, de forme variable, bosselés, en massue, allongés en boudins, en poire ; quelquefois les noyaux sont au nombre de deux ou de trois. Les noyaux difformes sont souvent vivement colorés quand ils sont petits ; dans le cas contraire ils sont tantôt clairs, avec un réseau de chromatine irrégulier, tantôt très foncés et grumeleux. Très communément les noyaux sont compris dans une vacuole claire qui les entoure en anneau, ou d'un côté en croissant.

En dehors de cette *altération vacuolaire* de l'endoplasme, l'exoplasme des cellules malpighiennes n'est pas sensiblement altéré ; sa structure filamenteuse persiste ; d'ailleurs les cellules ne se détachent pas les unes des autres. Il n'y a pas d'œdème intercellulaire et presque aucune cellule migratrice dans l'épiderme. Il est difficile de décider si quelques-unes de ces altérations nucléaires répondent à une division amitotique ; en tout cas les figures karyokinétiques sont rares.

Les grosses cellules à noyau difformes ou multiples se rencontrent en nombre variable un peu partout, à n'importe quelle hauteur du corps muqueux.

En outre on trouve çà et là des *éléments monstrueux,* 4 à 6 fois plus gros

qu'une cellule malpighienne normale, plus ou moins hydropiques et globuleux, paraissant parfois intracellulaires ou entourés d'une membrane à double contour comme les corps ronds de la psorospermose ; ils contiennent un amas nucléaire qui tantôt est une agglomération de 4 à 8 noyaux, tantôt une masse bourgeonnante écumeuse et grumeleuse, ou

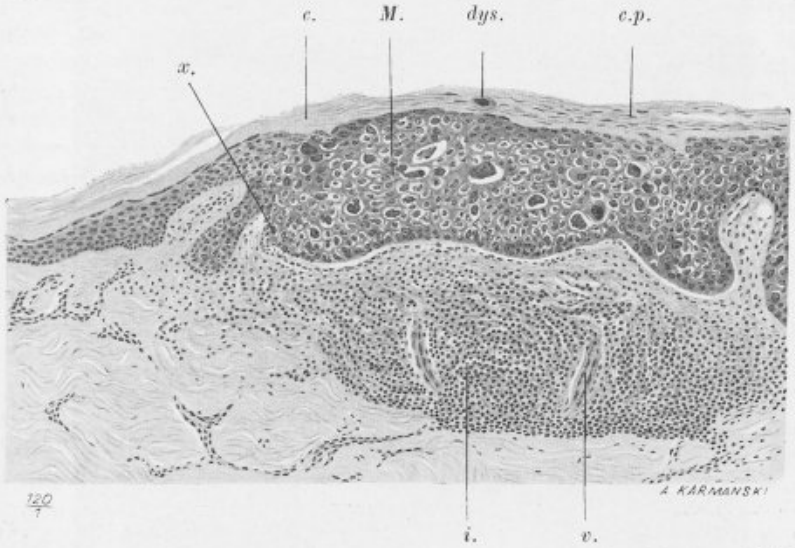


Fig. 4. — *Bord d'un élément typique lenticulaire* (cas Danel) (Grossissement 120/1). *x.*, limitation remarquablement nette des lésions. — *c.*, couche cornée épaissie. — *c. p.*, parakératose. — *M*, corps muqueux avec cellules disparates, vacuolisées, dont un bon nombre ont un noyau nain ou au contraire énorme et difforme (dyskératose). — *dys.*, cellules dyskératosiques dans la couche cornée. — *i.*, infiltrat cellulaire dense du corps papillaire ; remarquer sa limitation nette du côté du chorion, qui est presque normal. — *v*, vaisseau sanguin dilaté.

encore un amas de granulations nucléaires chromatiques au sein d'un protoplasma finement vacuolisé.

Enfin, mais rarement, on peut trouver à n'importe quelle hauteur, des *boules hyalines,* colorables en rose uniforme par l'éosine, en bleu verdâtre par le bleu polychrome, et qui sont évidemment des cellules entièrement colloïdes ou cornées ; elles peuvent renfermer un ou plusieurs grains chromatiques.

La *couche granuleuse* est par endroits conservée, ailleurs elle fait défaut, ou bien elle est dissociée par l'œdème parenchymateux et l'on trouve de la kératohyaline en grains et en poudres dans 6 ou 8 rangées de cellules. Les cellules vacuolisées ou à noyaux difformes arrivent à son niveau en conservant leurs caractères ; c'est évidemment de la kératinisation incomplète ou viciée de quelques-uns de ces éléments, apparemment des plus altérés, que résultent les boules cornées ou colloïdes et les gros corpuscules colorés que l'on trouve par places dans la couche cornée.

La *couche cornée* est épaissie et souvent élevée en lamelles assez adhérentes entre elles ; sa surface est ondulée ; elle pénètre assez profondément

dans les orifices pilosébacés. Les éléments cornés sont par régions dépourvus de noyaux; ailleurs ils sont nucléés, parakératosiques; en outre il n'est pas rare de trouver çà et là des corpuscules ronds ou ovoïdes bien

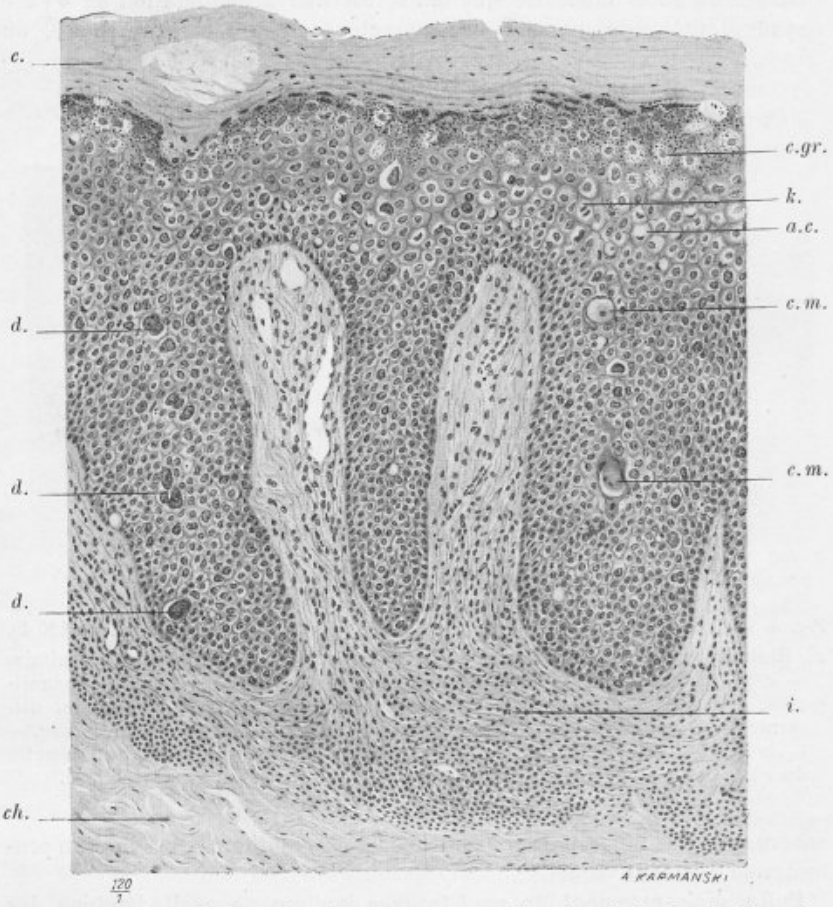


Fig. 5. — Coupe de l'un des *éléments typiques discoïdes* de la fig. 2 (Grossissement 120/1).

c., couche cornée infiltrée de sérosité. — *c. gr.*, couche granuleuse dissociée par l'œdème parenchymateux. — *a. c.*, altération cavitaire. — *k.*, cellule malpighienne en karyokinèse. — *d. d. d.*, cellules à gros noyaux difformes. — *c. m.*, cellules monstrueuses paraissant entourées d'une membrane (corps ronds). — *i.*, corps papillaire infiltré de cellules et avec vaisseaux dilatés. — *ch.*, chorion normal.

colorables, quelquefois encapsulés, ou bien des boules ou corps arrondis hyalins, colloïdes ou cornés, munis ou non d'un rudiment de noyau. La couche cornée peut être sèche et squameuse (fig. 4) ou bien très infiltrée de sérosité et transformée en squame-croûte (fig. 5) plus ou moins épaisse suivant les conditions dans laquelle la pièce a été recueillie.

Les papilles sont, suivant l'élément, tantôt petites, étroites et massuées,

comme étouffées par l'hypertrophie des bourgeons interpapillaires, ou au contraire digitiformes et longues.

L'ensemble du corps papillaire, c'est-à-dire toute cette portion du derme qui est au-dessus du plexus sous-papillaire, est le siège d'une infiltration cellulaire diffuse plus ou moins riche suivant les points, laquelle se limite nettement du côté du chorion proprement dit par une ligne droite ou à peine onduleuse. Les éléments de cet infiltrat sont, en proportion à peu près égale, des lymphocytes et des cellules conjonctives gonflées ou à noyau hydropique ; il s'y mêle un nombre variable de plasmazellen et de mastzellen ; les polynucléaires sont à peu près absents. J'ai rencontré sur plusieurs coupes des boules hyalines. Le réseau élastique et conjonctif du corps papillaire est grêle et distendu quand l'exsudat est abondant.

Les vaisseaux sanguins sont souvent un peu distendus et à parois gonflées.

Le *chorion* est remarquablement intact ; je n'y ai relevé ni altération de sa trame conjonctivo-élastique, ni lésions des vaisseaux, des glandes sudoripares ou des follicules pilo-sébacés.

2° *Taches planes ou à peine surélevées, nettement circonscrites.*

Ces taches (obs. II) présentent déjà des lésions qui sont exactement de même ordre que celles des éléments lenticulaires, quoique bien moins accentuées.

La couche cornée et le corps muqueux sont trois ou quatre fois plus épais que dans la peau normale du voisinage. Les bourgeons interpapillaires sont très élargis ; les papilles sont allongées, digitiformes ou massuées. La couche granuleuse existe partout. La rangée basale est fortement chargée de pigment.

Cette lésion se distingue d'une hyperépidermidose simple, telle qu'une verrue plane, par une altération des cellules malpighiennes, minime dans son degré, mais presque générale. Loin d'être normales comme dans la verrue plane, ou hypertrophiées comme dans le lichen plan, elles sont au contraire petites, tassées, désordonnées dans leur disposition. Leur protoplasma est œdémateux ; leurs noyaux, souvent nains ou très grossis, quelquefois déformés, sont généralement compris dans un espace clair. Cette altération vacuolaire est particulièrement apparente au niveau de la couche granuleuse. Dans la couche cornée on trouve presque partout, mais en nombre très variable, des corpuscules ronds, sans noyau ou nucléés, faciles à voir surtout dans les coupes colorées au bleu de Unna.

Le corps papillaire renferme un nombre légèrement exagéré de cellules disséminées, surtout des lymphocytes. Il n'y a pas de cellules migratrices dans l'épiderme. Les vaisseaux sanguins sont normaux ou à peine dilatés. Le chorion est absolument intact.

3° *Placards hyperkératosiques simples (fig. 6).*

Plusieurs des placards qui ont été excisés sur ma malade de l'observation I m'ont présenté les lésions suivantes : Une hyperkératose colossale, composée

de stratification partiellement parakératosique ; par places, mais non partout, cette couche hyperkératosique renferme, en nombre variable, des cellules dyskératosiques sous forme de corpuscules ovoïdes, de boules ou de corps ronds nucléés ou non. Sous cette carapace la surface est irrégulière et quel-

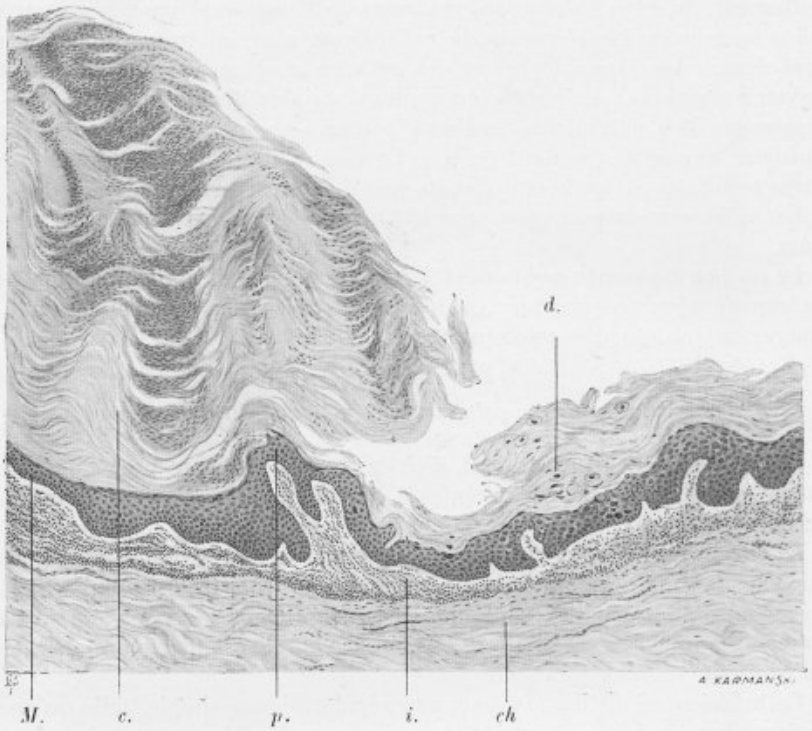


Fig. 6. — *Portion d'un placard hyperkératosique* (Grossissement 65/1).

c., carapace cornée et parakératosique. — *M*, corps muqueux aminci sous l'hyperkératose. — *p.*, petite saillie papillomateuse. — *i.*, corps papillaire infiltré mais à trame raréfiée. — *ch.*, chorion atrophié. — *d.*, foyer où abondent les cellules dyskératosiques.

quefois hérissée de saillies papillomateuses acuminées. La couche granuleuse fait défaut en nombre de points. Le corps muqueux est d'épaisseur inégale ; il arrive assez souvent qu'il soit aminci, particulièrement là où l'hyperkératose est au maximum, et les lésions dyskératosiques des cellules peuvent être absentes ou rares en ces régions ; on retrouvera au contraire des dyskératoses abondantes en certains points limités du voisinage.

Le corps papillaire renferme une infiltration abondante de cellules, surtout de plasmazellen ; mais de plus sa trame élastique et conjonctive est raréfiée, en sorte qu'il se déchire avec une grande facilité. Le chorion, nettement délimité, est atrophié, aminci, mais sans lésions vasculaires ou périvasculaires appréciables.

4° *Placards hyperkératosiques et végétants* (début d'épithéliomisation) (*fig. 7*).

Sous une croûte épaisse et rocheuse, composée d'hyperkératose, de parakératose, de vésicules et d'un réseau aréolaire infiltré de sérosité desséchée

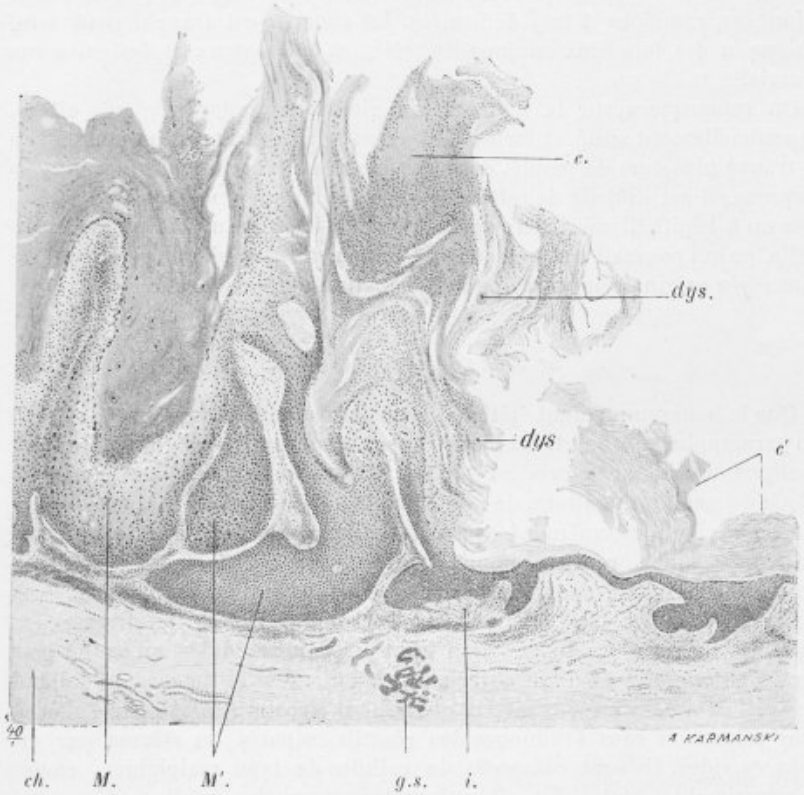


Fig. 7. — *Bord d'un placard végétant, en voie d'épithéliomisation* (Grossissement 40/1).

c., couche cornée transformée en croûte rocheuse. — ***M***, bourgeon malpighien énorme, avec cellules dyskératosiques, ayant l'aspect d'un bourgeon d'épithélioma. — ***M'***, bourgeons malpighiens à cellules moins altérées, mais bourgeonnant en profondeur. — *dys.*, cellules dyskératosiques dans la croûte. — *c'.*, couche cornée en hyperkératose simple. — *i.*, corps papillaire infiltré et déformé. — *ch.*, chorion atrophique. — *g. s.*, glomérule sudoripare très altéré.

se voit un épiderme très épais et très irrégulier, bourgeonnant en surface et en profondeur.

La couche granuleuse n'existe qu'en quelques points. Le corps muqueux présente dans certains bourgeons un œdème parenchymateux très marqué et des cellules disparates, difformes et monstrueuses, à noyaux quelquefois bosselés ou multiples ; dans d'autres bourgeons les éléments sont moins

altérés et les cellules dyskératosiques sont isolées. L'aspect de ces bourgeons, surtout des premiers, rappelle de fort près celui que l'on observe dans les verrucosités de la kératose arsenicale, de la radiodermite chronique et du xeroderma pigmentosum, quand elles sont en voie de devenir épithéliomateuses.

Le corps papillaire est envahi par le bourgeonnement épithélial, et l'on y voit des restes d'infiltrat cellulaire à plasmazellen. Les papilles sont allongées, ramifiées et très déformées. Le chorion est franchement atrophique, a des faisceaux conjonctifs grêles et œdémateux et des vaisseaux élargis.

On remarquera sur la figure 7 un glomérule sudoripare très altéré, superficiellement situé et formé de boyaux pleins et bourgeonnants ; j'en ai trouvé plusieurs de pareils dans des placards hyperkératosiques ou verruqueux. Il est difficile de rattacher cette lésion au processus de dyskératose ou à l'épithéliomisation ; peut-être s'agit-il d'une malformation originelle, ce qui pourrait conduire à soupçonner que la dyskératose elle-même serait liée originairement à une malformation cutanée locale.

3° *Stade du cancer* (*fig. 8*).

Que le bourgeonnement épithélial avec tendance à l'atypie que j'ai décrit au paragraphe précédent, est bien le début d'une transformation en tumeur maligne envahissante, cela est prouvé par le résultat de l'examen histologique du ganglion axillaire de ma malade de l'observation I.

Le ganglion, énormément accru de volume, est nettement cancéreux. Dans une coque fibreuse incomplète, qui est le reste de la capsule ganglionnaire, j'ai vu un stroma scléreux dense, dans les mailles duquel sont logés des amas de cellules épithéliales, arrondis, allongés, lobulés ou diversement ramifiés. La structure du ganglion est à tel point modifiée qu'on ne peut plus y reconnaître de tissu caverneux, de follicules et de cordons folliculaires. Les amas épithéliaux sont nettement circonscrits et, par l'effet de leur rétraction sous l'influence des réactifs, séparés du stroma par des espaces vides. Ils sont composés de cellules de type malpighien, encore reconnaissables malgré les altérations très marquées qu'elles présentent. Ces cellules sont en effet très inégales et irrégulières, souvent œdémateuses et vacuolisées, munies de noyaux petits ou gros, quelques-uns difformes ou multiples et se colorant avec une intensité variable. On rencontre aussi parmi elles quelques cellules monstrueuses à noyaux énormes bourgeonnants ou multiples.

Les altérations de ces masses épithéliales hétérotopiques sont en somme, non seulement analogues, mais identiques à celles des lésions cutanées dont elles proviennent.

Par endroits on rencontre des foyers de dégénérescence colloïde de ces boyaux cancéreux ; sur le point représenté figure 8 il n'en existait qu'un petit (*b'*) ; ailleurs j'en ai vu de dix ou quinze fois plus étendus. Ils se composent d'une accumulation d'une substance colloïde, teintée en rouge orange par l'éosine, et qui résulte de la confluence de cellules colloïdes, dont on peut trouver au pourtour des échantillons isolés sous forme de

boules hyalines. Ces boules sont quelquefois munies d'un ou de plusieurs noyaux à la façon de cellules géantes.

Autour des lacunes qui renferment les boyaux cancéreux subsistent

Fig. 8. — *Glanglion cancéreux de l'aisselle* (observation I).

t. a., tissu adipeux périganglionnaire. — *a.*, artériole. — *caps.*, capsule du ganglion. — *t. l.*, reste de tissu lymphoïde. — *b.*, boyau cancéreux. — *b'.*, autre boyau cancéreux renfermant un foyer de dégénérescence colloïde. — *c. g.*, cellules géantes, probablement épithéliales. — *st.*, stroma fibreux.

quelques restes de tissu lymphoïde; on y trouve fréquemment de grosses cellules de formes anguleuses multinucléées, à protoplasma granuleux acidophile, qui semblent être des cellules géantes d'origine conjonctive, mais sont probablement plutôt des éléments épithéliaux immigrés.

Le centre des travées du stroma est franchement fibreux, avec vaisseaux rares et à parois scléreuses.

De la description histologique que je viens de faire des divers stades de la Dermatose de Bowen, ainsi que des figures qui l'illustrent, il ressort avec la dernière évidence que les lésions cutanées qui caractérisent cette affection diffèrent essentiellement de celles du psoriasis, des parakératoses psoriasiformes, de la kératose sénile, du lichen, des syphilides, etc.

Le seul rapprochement qu'elles suggèrent est celui de la maladie de

Paget. On sait que le *Paget's disease of the nipple* s'observe dans l'immense majorité des cas sur le mamelon et l'aréole de femmes ayant dépassé la quarantaine ; on n'en a cité, qu'exceptionnellement tout à fait, quelques cas dans d'autres régions et même chez l'homme. Abstraction faite de cette circonstance on ne saurait méconnaître que les lésions n'offrent dans les deux maladies un certain nombre de traits communs. L'altération cavitaire des cellules malpighiennes, l'aspect bouleversé et disparate du corps muqueux, les noyaux difformes, bosselés et multiples, les corps arrondis et capsulés et les cellules monstrueuses qu'on rencontre jusque dans la couche cornée, — d'autre part l'infiltrat cellulaire, avec plasmazellen, limité au corps papillaire — se rencontrent dans les deux cas. L'une et l'autre de ces maladies ont une évolution très lente et conduisent, après un grand nombre d'années, à la production d'un cancer ganglionnaire d'un type analogue, et à ses conséquences fatales.

Mais on doit relever une différence histologique importante laquelle, comme de raison, conduit à une différence clinique des plus apparentes. Dans la maladie de Paget le désordre des cellules malpighiennes et leur œdème parenchymateux s'accompagnent régulièrement d'une dissolution de leur appareil filamenteux ou acantholyse ; les cellules épidermiques, ou la plupart d'entre elles tout au moins, n'étant plus reliées entre elles par leurs filaments d'union, ne peuvent plus constituer un revêtement continu et une couche cornée cohérente ; la surface atteinte est donc érosive, suintante ou croûtelleuse, exulcéreuse même par endroits, mais jamais elle n'est hyperkératosique.

La maladie de Bowen au contraire est essentiellement hyperkératosique ; parfois une exsudation de sérosité vient imbiber la couche cornée et la transforme en squame-croûte ; mais toujours et à tous les stades, la couche cornée, parakératosique ou non, existe, et peut prendre même une épaisseur énorme. Le fait s'explique aisément : l'appareil filamenteux qui relie les cellules malpighiennes persiste (voir *fig.* 3) et cela même quand le désordre et l'œdème parenchymateux sont très accusés.

Je pense donc que, malgré les analogies indiscutables, on ne saurait en aucune façon identifier deux affections dont l'une a un siège d'élection précis, un sexe préféré, et se présente longtemps sous forme d'une nappe plus ou moins érosive, ressemblant à un eczéma suintant — l'autre atteint, chez les deux sexes, n'importe quelle région, a des foyers multiples et affecte au début l'apparence de papules lenticulaires ou discoïdes, toujours plus ou moins hyperkératosiques, qui ressemblent à du lichen ou à du psoriasis.

Nomenclature.

Bowen, auquel revient incontestablement l'honneur d'avoir le pre-

mier donné une description clinique et histologique de cette maladie (avec une photographie clinique et 4 microphotogrammes), ne lui a pas donné de nom. Son article (*Journal of Cutaneous Diseases,* mai 1912) a pour titre : *Precancerous dermatoses : A Study of two cases of chronic atypical epithelial proliferation,* et, à propos des deux cas de cette affection nouvelle, traite de la maladie de Paget, de la radiodermite, du xeroderma, des kératoses sénile et arsenicale et de la psorospermose folliculaire ; on ne saurait accepter comme dénomination d'une affection de la peau, le sous-titre de cet article.

En revanche c'est bien une dermatose précancéreuse et l'auteur a eu d'autant plus de mérite à le reconnaître que, dans ses deux cas, la transformation maligne ne s'était pas encore réalisée. C'est pourquoi je propose de lui attribuer soit le nom de *Dermatose précancéreuse de Bowen,* soit un nom qui rappelle à la fois ses caractéristiques histologiques et cliniques, tel que *dyskératose lenticulaire et en disques.*

SUR L'ANGIO-NÆVUS ANÉMIQUE

par **MM. Nanta** et **Lavau.**

[Travail de la Clinique de Dermatologie et Syphiligraphie de Toulouse. (Pr Ch. Audry)].

C'est en 1906 que H. Vörner décrivit pour la première fois le nævus anémique, dont une quinzaine d'observations allemandes ont été publiées depuis. Nous croyons apporter la première observation française.

Ce n'est pas que cette affection soit rare : Vörner en a vu six cas en six ans. Si les dermatologistes ne l'ont point décrite plus souvent c'est sans doute en raison du peu d'importance qu'il convient d'y attacher en apparence, et aussi en raison de l'ignorance où nous sommes sur la nature du nævus en général. Cependant cette curieuse variété de nævus peut donner lieu à plus d'une erreur clinique ; et d'autre part, pour si sommaires que soient les connaissances actuelles touchant sa pathogénie et son anatomie pathologique, on peut affirmer qu'il s'agit d'un trouble vasculaire congénital différent de tous ceux que l'on connaissait jusqu'ici. C'est pourquoi il nous a paru bon de rapporter ici les observations et les remarques qui ont trait au nævus anémique et de les résumer en une courte monographie.

Observations.

Voici tout d'abord les quatre premières observations de Vörner.

Obs. I. — Un voyageur se présente souffrant d'angine et de bronchite. La peau du tronc et du cou est très rouge. Sur le côté gauche du cou existe un groupe de petites taches claires de la taille d'une lentille à celle d'un pfennig, ovalaires, à bords un peu déchiquetés, siégeant en avant et en arrière du cou sur une largeur d'environ 2 à 3 travers de doigt. Le malade raconte que l'affection est congénitale. La friction de la peau fait paraître les taches plus évidentes sur les bords devenus plus rouges. L'application d'une lame de verre les fait disparaître.

Obs. II (Vörner). — Femme âgée qui présente sur la face antérieure des deux avant-bras, symétriquement, de petites taches blanches disséminées ou groupées, lenticulaires, à bords un peu déchiquetés. La peau environnante est un peu rouge et pigmentée. L'affection date de l'enfance et ne s'est pas modifiée depuis. La pâleur est plus manifeste après frottement. L'application d'une lame de verre la fait disparaître ; l'application d'acide carbonique provoque une rougeur vive au pourtour des taches seulement.

Obs. III (Vörner). — Homme, 55 ans, traité pour une affection pulmonaire. Dans le dos, entre la 9e et la 10e côte, on voit une tache claire mesurant 5 centimètres sur 10 centimètres, située à 3 travers de doigt de la ligne médiane. Les bords sont déchiquetés et imprécis. Après application de moutarde, les îlots clairs sont plus apparents et dessinent une carte de géographie sur la rougeur environnante. Si on trace avec l'ongle un trait sur sa peau, on ne provoque pas de rougeur sur la tache.

Obs. IV (Vörner). — Étudiant 20 ans. Venu pour traiter un érythème chrysarobinique, ayant été atteint de pityriasis versicolor. La peau du tronc occupée par la rougeur diffuse de l'érythème, présente sur le côté droit un groupe de petites taches claires de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, plus ou moins groupées à bords déchiquetés. L'ensemble couvre une surface d'environ la moitié de la paume de la main, située à deux travers de doigt sous la clavicule et débordant à peine à gauche la ligne médiane. La disparition de l'érythème chrysarobinique en rendant ces contrastes moins frappants laissait reconnaître à peine quelques taches claires. L'application d'un sinapisme les faisait réapparaître en clair sur la peau plus rouge. Elles ne donnaient pas de raies rouges lorsqu'on les rayait avec l'ongle. L'application d'une lame de verre faisait disparaître leurs limites : elles n'étaient plus visibles. L'affection était congénitale.

Obs. V (Seeger). — Femme de 28 ans. Sur le thorax à gauche entre la 1re et 5e côte siège une tache blanche à peine distincte de la peau normale. Elle est composée de macules miliaires ou lenticulaires confluant parfois en grands îlots larges de 1 à 2 centimètres. La compression avec une lame de verre les fait disparaître ; elles sont plus apparentes après frottement, semblables à des îlots anémiques sur un fond rouge ; mais, si alors on applique une lame de verre, elles disparaissent. Le grain de la peau est le même au niveau des taches.

Obs. VI. — Malade observé par le Pr Hoffmann. — Nævus anémique large comme la paume de la main chez un homme.

Obs. VII (Fischer). — Homme, 21 ans, traité pour blennorrhagie. Sur le côté droit du thorax existe une surface blanchâtre large comme la paume de la main affleurant l'extrémité externe de la clavicule. Ses bords sont déchiquetés, en carte de géographie. Le malade se rappelle qu'il l'a depuis très longtemps. Il a observé qu'elle était plus apparente dans les bains chauds. La pression avec une lame de verre fait disparaître l'efflorescence ; l'excitation de la peau la rend plus apparente. Aucun trouble de la sensibilité à ce niveau.

Obs. VIII (Fischer). — Malade traité pour blennorrhagie, qui présente sur le côté gauche de la poitrine un groupe de taches blanchâtres dont la plus étendue a un diamètre de 1 centimètre, à contours déchiquetés, plus apparentes après excitation de la peau. Aucune différence dans la pigmentation. Pas de trouble de la sensibilité. Le malade a remarqué cette anomalie depuis plusieurs années. Il semble que les taches s'accroissent lentement.

Obs. IX (Fischer). — Homme, traité pour chancre. On voit sous la clavicule gauche une surface blanche formée de taches tantôt isolées, tantôt confluentes, irrégulières, plus apparentes après irritation de la peau. La sensibilité est normale à cet endroit.

Obs. X (Fischer). — Homme traité pour syphilis et porteur de leucodermie du cou. Sur le côté gauche de la nuque au niveau de la 7e vertèbre cervicale et jusque sur la ligne médiane se voit une surface pâle large de 8 centimètres sur 4 centimètres, formée d'aires arrondies ; elle n'est pas plus pigmentée que la peau voisine. L'excitation de la peau avoisinante la rend plus apparente, ne déterminant au niveau des taches blanches qu'une faible rougeur fugace, tandis que la peau voisine rougit vivement. Les sécrétions sudorale et sébacée, la sensibilité y sont normales.

Obs. XI (Fischer). — Homme traité pour chancre simple. Au-dessous de l'apophyse mastoïde il y a une efflorescence de 10 centimètres sur 4 centimètres de large, formée de taches dont la plus grosse a 2 centimètres de diamètre. Cette surface est pâle, les contours sont irréguliers et déchiquetés. A l'intérieur des taches les plus grandes se voit à peine un pointillé de peau normale. La compression par une lame de verre fait disparaître le contraste entre la peau pâle et la peau normale. La pigmentation y est normale. On voit au-dessus de cette région quelques télangiectasies. En rayant la peau avec l'ongle on détermine sur les surfaces pâles une raie moins apparente et plus fugace que sur la peau normale. La sensibilité y est normale.

Obs. XII (Stein). — Homme, 24 ans, traité pour gale. Sur la joue droite existe un nævus vasculaire rouge violacé. Sur la clavicule gauche il existe une tache blanche qui s'étend sur toute la région sous-claviculaire. Le contour est irrégulier. A la périphérie il y a un grand nombre de petites taches également blanches. Au dos, depuis l'omoplate jusqu'à la région lombaire, il existe également une grande zone blanchâtre à contours irréguliers, et déchiquetés. L'application d'une lame de verre, en anémiant la peau normale, fait disparaître les taches blanches. La sensibilité est normale. La sécrétion sudorale n'est pas modifiée. Exposées à la chaleur les plaques blanches rougissent lentement et leur contour devient plus apparent. En frottant la peau avec un chiffon sec, on fait rougir légèrement les zones claires et, en insistant, on peut les faire disparaître complètement. Mais la rougeur disparaît plus vite en ces points que sur la peau voisine.

La rayure de la peau devient rouge également sur la peau saine et sur la peau pâle ; la raie anémique n'existe que sur la peau normale. Après un instant il se forme sur toute la raie une petite élévation pâle. Le liséré érythémateux de cette élévation disparaît plus vite sur la peau anémique ; mais l'élevure linéaire a une durée égale partout.

Une ventouse de Bier détermine un amas de sérosité pendant 10 minutes, et laisse un cercle rouge sur la peau blanche ; ce cercle disparaît rapidement lorsque la ventouse est enlevée.

L'injection intra-dermique d'une goutte de solution de morphine à 1 pour

100 donne en 30 minutes une papule blanche qui dure 5 minutes, atteint 1 centimètre et demi de diamètre, et s'entoure d'une zone inflammatoire d'une largeur double, cela aussi bien sur la peau pâle que sur la peau normale. La zone rouge survient plus tard et disparaît plus vite sur la peau pâle.

L'acide carbonique neigeux en application sur la peau provoque l'apparition d'une papule bordée d'une zone rouge. Mais la rougeur disparaît plus vite sur la peau pâle. L'application d'une éprouvette chaude sur la peau pâle provoque un érythème aussi promptement que sur la peau normale, mais dans le premier cas il disparaît plus vite.

L'emplâtre de cantharides forme partout, au bout de trois heures, des vésicules égales.

Obs. XIII (Stein). — Garçon de 1 an et demi traité pour eczéma. Dans la région de l'os malaire gauche se trouve une tache déprimée large d'un travers de doigt. Le rouge de la joue est parsemé de nombreuses taches claires entre lesquelles circulent des vaisseaux élargis. La tache la plus large, au niveau de la fossette, est ovale, et mesure 3 centimètres sur 5 centimètres ; les autres sont moins grandes et mesurent 1 centimètre en moyenne. Elles sont toutes plus apparentes quand l'enfant crie et que sa peau rougit. Elles disparaissent à la compression par une lame de verre. La sensibilité, la sudation dans le bain de lumière y sont normales. L'excitation avec un linge les rend plus évidentes. La ventouse de Bier provoque un cercle rouge normal. Lorsqu'on fait inhaler du nitrite d'amyle à l'enfant, quelques taches disparaissent ; la plupart restent pâles. L'application de neige carbonique provoque les mêmes phénomènes que sur la peau saine.

Obs. XIV. — Homme de 71 ans, traité pour prurit sénile. Dans l'espace interscapulaire, entre la 6e et la 12e vertèbre dorsale, se trouve une tache pâle (quoique la pigmentation soit normale) dont les contours disparaissent par la compression d'une lame de verre. Elle renferme cependant quelques îlots de peau normale. La rougeur à la rayure est plus faible que dans le voisinage. On n'y observe pas d'urticaire factice. La neige carbonique provoque une réaction normale ; cependant l'érythème est plus faible qu'ailleurs ; l'emplâtre cantharidien provoque la vésiculation ordinaire.

Obs. XV et XVI. — Deux malades observés par le Pr Jadassohn et mentionnés brièvement par Stein.

Obs. XVII (Sprinzels). — Surface mal limitée, découpée en carte de géographie, située sur l'hypogastre à gauche ; couleur pâle, sensibilité normale. Ses contours disparaissent par la compression par une lame de verre. Dermographisme normal ; réaction plus fugace que sur la peau saine.

Observation personnelle.

Dal. Henri, 30 ans, exerçant la profession de manœuvre, entre le 17 janvier 1914 dans la clinique de syphiligraphie de Toulouse pour un sarcocèle syphilitique. Le malade présente en outre un nævus anémique remarquable.

Il existe en effet, disséminées sous la peau, des taches blanchâtres, qui sont congénitales, et qui ont toujours présenté une topographie invariable. Elles couvrent la face dorsale de la main et de l'avant-bras gauche, la face antéro-externe du bras et envahissent le thorax. Elles se disposent alors en une nappe continue sur la peau qui recouvre le muscle grand pectoral, jusque sur le sternum, mais ne dépassant pas la ligne médiane; puis, passant dans l'aisselle et sur le moignon de l'épaule, elles se développent sur le dos jusqu'au niveau de la pointe de l'omoplate et atteignent la ligne médiane du corps. Le cou est complètement respecté. Il n'existe aucune tache semblable sur la moitié droite du corps.

L'aspect de ces taches est particulier; leur dimension est très variable; les plus grandes égalent la paume de la main, les plus petites sont punctiformes. Leurs bords sont déchiquetés, irréguliers; deux taches voisines se confondent parfois par leurs bords voisins, et certaines de ces taches ont un contour polycyclique. Parfois des îlots de peau normale se trouvent isolés au milieu des taches blanches.

Si l'on frotte vivement la peau on voit la peau saine rougir d'abord; les taches blanches rougissent ensuite, mais beaucoup moins que la peau environnante, de sorte que ces taches blanches deviennent beaucoup plus visibles. Si l'on applique une lame de verre sur la région malade et que l'on exerce une pression soutenue, on voit les taches disparaître complètement par suite de l'anémie intense produite dans la peau normale. Cette manœuvre montre clairement qu'il ne s'agit pas d'un trouble de la pigmentation comme dans le vitiligo. Il n'existait aucune affection semblable sur les parents du malade.

En résumé il s'agit bien ici d'un cas typique de nævus anémique, avec cette particularité que les zones frappées sont restées cantonnées sur une moitié du corps.

Description du nævus anémique. — On peut décrire de la manière suivante cette curieuse affection.

Sur la peau saine, parfois parsemée de télangiectasies constituant un véritable nævus vasculaire, on remarque un groupe de taches blanches qui semblent anémiques par rapport à la peau voisine, saine ou congestionnée.

L'élément de la lésion est formé par une macule blanchâtre, arrondie, lenticulaire, non saillante ni déprimée, à bords imprécis ou déchiquetés. Les poils qui poussent à ce niveau sont de couleur normale; les sillons de la peau sont bien visibles. Ces éléments sont groupés tantôt en une seule large surface dont les bords sont découpés en forme de carte de géographie, tantôt en plusieurs aires au voisinage desquelles se disposent quelques taches isolées. L'ensemble atteint souvent les dimensions de la paume de la main. Le siège le plus fréquent est la partie antérieure du thorax, ensuite viennent la nuque et le dos; les membres sont rarement atteints. La lésion est presque toujours unilatérale; elle affleure parfois la ligne médiane, mais elle la déborde rarement; bien qu'on l'ait vue frapper symétriquement les membres on

n'est pas autorisé à lui reconnaître une systématisation bien nette.

Les orifices des glandes sudoripares sont normaux ; les poils ont leur couleur habituelle.

La sensibilité à la chaleur, à la douleur et au tact demeure tout à fait normale.

Ainsi constituée, surtout lorsque les taches blanches sont situées au milieu d'une zone de peau parsemée de télangiectasies, la lésion est facilement reconnaissable. Il n'y a pas en effet d'achromie : les poils ont leur coloration normale, la peau environnante n'est pas plus pigmentée qu'ailleurs, et la peau des zones blanches a la même coloration qu'une peau normale mais anémiée. Il ne s'agit donc ni de leucodermie ni de vitiligo, ni d'achromie cicatricielle. De plus l'affection est congénitale. En pressant avec une lame de verre sur la région malade on voit les taches blanches disparaître complètement, ce qui met hors de cause un trouble quelconque de la pigmentation.

Pour bien mettre en évidence l'origine vasculaire de ces taches blanches, il convient de pratiquer les diverses épreuves dont le détail figure dans l'observation de Stein. Les principales sont celles-ci : l'excitation de la peau par friction détermine la rougeur de la peau saine et laisse la zone blanche anémiée, ce qui rend ces dernières plus évidentes ; si l'on trace avec l'ongle une raie qui traverse le nævus, on voit se former une ligne rouge plus précoce, plus large, et plus durable sur la peau saine que sur la région blanche. Ces manœuvres suffisent à caractériser le nævus anémique : cette affection nous apparaît comme due à un trouble de la vascularisation cutanée, et nullement de la pigmentation.

Pathogénie et anatomie pathologique. — Que représente donc ce nævus anémique ? Les constatations anatomiques qu'ont relevées Vörner, Seeger, Fischer et Stein ne sont pas faites pour résoudre le problème que soulève cette anomalie d'origine évidemment vasculaire.

Il est certain en effet que la distribution en aires arrondies et groupées témoigne d'une lésion des vaisseaux cutanés ; de plus, les divers troubles vaso-moteurs qu'il est facile de mettre en évidence et les télangiectasies parfois visibles, ne peuvent faire penser qu'à une origine vasculaire de cette affection.

Sur ce point tout le monde est d'accord ; mais la difficulté commence quand il s'agit de déterminer exactement la nature des lésions.

Vörner avait tout d'abord signalé que la seule anomalie visible au niveau des taches pâles consistait dans l'état particulier des vaisseaux. Ceux-ci présentaient dans toute l'épaisseur de la peau les caractères des capillaires : leur paroi était très délicate, entourée parfois de quelques cellules conjonctives étoilées, mais dépourvue de muscles et de fibres élastiques ; la lumière ne renfermait que rarement des globules rouges et n'était jamais dilatée.

En somme les vaisseaux paraissaient incapables de se dilater, étant donnée l'absence complète de veinules ou d'artérioles.

Seeger confirma que tous les éléments de l'épiderme et du derme étaient normaux et que la seule anomalie constatée était l'absence de vaisseaux dilatables.

Cependant Fischer ne vit aucune anomalie de ce côté malgré les comparaisons attentives qu'il put faire entre la peau normale et celle des taches blanches.

Stein de son côté nota que l'on pouvait tout au plus incriminer la diminution du nombre des vaisseaux, mais qu'en réalité la structure des veinules et des artérioles ne présentait rien de particulier. Il fait remarquer d'ailleurs que, même s'il n'existait que des capillaires dans ce territoire, cela n'aurait pas suffi à provoquer une anomalie durable de cette nature ; en effet les capillaires sont capables de se dilater passivement dans une région où une excitation quelconque a provoqué de la congestion. Il semble donc que, si le nævus anémique est dû parfois à une malformation vasculaire, il n'en est pas toujours ainsi. On peut alors se demander si l'affection ne relève pas d'un simple trouble dans les réactions vaso-motrices ; aussi serait-il important d'être fixé sur le rôle que joue le système nerveux central ou périphérique dans la production des taches anémiques. On ne sait rien de bien précis sur la part que prend le système nerveux dans la distribution des lésions. On peut cependant faire quelques remarques importantes. C'est ainsi que la distribution des éléments n'est pas rigoureusement symétrique. Elle n'affecte pas non plus une topographie nettement radiculaire ni périphérique. On est donc amené à soupçonner une lésion des nerfs vaso-moteurs portant sur un territoire vasculaire quelconque.

La nature intime de ce trouble vaso-moteur est difficile à déterminer. Il semble que l'anémie constante de ces taches blanches n'est pas due à une paralysie des vaso-dilatateurs, puisque les réactions congestives à la chaleur et à l'excitation mécanique persistent, quoique atténuées. Il y a tout au plus une limitation de la vaso-dilatation. On peut au contraire concevoir une vaso-constriction permanente des vaisseaux due à l'absence d'une action inverse dilatatrice suffisante, comme il peut arriver au niveau de la musculature de l'iris. Du fait que la maladie est congénitale, on pourrait donc conclure sinon à une absence complète des nerfs vaso-dilatateurs, du moins à une aplasie partielle de ces nerfs.

D'autre part l'aplasie vasculaire décrite par certains auteurs explique facilement cette anémie constante au niveau de la lésion ; malheureusement elle n'est pas toujours constatée : nous sommes donc conduits, du moins pour le moment, à admettre tantôt une origine vasculaire, tantôt une origine nerveuse vaso-motrice.

Il convient de signaler que Vörner a observé des cas de nævus ané-

mique qui n'étaient plus congénitaux, mais acquis et consécutifs à des affections locales. La pathogénie de ces dermato-anémies acquises est aussi obscure que celle du nævus anémique congénital.

Tels sont, exposés brièvement, les principaux caractères de cette affection curieuse et rare.

BIBLIOGRAPHIE

Vörner, Ueber Naevus anaemicus. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1906, t. 82, p. 390-398.

Seeger, Ein Fall von Naevus anaemicus. *Thèse,* Leipzig, 1908.

Fischer, Ueber Naevus anaemicus. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1909, t. 96, p. 47-58.

Stein, Ueber Naevus anaemicus. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1910, t. 101, p. 311-320.

Sprinzel, Verhandlung der Wiener dermatologischen Gesellschaft. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 105, p. 263.

Brauer, Ueber ein seltenes syphilitisches Exanthem. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 104, p. 84.

Vörner, Zirkumskripte Dermatoanämien. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1912, t. 111, p. 149-154.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PIQURES DE TIQUES

par le Dr Narbel.

Les chasseurs qui parcourent les bois, les chasseurs de bécasses en particulier, ont quelquefois l'occasion, au retour au logis, de sentir une adénite légère dans la région axillaire surtout, ou au ganglion cubital. S'ils en recherchent la cause, ils trouvent fixés, sur l'avant-bras généralement, un petit parasite bien connu de tous ceux qui ont des chiens. Il s'agit là de la tique, l'ixodes ricinus.

Ce petit arachnide est un animal intéressant et relativement peu connu ; il est remarquable par l'extensibilité de ses téguments, de sorte que la femelle pleine et repue est infiniment plus volumineuse qu'à jeun. Elle se fixe sur la peau par un rostre acéré, et au bout de quelques jours, acquiert une forme globuleuse qui rappelle une graine de ricin, d'où son nom. A jeun elle mesure 3-4 millimètres de long sur 3 de large ; elle est aplatie et jaunâtre, et présente deux orifices, l'anus en arrière et la vulve en avant. Une seule pièce est chitineuse, c'est l'écusson qui est dorsal et presque seul visible quand l'animal est à jeun. C'est sur cet écusson que s'insèrent les pièces buccales, tandis que les pattes sont fixées à la partie antéro-inférieure du corps.

La femelle seulement est parasite de l'homme ; le mâle est parasite de la femelle et vit accroché à sa face ventrale. Il ne grossit pas et se laisse tomber son rôle achevé. L'ixode vit généralement dans les buissons, dans les bois de chênes surtout. Il n'est pas toujours facile de le trouver à l'état libre.

J'ai eu l'occasion pourtant, une fois ou deux, d'en observer sur des branches basses. Il infecte complètement certains fourrés ; un des hôtes des plus fréquents est le hérisson ; cet animal en colporte toujours quelques douzaines d'exemplaires.

Si un animal ou un homme passe dans ces fourrés infestés, l'ixode se laisse tomber sur lui et se cherche une place commode et recouverte pour se fixer. Le bras et l'avant-bras sont ses endroits de prédilection chez l'homme, mais j'ai souvent eu l'occasion d'en observer fixés sur toutes les parties du corps, à condition toutefois que celles-ci soient couvertes. Je n'en ai jamais vu sur la face, ni sur les mains.

La femelle adhère donc sur la peau, par le moyen de ses pattes d'abord, puis de son rostre, qu'elle enfonce petit à petit dans l'épiderme. Ces préliminaires passent volontiers inaperçus, car ce rostre est si

pointu, et manié si savamment que sa piqûre n'éveille généralement aucune douleur, et, quand on s'aperçoit de la chose, l'animal est déjà fixé, souvent depuis plusieurs heures.

Le rostre est armé de pointes acérées, tournées en arrière et qui le maintiennent solidement ; il s'enfonce peu à peu à mesure que les mandibules tranchantes incisent la peau devant lui.

La biologie de cet animal a été fort bien étudiée, par les Anglais notamment (1).

La femelle devenue adulte est fécondée par un ou plusieurs mâles qui l'entourent. Les œufs atteignent leur développement parfait en 6 semaines à 2 mois. Ils sont déposés sur le sol au nombre de 800 à 1000 et mettent un temps variable pour éclore. Cette durée est de 6 semaines à 6 mois suivant les conditions extérieures de température surtout. De l'œuf sort une petite larve grise, vermiforme, hexapode qui transporte avec elle les débris nutritifs de l'œuf dont elle vit pendant 3 à 6 jours. A ce moment elle se met en quête d'un hôte, souvent un animal à sang froid, un lézard par exemple. J'ai eu personnellement l'occasion, à Ceylan, de trouver des tortues ou des varants couverts de ces larves de tique.

Le temps pendant lequel la jeune larve reste fixée sur ce premier hôte paraît assez variable. On admet que sur les animaux à sang froid elle reste plus longtemps que sur les mammifères ; puis, au bout d'un certain nombre de jours ou de semaines, après s'être détachée de son hôte, elle change de peau. La nymphe ainsi formée ne diffère plus guère de l'adulte que par l'absence du pore génital. Mais elle a acquis par cette mue la quatrième paire de pattes qui lui manquait jusqu'alors.

Un second hôte l'accueillera alors pendant un temps assez considérable, un ou deux mois, probablement. La nymphe bien nourrie se détache, se laisse tomber et subira la dernière mue qui la transformera en tique adulte ; la durée de sa vie varie de 1 à 3 ans. Il faut remarquer que dans cette évolution qui dure un cycle de 8 mois à 1 an, la nature a prévu le cas où la larve, la nymphe ou l'adulte ne trouveraient pas un hôte où se fixer et se nourrir de suite après la mue. Aussi ces animaux peuvent-ils rester longtemps à attendre sans dommage. Une tique peut attendre son prochain repas pendant plusieurs mois si cela est nécessaire.

Chose curieuse à constater, c'est quand la nourriture lui est le plus nécessaire, c'est-à-dire quand la femelle est fécondée qu'elle reste le moins longtemps fixée. Chez l'homme, chez le chien, la tique femelle ne reste guère plus de 8 à 15 jours ; cet espace de temps suffit aux œufs pour subir leur développement complet. Son tube digestif est beaucoup plus parfait et probablement l'appareil de succion aussi.

(1) Georges F. Nuttel et Cécil Waburton, *Ticks, a monogruphy of the ixodes.*

Au point de vue médical, la tique est intéressante à deux points de vue. Elle est d'abord l'agent de transmission des pyroplasmoses.

Cette particularité est bien étudiée et bien connue aujourd'hui. Mais à côté de ce rôle de véhicule, la tique est la cause directe de lésions dermatologiques beaucoup moins décrites, et c'est ce côté de la question que nous voulons étudier ici.

En effet la tique fixée sur la peau humaine produit une lésion toujours analogue à elle-même et qui est évidemment due à la réaction de l'organisme contre un poison spécifique. Tout le monde connaît la réaction spéciale produite par les piqûres de la puce, réaction qui varie beaucoup suivant le terrain de l'individu piqué, mais qui est la même pour le même individu, et pour la puce seulement. Le Phtirius pubis chez certains individus prédisposés produit les taches bleues caractéristiques de son poison, et qui ne sont pas produites par une autre substance.

La tique elle aussi produit une lésion spéciale, que nous décrirons plus loin, et qui est produite par un venin déjà assez bien étudié.

Bonnet(1) a étudié l'anatomie de la tique et très bien décrit les glandes à venin de ces animaux.

Ces glandes sont très analogues à celles de la vipère ou de Zomenis viridiflavus. Elles sont constituées par d'énormes cellules à plusieurs noyaux qui viennent se vider dans les conduits des glandes salivaires.

Sabbatani à Cagliari a montré que ce venin spécial est une anti-coaguline. Il l'a spécialement étudié. Pour cela il a broyé des têtes de tiques dans un mortier, repris la pâte ainsi obtenue par de l'eau physiologique, ajoutant à ce liquide filtré autant de centimètres cubes d'eau physiologique qu'il avait employé d'animaux, de façon qu'un centimètre cube de liquide correspondit à une tique.

In vitro 3-4 centimètres cubes de cette solution retardent la coagulation du sang humain de 24 heures.

Il a introduit la même solution en injection intraveineuse chez le chien, et examiné le sang après 3, 25 et 40 minutes. Le retard de coagulation est très évident. Le sang recueilli 40 minutes après l'injection ne coagule plus, ou très mal et seulement après 24 heures.

La dose injectée était de 1 centimètre cube par kilogramme d'animal. Chez le chat, le lapin, le cobaye, l'effet fut analogue, mais plus faible. La substance active n'est pas microbienne, mais chimique. Elle est précipitable par l'alcool. Le filtrat ainsi obtenu et repris par la solution physiologique reproduit les mêmes effets.

Cette solution injectée en doses plus fortes diminue la pression sanguine, la rapidité du pouls augmente. Puis les réflexes diminuent, la prostration survient et l'animal meurt.

(1) Bonnet, *Recherches sur l'anatomie comparée et le développement des ixodes.*

En diminuant les doses, Sabbatini a observé chez le chien et le chat les phénomènes suivants : diarrhée, vomissements, trémor, diminution de la pression sanguine. Les globules sanguins se crénèlent, mais ne s'hémolysent pas. L'action du venin sur les globules blancs est beaucoup moins sensible.

L'immunité s'acquiert assez rapidement.

Une poule(1) piquée par une tique à la crête montre une tache ecchymotique, typique, qui met assez longtemps à guérir. Puis si on la soumet ensuite à la même épreuve, la tache ne se reproduit pas. La piqûr des argas produit des lésions analogues.

Si le venin des tiques, son mode d'action a bien été étudié, il n'en est pas de même des lésions provoquées sur la peau humaine par cet animal.

José F. Santano (2) décrit une épidémie qu'il a pu observer à Laurenco Marques. Dans le veld, les larves sont abondantes dans les prairies fréquentées par les vaches, il a vu nombre de malades piqués. Ceux-ci présentent à l'endroit atteint une papule rougeâtre, ne tendant pas à la suppuration, et présentant très vite une adénite, les malades se plaignent de douleurs générales et de courbatures.

De Geer et Dubini indiquent simplement que la piqûre da la tique produit une éruption psoriasiforme.

Raillet (3) indique que la piqûre de tique produit une aréole rouge à la périphérie de l'endroit atteint, et un rapide engorgement ganglionnaire.

Blanchard décrit une série de cas graves d'empoisonnement par les tiques. Il relate des cas de pénétrations de la larve ou de l'adulte, et décrit une tumeur de la grosseur d'une noix, sur la peau de l'abdomen, comme un kyste séborrhéique et dans laquelle, à l'ouverture, on trouve une tique vivante.

Ces cas sont très exceptionnels. En général, comme je le disais au début, l'attention est attirée avant tout par l'adénite concomitante, et je ne pense pas que cette adénite soit due à une infection surajoutée pour cette raison que, si l'ixode est enlevée entièrement, on ne constate presque jamais de suppuration à l'endroit de la piqûre, généralement pas même de phénomènes inflammatoires.

Ayant eu l'occasion dans des recherches zoologiques sous les tropiques, de préparer de grandes quantités de mammifères, des singes surtout, infectés de nombreux ixodes, j'ai été attaqué par ces parasites à de nombreuses reprises.

(1) George H. F. Nuttel and Cyril Stricklaw. On the presence of an anticoagulin in the salivary glandes et intestines of argas persicus. *Parasitology*, vol. I. 1908.
(2) José F. Cantano. On a disease in man, following Tick Bites as occuring in Laurenco Marques. *Parasitology*, vol. IV, 1911.
(3) H. Raillet. *Traité de zoologie médicale.*

Il peut se passer 3 choses :

1° Le parasite est arraché complètement.

2° Le parasite est arraché, mais se déchire et laisse son rostre dans la plaie.

3° Le parasite est laissé tranquille et observé.

Généralement il n'y a pas d'infections surajoutées dans les 3 cas. Quelquefois le rostre laissé est mal supporté, fait corps étranger et est éliminé par l'organisme, mais très souvent il peut rester emprisonné dans l'épiderme et ne fait guère parler de lui pendant longtemps.

Enfin plusieurs fois j'ai laissé l'animal tranquille, me contentant de le recouvrir d'un verre de montre fixé par une bande de leucoplaste pour l'observer à loisir.

Le résultat a toujours été une augmentation des ganglions lymphatiques correspondants, avec douleurs légères plus ou moins accentuées. Je ne suis du reste jamais arrivé à la suppuration de ceux-ci.

Mais le fait intéressant et qui me paraîtrait valoir la peine d'être étudié est celui-ci : dès que l'animal est enlevé, peu d'heures après en tout cas, toute douleur ganglionnaire cesse, et cela aussi bien dans les cas où le rostre est enlevé, que quand il reste dans la plaie ; j'excepte naturellement de cette règle, les rares cas où il y a une infection vulgaire surajoutée et où une petite pustule staphylococcique se forme. Je répète que ces cas sont exceptionnels. Il y a plus. L'endroit où l'ixode a planté son rostre, devient au bout de 24 heures environ le centre d'un cercle érythémateux à limites très nettes, cercle qui va en s'éloignant de plus en plus, et qui reste très régulier, peu apparent, très superficiel ; ce cercle a environ un demi-centimètre de largeur et s'éteint quand il a 10 à 15 centimètres de diamètre.

J'ai nettement observé que ce cercle érythémateux est plus apparent quand le rostre est resté fixé que quand l'animal a été enlevé très vite après sa fixation. Il est le plus net quand on a la patience de laisser la bête fixée deux ou trois jours. Il n'est du reste pas très facile de reproduire la chose expérimentalement parce que ces animaux ne se laissent pas volontiers transplanter d'un sujet sur l'autre. La femelle qui a planté le rostre quelque part, dérangée, ne se décide pas à le replanter. Au moins n'ai-je jamais réussi à me faire piquer à volonté. C'est par hasard en passant dans les bois, ou en maniant des animaux fraîchement tués qu'on est attaqué. Il m'a paru que dans ce dernier cas, les ixodes qui m'ont piqué étaient frais, c'est-à-dire n'avaient pas encore planté leur rostre dans l'animal en question, et trouvant alors de la peau humaine vivante, la préféraient à celle de l'hôte qu'ils voulaient sucer.

Ces lésions érythémateuses, circulaires sont typiques. Quand on les a observées une fois on les reconnaît. Elles sont spécifiques de la tique, et peut-être d'espèce très voisines comme les argas et les Amblyoma

hebraüm. Le poison est très soluble et irrite très vite le système ganglionnaire, il a probablement une action bactéricide, au moins les auteurs sont-ils d'accord pour indiquer le peu de tendance aux infections de ces portes d'entrée.

L'organisme réagit par des cercles érythémateux, s'éloignant excentriquement de la piqûre, et qui indiquent évidemment les zones immunies.

Je n'ai pas eu l'occasion de faire des biopsies de ces lésions. Mais elles sont surtout congestives plus qu'œdémateuses, et je crois pouvoir affirmer qu'elles diminuent nettement d'intensité en se reproduisant plus souvent. Il y a là un phénomène d'immunité acquise, très frappante.

Je conclurais donc en disant que la tique introduit dans l'organisme un venin anti-coagulant, toxique et produisant une lésion caractérisée par de grands cercles érythémateux et mobiles qui s'éloignent excentriquement de la porte d'entrée.

Acanthome papillaire.

Sur une forme rare d'acanthome papillaire sur terrain syphilitique (Ueber eine seltene Form von Acanthoma papillare auf luetische Basis), par A. Tryb. *Dermatologische Wochenschrift*, 12 juillet 1913, n° 28, p. 849.

Les lèvres et particulièrement la lèvre supérieure d'un homme de 54 ans, syphilitique depuis 20 ans, présentaient une tuméfaction bosselée, d'aspect presque éléphantiasique, de consistance ferme sans qu'on puisse cependant parler d'induration ; mais le milieu de la lèvre supérieure était occupé, sur la surface d'une pièce d'un franc, par des lésions papillomateuses.

L'examen histologique montra que l'infiltration des lèvres était due à un plasmome colossal comprimant l'épiderme, tandis que la partie végétante, bien qu'ayant à sa base le même infiltrat, présentait les altérations épidermiques habituelles aux papillomes.

La rétrocession du syphilome sous l'influence du 606 ne fut accompagnée d'aucune amélioration de la partie papillomateuse. Si l'on peut admettre que la lésion syphilitique a joué le rôle d'un agent irritatif, il faut considérer néanmoins les deux processus comme indépendants. Pellier.

Acanthosis nigricans.

Sur l'acanthosis nigricans (Beitrag zur Kenntnis der Acanthosis nigricans), par J. Toyama. *Dermatologische Zeitschrift*, 1913, t. 20, p. 785.

On en connait une soixantaine d'observations. 5 ont été observées au Japon. T. en donne une sixième, recueillie chez un homme de 69 ans ; la maladie, généralisée, était associée à un cancer de l'estomac. Le cas était aussi intéressant par le prurit, par les altérations et la pigmentation des muqueuses oculaire et buccale, l'infiltration pigmentaire des glandes lymphatiques.

Sur les 6 observations publiées par des auteurs japonais, 4 mentionnent un cancer de l'estomac. Ch. Audry.

Alopécie.

Contribution à la connaissance de l'alopécie d'origine neurotique (Beitrag zur Kenntnis der Alopecia neurotica), par H. Rock. *Dermatologische Wochenschrift*, 14 juin 1913, n° 24, p. 661.

Un cas d'alopécie à peu près totale, consécutive à une vive émotion (collision). Pellier.

Atrophies cutanées.

Dermatite atrophiante en réseau (Dermatitis atrophicans reticularis

(poikilodermia atrophicans vascularis Jacobi) mit mücinoser Degeneration des Kollagenen Fasern), par A. Gluck. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. 118, p. 113.

Jacobi a décrit sous le nom de poikilodermie vasculaire atrophiante une dermatite aboutissant à une atrophie tantôt maculeuse, tantôt diffuse de la peau, caractérisée par une disposition pigmentaire en réseau, des œdèmes et une rougeur causée par la dilatation des vaisseaux sanguins du derme.

G. en publie une observation prise sur un épileptique qui présente des accidents cutanés depuis plusieurs années. Actuellement, œdème des paupières, avec ectasies veineuses, érythème diffus de la peau en plaques disséminées semées d'ectasies vasculaires, de taches vitiligineuses, etc. Lésions semblables sur les épaules, les coudes, les avant bras, les mains.

Au microscope, à côté des altérations inflammatoires et atrophiques classiques, dégénération mucineuse du tissu collagène, telle qu'on la rencontre habituellement dans le myxœdème, parfois dans l'épithélioma.

G. rappelle les quelques observations semblables publiées depuis le travail de Jacobi. L'étiologie est encore indéterminée ; peut-être faut-il attribuer de la valeur à l'épilepsie, à des dystrophies musculaires, etc. de ce malade.

En fait on a signalé l'existence de lésions musculaires dans les atrophies cutanées, en dehors même de la sclérodermie.

Cette dermatite atrophiante en réseau prend place dans le groupe des atrophies cutanées idiopathiques actuellement à l'étude. Ch. Audry.

Recherches histologiques sur un cas d'atrophie idiopathique de la peau[Histologische Untersuchung eines Falles von idiopathischer progressiver Hautatrophie (Dermatitis chronica atrophicans)], par Menahem Hodara. *Dermatologische Wochenschrift*, 8 novembre 1913, n° 45, p. 1307.

La maladie a débuté à l'âge de 40 ans et existe depuis 15 ans. Elle occupe les membres inférieurs et supérieurs qu'elle recouvre d'un érythème tantôt livide, tantôt bronzé, parfois fortement pigmenté ou semé de taches hémorragiques. Ces placards sont de consistance ferme, infiltrés et œdémateux ; ailleurs le tégument est aminci, atrophique. Quelques placards isolés occupent les parties inférieures et latérales du tronc. Le caractère atrophique des lésions est plus accusé sur les membres supérieurs. D'après le malade la maladie s'est présentée à ses débuts sous forme de foyers bien délimités, rouges et squameux. La réaction de v. Pirquet a été nettement positive.

Les altérations histologiques sont au début d'ordre inflammatoire : ectasie vasculaire, stase sanguine, thromboses, endartérites et endophlébites. Le tissu montre tout d'abord de l'œdème puis une infiltration cellulaire d'abord localisée à la périphérie des vaisseaux et des follicules, puis groupée en foyers dermiques. Au niveau de cet infiltrat les faisceaux conjonctifs et élastiques, les follicules et les glandes sont atrophiés ou détruits. Cette atrophie tend à s'étendre vers la profondeur jusque dans l'hypoderme qui présente les mêmes lésions d'inflammation et d'œdème.

L'épiderme est réduit à deux ou trois rangées de cellules, très fortement pigmentées en certains points. La couche cornée est en général hyperkératosique.

Au début de l'affection, on remarque quelques zones de nécrose avec des cellules épithélioïdes, des cellules géantes et une abondance de plasmazellen. Ce fait, joint au résultat positif de la cutiréaction, conduit M. H. a poser la question des relations possibles entre les atrophies progressives idiopathiques, l'acrodermatite de Herxheimer et les tuberculides. PELLIER.

Atrophie post-psoriasique de la peau (Postpsoriatische Atrophie der Haut), par ZURN. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, t. 21, p. 66.

Un homme de 50 ans, psoriasique depuis plus de 20 ans, présente outre les efflorescences caractéristiques, des cicatrices groupées, minces et superficielles (papier à cigarette) au niveau des anciennes lésions qui ont persisté longtemps. Au microscope disparition totale du tissu élastique dans le derme.

Ce sont des atrophies circonscrites consécutives au psoriasis, telles qu'elles ont été décrites par Fouquet et Kleinhaus sous le nom de psoriasis atrophique. Ch. AUDRY.

Carcinome de la peau.

Le mesothorium dans le carcinome de la peau et d'autres organes (Mesothorium bei Carcinoma der Haut und anderer Organe), par E. KUTZNICKY. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1914, n° 2, p. 60.

Sur 74 carcinomes cutanés traités K. en retient 40, dont 4 sont restés réfractaires au traitement ; 3 ont présenté des récidives qui ont cédé à un nouveau traitement. 33 sont cliniquement guéris (dont 12 seulement depuis un temps supérieur à un an). Ch. AUDRY.

Chéloïde.

Chéloïde et syphilis. A propos d'une syphilis sur chéloïde, par GOUGEROT. *Annales des maladies vénériennes,* mai 1914, n° 5, p. 363.

Une observation de gommes syphilitiques du creux poplité coexistant avec une lésion chéloïdienne. A propos de cette observation, l'auteur discute les rapports des chéloïdes avec la syphilis. R.-J. WEISSENBACH.

Concrétions calcaires de la peau.

Pierres de la peau, par G. MILIAN. *Paris médical,* 7 mars 1914, n° 14, p. 353.

Un cas de concrétions calcaires cutanées et sous-cutanées généralisées.

Observation. — G. L., femme âgée de 67 ans, vient consulter à l'hôpital de la Charité le 20 mars 1912 pour des plaies développées au genou gauche et au coude droit depuis 3 mois. On constate sur le tibia gauche un infiltrat ulcéré des dimensions d'une pièce de cinq francs et un autre plus petit des dimensions d'une pièce de vingt centimes. La lésion laisse suinter un liquide visqueux semblable au liquide de la gomme. Au-dessous de cette lésion, existe une traînée empâtée de couleur jaunâtre, douloureuse à la pression et qui paraît augmenter le volume de l'os. Même lésion d'aspect gommeux au coude droit.

Ces lésions furent prises pour des lésions syphilitiques, mais le traitement mercuriel et ioduré prescrit resta sans effet. Trois mois plus tard, les ésions s'étaient agrandies et au centre des ulcérations on apercevait une

masse jaunâtre, dure, calcaire; s'effritant et s'éliminant sous forme de petites concrétions; il s'agissait d'un cas de « pierres de la peau ».

Telle est la description et l'évolution des deux lésions ulcéreuses. En outre, la malade se plaignait d'avoir depuis longtemps, près d'une quinzaine d'années, les mains froides et violettes; refroidissement et cyanose avaient commencé par l'index gauche, pour s'étendre à toute la main gauche, puis à la main droite. A la face palmaire des doigts on constate la présence de petites saillies sous-cutanées, dures et de couleur jaunâtre.

Les orteils sont également froids et cyanotiques.

Peu après, dans un service de chirurgie, on opéra la malade pour panaris de l'index droit et on fit la désarticulation du doigt. Depuis cette époque se sont développées des altérations des autres doigts, incurvés et ankylosés comme dans la sclérodactylie.

L'examen radiographique des différents segments des membres a montré l'existence de multiples petites concrétions calcaires infiltrant les tendons et le tissu cellulaire sous-cutané des doigts, des coudes et des genoux.

L'examen histologique d'un fragment, prélevé sur le bord de la lésion ulcérée du coude, a montré l'existence de lésions inflammatoires : dans le derme superficiel, de place en place, des nodules de forme irrégulière à lymphocytes, plasmazellen et mastzellen. Au sein de ces nodules, existent de nombreux capillaires dilatés à endothélium proliféré et très apparent, où l'on voit par places naître, par multiplication des noyaux, des cellules géantes. Pour l'auteur, ces nodules sont évidemment le point de départ de la formation des dépôts calcaires. Dans le derme profond, il existe une inflammation subaiguë avec infiltration cellulaire légère de lymphocytes, de plasmazellen et cellules conjonctives. Il y a peu ou pas de prolifération des fibres conjonctives, mais le tissu élastique a pris un développement considérable. Par endroits on découvre des îlots calcaires microscopiques, développés dans des zones conjonctives infiltrées de plasmazellen et creusées de vacuoles arrondies où s'accumulent les masses calcaires. Ces vacuoles ne seraient autre chose que des capillaires dilatés à la face interne desquels l'endothélium prolifère jusqu'à former des cellules géantes qui précipitent le carbonate de chaux.

Malgré le début de l'acrocyanose quinze ans avant l'apparition et l'élimination des concrétions calcaires, et l'existence des déformations des doigts, M. pense qu'il s'agit de la forme généralisée chronique de concrétions calcaires cutanées, indépendante de la sclérodermie. C'est seulement à la suite de l'amputation de l'index, que les autres doigts de la main droite, emprisonnés sous un pansement pendant un mois, ont acquis une rétraction secondaire analogue à la sclérodactylie. R.-J. Weissenbach.

Cuir chevelu (Périfolliculite du).

Un cas de périfolliculite « abscedens et suffodiens » du cuir chevelu (Ein Fall von Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens), par A. Ruete. *Dermatologische Zeitschrift*, 1913, t. 20, p. 901.

Dermatose frappant la partie occipitale du cuir chevelu, caractérisée par de nombreux nodules suppurés, périfolliculaires, les uns suppurés, les autres fistuleux, guérissant avec des cicatrices déprimées. R. la distingue

des acnés chéloidiennes, de l'acné décalvante, de la pseudo-pelade, etc.

C'est là une variété rare, et à peine indiquée. Ch. Audry.

Eczéma.

Recherches sur l'étiologie de l'eczéma (Beiträge zur Aetiologie des Ekzems), par Enomoto. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, p. 28.

Les squames d'eczéma ne contiennent pas plus d'opsonine que celles d'autres dermatoses. La teneur en opsonine des squames des eczémateux est un peu plus faible que celle de leur sérum. La teneur en opsonine du sérum des eczémateux est tantôt moindre tantôt plus forte que dans les autres dermatoses.

Il n'y a pas de complément dans les squames.

Il n'y a pas d'ambocepteur dans les squames.

Dans 4 cas d'eczéma chronique, l'extrait des squames contenait des substances entravant le développement des staphylocoques. Ces substances manquaient dans un cinquième cas et dans les cas de contrôle (sauf un cas de pityriasis rosé).

La recherche des agglutinines ne fournit aucun renseignement positif relatif à une action sur le staphylocoque. Ch. Audry.

Les badigeonnages de coaltar dans le traitement des eczémas, par Georges Thibierge. *L'Hôpital,* février 1914, nº 3, p. 35.

Exposé des résultats des applications de goudron de houille pur, préconisé par Dind, dans le traitement des eczémas, tels qu'ils découlent de la pratique de l'auteur.

Dans cet article, de portée toute pratique, T. insiste sur les règles de la technique, car c'est de leur connaissance et de leur observance que dépend, en grande partie, le succès ou l'insuccès du traitement.

Dans un grand nombre d'eczémas, surtout dans les eczémas à type suintant et œdémateux et d'autant plus, que ces eczémas sont plus aigus, les badigeonnages au coaltar, à la condition d'être appliqués avec une technique rigoureuse, constituent un traitement des plus utiles, susceptible de donner dans certains cas des résultats extraordinairement rapides et favorables. R.-J. Weissenbach.

Élastique (Tissu).

Pathologie du tissu élastique de la peau (Zur Pathologie des elastichen Gewebe der Haut). Contribution à l'étude de la dégénérescence colloïde de la peau, par Léopold Arzt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 465-552.

Les conclusions de ce mémoire très documenté sont qu'on peut ranger sous le nom de dégénérescence colloïde — c'est-à-dire d'une dégénérescence hyaline particulière, sur laquelle nous ne possédons que peu de notions — divers processus de dégénérescence du tissu élastique apparaissant à la figure, soit spontanément (teinte ivoirine) ou du fait de la sénescence, soit dans le tissu de cicatrice des pustules varioliques, ou des cicatrices en général, soit enfin dans divers processus inflammatoires (lupus érythémateux, lupus vulgaire, acné vulgaire, carcinome du visage). Dans certains cas de pseudoxanthome élastique de Darier, le processus dégénératif du

tissu élastique manque, ou bien est peu accusé, et l'on doit y voir plutôt une hyperplasie conduisant à la tumeur (Hamartome, d'Albrecht). Quant à l'affection décrite sous le nom de milium colloïde, il ne s'agit en réalité ni de milium, ni de colloïde. A. Nanta.

Épiderme (Constitution de l').

Sur le glycogène et l'éléidine dans l'épiderme (Zur Kenntnis der Glykogens und des Eleidins in der Oberhaut), par S. Hanawa. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 356.

Unna et Golodetz ont signalé l'existence d'une couche dite infrabasale, située entre le stratum granulosum et le reste de la couche cornée ; cette couche infrabasale est caractérisée par la coloration du glycogène, et doit être distinguée de l'éléidine.

D'une série de recherches faites d'après des techniques nombreuses et variées, H. conclut qu'avec la méthode de Best on trouve constamment du glycogène dans les sudoripares de la plante des pieds de l'adulte.

D'autre part, des techniques multiples et variées conduisent à admettre que vraisemblablement, il existe dans la plus profonde des couches cornées une substance qui offre les mêmes réactions histochimiques que le glycogène. Il existe donc probablement des rapports entre l'éléidine et le glycogène. H. croit avoir démontré l'existence d'une « hématox-éléidine » occupant la dite couche infrabasale, colorable par la méthode de Best et l'hématoxyline sous forme de grains et de gouttelettes, substance elle-même distincte du glycogène et de l'éléidine habituels. Ch. Audry.

Épithélioma cutané.

Un cas d'épithéliome baso-cellulaire du kystique de la face (Ein Fall von zystischen basozellulären Epitheliom der Gesichtshaut), par Henck et Frieboes. *Dermatologische Zeitschrift,* t. 18, 1911

Au point de vue clinique, le cas était remarquable en ce sens que les formations kystiques faisaient sur la peau des saillies d'apparence vésiculeuse, rappelant le lymphangiome. H. et F. n'ont retrouvé dans la littérature que deux cas semblables (Frede, Mac Leod).

La lésion était entourée de kératomes séniles; il est probable qu'elle était de même origine. Les formations kystiques semblent devoir être attribuées à une dégénérescence due à des troubles de nutrition des éléments et du stroma de la tumeur. Pellier.

Érythème.

Sur une forme rare d'érythème (Ueber eine seltene Erythemform [Erythema chronicum migrans]), par B. Lipschutz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 349.

Il s'agit d'une variété rare qui a été décrite par Riehl, et qui, au début, a été rapprochée de l'érysipéloïde de Rosenbach. La maladie est chronique, persiste plusieurs mois; elle consiste en un vaste anneau érythémateux un peu saillant qui va en s'élargissant ; le centre redevient à peu près normal sauf un peu de lividité.

La lésion est unique et occupe toujours le membre inférieur ; l'anneau

peut atteindre 0,50 de diamètre : il n'y a ni fièvre, ni phénomènes subjectifs.

Dans le cas de L. il s'agit d'une femme de 29 ans. La maladie avait commencé en août 1912 par une tache rouge apparue sur la cuisse gauche. Au bout de 9 mois, l'anneau circulaire entourait les 2 fesses, les 2 hanches, et une partie du dos.

L'examen histologique ne montre que quelques lésions congestives et inflammatoires banales. L'étiologie est tout à fait indéterminée. Ch. Audry.

Érythrodermie exfoliante.

Sur la pathologie des érythrodermies exfoliantes généralisées (Zur Pathologie der generalisierten exfoliativen Erythrodermien), par O. Sachs. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 188, p. 209.

S. commence par rappeler les travaux sur ce sujet parus depuis les articles d'ensemble de Brocq et de Török. Puis il donne une observation inédite provenant de la pratique de Finger, recueillie sur un homme de 33 ans qui, en 1905, était malade depuis 2 ans et finit par succomber. Cliniquement, signes de dermatite exfoliante généralisée associée à des polyadénites superficielles et profondes dont l'évidente nature tuberculeuse a été démontrée par l'autopsie et qui offraient cependant l'apparence d'une pseudo-leucémie. Ch. Audry.

Estomac (Dermatoses liées aux troubles de l').

Dermatoses et anacidite (gastrique) (Dermatoses und Anazidität), par Lier et Porges. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 48, p. 1975.

L'hypoacidite ou l'anacidite gastrique agissent, d'une manière inconnue, sur la production de dermatoses chroniques telles que l'urticaire et l'eczéma. Peut-être cela tient-il à ce que cette absence des acides entraîne l'absence de désinfection de l'estomac. Il est peu probable en effet que cette action s'exerce par l'intermédiaire des changements qu'elle détermine dans le sang, car ces changements sont trop minimes. On sait d'ailleurs (Luithlen) que les sels acides agissent favorablement chez ces malades. Il y aura lieu de diriger la thérapeutique dans un sens propre à combattre cette anomalie. Ch. Audry.

Favus.

Favus de la souris chez l'homme (Der Mäusefavus beim Menschen), par W. Fischer. *Berliner klinische Wochenschrift,* 8 décembre 1913, p. 2285.

12 cas d'altération de la peau glabre déterminés par l'achorion du favus du rat ; l'éruption est polymorphe, volontiers herpétiforme, et non scutulaire (5 cas observés sur 5 jeunes filles vivant ensemble, et qui paraissaient offrir de l'herpès tonsurant squameux).

Le favus du rat chez l'homme n'est pas rare, très polymorphe, variant suivant les indications, et non avec les races de champignon. Ch. Audry.

Furoncles.

Septicémie à staphylocoques consécutive à un furoncle (Staphylokokkensepsis nach Furunkulose), par H. Cassel. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1913, n° 4, p. 150.

Observation d'un homme atteint d'abord de furonculose, puis d'abcès

axillaire, puis de phlegmons péri-néphrétiques, abcès du rein, etc. Le malade finit par guérir, aidé peut-être en cela par de l'auto-vaccin (staphylocoque et coli-bacille). Ch. Audry.

Gale.

Staphylocoques et streptocoques dans la gale et quelques autres dermatoses banales (Staphylo -und Streptokokken bei Skabies und einigen anderen banalen Dermatosen), par Minna Model. Thèse, Berne, 1914.

Dans les cas de gale qu'elle a examinés, M. a presque toujours rencontré des streptocoques à côté des staphylocoques dorés. Très peu d'efflorescences sont stériles. Staphylocoques et streptocoques se trouvent indifféremment dans les vésicules claires ou troubles, les croûtes, etc. On ne rencontre souvent que des staphylocoques dans des vésicules claires ou à peine troubles, ou dans les croûtes jaunes, et aussi seulement des streptocoques dans des pustules enflammées et croûteuses : de sorte qu'on ne peut pas suivre Sabouraud quand il met régulièrement sur le compte du streptocoque des collections séreuses, et le pus sur le compte des staphylocoques, autant du moins qu'il s'agisse de gale : car, dans l'impétigo contagiosa et l'ecthyma, la notion streptococcique de Sabouraud paraît bien confirmée. Dans l'eczéma, les croûtes sont ordinairement infectées de staphylocoques ; mais l'infection peut être mixte. Ch. Audry.

Sur un cas de gale norvégienne et l'histologie de cette maladie (Ein Fall von Scabies norwegica mit einem Beitrag zur Histologie dieser Krankheit), par R. Nagel. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 651.

Une femme de 45 ans est malade depuis trois ans. État général déplorable, œdèmes des extrémités. La presque totalité du tégument, accessoire sur les membres, est recouverte d'une gaine croûteuse, creusée de rhagades dans les plis. Là où manquent les croûtes, rougeur squameuse intense. La face même est atteinte, sauf le front. Ongles en partie détruits, infiltrés, friables, pris dans des croûtes où pullulent des œufs et des acares. Morte de pneumonie.

Le diagnostic de gale norwégienne s'imposait. L'acare était un vulgaire sarcopte de l'homme.

L'examen histologique montra que les galeries de l'acare étaient creusées horizontalement et seulement dans l'épaisseur de la couche cornée. Les acares se trouvaient entre les strates cornées disjointes et épaissies ; mais en certains points, ils avaient envahi le réseau malpighien jusqu'à la basale. Dans tous les cas, le trajet creusé par le parasite s'entoure d'une zone de kératinisation qui peut être interprétée comme un mécanisme de défense. Ch. Audry.

Nouvelle cure de la gale, rapide et non irritante, par Ehlers. *Paris médical,* 7 mars 1914, n° 14, p. 334.

Le malade prend, durant vingt minutes, un bain de propreté au savon *neutre*.

Puis on le frotte ou l'enduit d'onguent pendant une demi-heure. La préparation et la composition de cet onguent sont les caractéristiques de la

méthode préconisée par l'auteur (nous les exposons ci-dessous). Le soufre en dissolution pénètre dans les sillons et tue tous les parasites.

On saupoudre la peau et le malade se rhabille.

Vingt-quatre heures après la fin de la cure, nouveau bain de propreté, après lequel le malade revêt des vêtements propres. Il est inutile de désinfecter les vêtements.

Cette méthode, d'après les statistiques de l'auteur, donne des résultats parfaits ; son avantage principal est l'innocuité de son application qui n'entraîne jamais d'irritation cutanée ni de complication.

Préparation de l'onguent. On commence par faire une solution de foie de soufre (sulfure de potassium) à 33 1/3 pour cent, en dissolvant dans deux parties d'une solution d'hydrate de potasse à 50 pour 100, une partie de soufre sublimé du commerce, en chauffant avec précaution. On filtre et on obtient de la sorte une solution de pentasulfure de potassium d'un beau jaune orangé.

Avec la préparation ci-dessus, on compose l'onguent en mélangeant intimement 225 grammes de vaseline blonde et 225 grammes de lanoline anhydre et en ajoutant progressivement, à basse température, 375 grammes de la solution de foie de soufre. Puis on incorpore un peu d'hydroxyde de zinc préparé d'avance en délayant 28 grammes d'oxyde de zinc dans 40 grammes d'une solution à 20 pour 100 d'hydrate de soude et 5 grammes de benzaldéhyde et paraffine liquide jusqu'à un poids total de 1000 grammes. Cet onguent a une teneur en soufre de 12,5 pour 100. R.-J. Weissenbach.

Gangrène de la peau.

Gangrène symétrique de la peau. Contribution à l'étude de la localisation des affections symétriques (Symetrische Hautgangrän. Ein Beitrag zur Lokalisation symetrischer Affektionen), par Polland. *Dermatologische Wochenschrift,* 6 septembre 1913, n° 36, p. 1059.

A propos de lésions gangréneuses symétriques survenues dans la région deltoïdienne d'une ancienne syphilitique et dont l'origine vasculaire n'était point douteuse. P. estime qu'il n'est nullement nécessaire de rechercher dans tous les cas de ce genre la participation du système nerveux. La localisation symétrique des thromboses déterminant la nécrose doit être recherchée dans des conditions particulières de certains territoires vasculaires.

P. a vainement cherché à mettre en évidence sur l'animal, par injections intraveineuses d'encre de Chine, l'existence de ces territoires. Mais il est possible que des substances toxiques eussent été capables de déterminer en des points où la circulation est ralentie, des lésions que ne saurait produire un corps parfaitement toléré comme l'encre de Chine. Pellier.

Histoire de la dermatologie.

Sur la dermatologie générale de l'Ali ibn al-Abbas (Haly Abbas) au X^e^ siècle de notre ère [Ueber die allgemeine Dermatologie der Ali ibn al-Abbas (Haly Abbas) aus dem 10. Jahrhundert unserer Zeitlechnung], par P. Richter. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 199.

Extraits du « Système de la médecine » de l'Ali ibn al-Abbas, ouvrage arabe du x^e^ siècle R. les cite pour nous montrer que pendant plusieurs siècles les maladies de la peau ont été comprises parmi les tumeurs. Pellier.

Hyperidrose.

Traitement de l'hyperidrose des pieds (Beitrag zur Therapie der Hyperidrosis pedum), par Liebl. *Dermatologisches Centralblatt,* 1913, n° 359.

S. recommande de badigeonner 4 à 6 jours de suite, avec :

Tannin.	}	*àà* 40 grammes
Glycérine	}	
Teinture d'iode	20	—

On laisse sécher. Ch. Audry.

Kératodermie.

Un cas de kératodermie plantaire syphilitique, par A. Coyon et R. Burnier. *Annales des maladies vénériennes,* mai 1914, n° 5, p. 348.

Une observation de cette manifestation assez rare de la syphilis chez une femme de 53 ans. Le traitement iodo-mercuriel améliora lentement les lésions. R.-J. Weissenbach.

Kystes.

Sur un kyste à poil enroulé de l'homme avec remarque sur l'éruption en grains de plomb du porc (Ueber eine Rollhaarcyste des Menschen nebst Bemerkungen zum Schrolausschlag des Schweines), par E. Hoffmann et B. Hochstetter. *Dermatologische Zeitschrift,* octobre 1913, t. XX, p. 857.

Le kyste décrit par H. et H. est un kyste de rétention folliculaire en forme de lentille biconcave contenant une spirale de poils d'une longueur totale de 44 centimètres ; enroulés à la périphérie du disque. Le reste de son contenu consiste en une petite quantité de matière sébacée et en lamelles cornées venant saillir à l'intérieur par un pore central. En dehors de la tendance de certains poils à la forme spiralée, il semble que la formation de semblables kystes soit favorisée par une longue pression venant de l'extérieur (bouton de pantalon) et par une sorte de tension élastique des poils, comparable à celle d'un ressort de montre et arrivant à attirer à l'extérieur du kyste une partie du tégument entourant le pore central.

Ces sortes de kystes se rencontrent également chez le porc. Pellier.

Lèpre.

Les aspects de la lèpre au point de vue dermatologique (The dermatologic aspects of leprosy), par S. Dyer. *The Journal of the American Medical Association,* 20 septembre 1913, p. 950.

La multitude des lésions objectives que produit la lèpre rend fréquemment le diagnostic très difficile lorsqu'on se base uniquement sur les descriptions classiques. D. s'efforce de donner, au point de vue dermatologique, des descriptions détaillées de toutes les formes qu'il a observées : lèpre maculeuse, tuberculeuse, bulleuse, pigmentaire, nodulaire, psoriasiforme, ulcéreuse, atrophique, mutilante et papuleuse. Fernet.

La lèpre (Lepra), par Jadassohn. *Handbuch der pathogenen Mikroorganismen* de Kolle et Wassermann.

En 100 pages, J. résume avec son autorité et son érudition habituelle les travaux récents relatifs à la lèpre.

A lire dans l'original. Ch. Audry.

Les punaises et la gale et la dissémination des bacilles de la lèpre (Wanzen und Schaben als Verbreiter des Lepraerregers), par A. Paldrock. *Dermatologisches Centralblatt,* décembre 1913, n° 3, p. 66-71.

On sait déjà, et notamment depuis les travaux de l'expédition franco-danoise dirigée par Ehlers, que le tube digestif de divers parasites de l'homme, mouches, moustiques, puces, punaises, etc., peut renfermer des bacilles de la lèpre. L'auteur a expérimenté sur la punaise, et sur la Blatta germanica et la Periplaneta orientalis, qu'il mettait en présence de nodules lépreux excisés, ou qu'il maintenait sur la peau d'un lépreux. Il a vu qu'au bout de 24 heures les bacilles de la lèpre étaient détruits dans le tube digestif de la punaise, tandis que les excréments des autres parasites renfermaient des formes de dégénérescence granuleuses et même des bâtonnets bien colorables, 10 et 14 jours après la piqûre de peau lépreuse. Ces parasites pourraient donc répandre la lèpre. A. Nanta.

Sur une méthode simple de recherches du bacille de la lèpre (Ueber einfache Methode Leprabazillen in der zu untersuchunden Haut nachzuweisen), par A. Paldrock. *Dermatologisches Centralblatt,* janvier 1913, p. 101.

P. lave dans l'eau distillée le fragment de peau biopsié jusqu'à ce que tout le sang soit enlevé ; il sèche sur du buvard, et avec une pince, il promène le fragment sur une lame de verre en l'y écrasant. Puis il dessèche à la chaleur l'exsudat, et colore la préparation par la méthode de Baumgarten. Ch. Audry.

Le diagnostic de la lèpre par les méthodes de laboratoire, par L.-M. Pautrier. *La Presse médicale,* 14 mars 1914, n° 21, p. 203.

Exposé de trois méthodes de laboratoire à utiliser pour le diagnostic de la lèpre humaine : la biopsie, l'examen du mucus nasal, l'intradermoréaction à la léproline. R.-J. Weissenbach.

La lèpre des rats, par M. Marchoux. *La Presse médicale,* 14 mars 1914, n° 21, p. 204.

Etude d'ensemble de la lèpre murine d'où M. tire un certain nombre de conclusions, qui pourraient s'appliquer à la maladie similaire qui sévit sur l'espèce humaine, l'analyse des faits concernant la lèpre humaine venant corroborer les constatations expérimentales.

M. conclut que : 1° le bacille spécifique est un germe fragile ; 2° il est très facilement inoculable aux êtres qui y sont sensibles ; 3° les insectes piqueurs ne véhiculent pas la maladie ; 4° les sarcoptes, les démodex et les mouches peuvent jouer un rôle accessoire ; 5° les germes s'introduisent ordinairement par une érosion de la peau mise au contact de produits septiques ; 6° la muqueuse préputiale intacte laisse passer le virus ; 7° la lèpre cliniquement diagnostiquable est rare en comparaison de la lèpre fruste ; 8° la lèpre fruste peut rester ignorée jusqu'à la mort ; 9° elle peut guérir spontanément ; 10° elle se transforme en lèpre manifeste sous l'influence d'infections secondaires ou de déchéance physique de l'organisme ; 11° le traitement hygiénique, qui réussit aux tuberculeux, convient aussi aux malades atteints de lèpre ; 12 la prophylaxie consiste à éviter aux personnes saines toute souillure de la peau par des germes spécifiques. R.-J. Weissenbach.

Lichen.

Sur les formes rares du lichen plan et leur traitement (Ueber seltene Formen von Lichen ruber planus und ihre Behandlung), par R. Polland. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. 20, p. 778.

Observation d'un cas de lichen plan à manifestations bulleuses, forme verruqueuse, et sur l'utilité thérapeutique du salvarsan. Ch. Audry.

La symptomatologie et le traitement de quelques formes spéciales de lichen plan (The symptomatology and treatment of some variant forms of lichen planus), par Richard Sutton. *The Journal of the American medical Association,* 17 janvier 1914, p. 175.

Revue générale et quelques observations de formes spéciales : lichen chronicus simplex, lichen obtusus corneus, lichen ruber moniliformis, lichen planus verrucosus, etc. Au point de vue du traitement, S. proclame la supériorité du mercure sur l'arsenic sauf dans les lichens à type hypertrophique dans lesquels il conseille d'employer alternativement le mercure et l'arsenic. Le mercure ne doit être donné que sous forme de sels soluble et en injections intramusculaires. S. Fernet.

Lupus érythémateux.

Sur les rapports du lupus érythémateux chronique avec la tuberculose (Ueber die Beziehungen der chronischen Lupus erythematodes zur Tuberkulose), par B. Bloch et H. Fuchs. *Archiv f. Dermatologie und Syphilis,* juillet 1913, p. 742.

Pour l'exposé historique de la question, B. et F. parlent du travail d'ensemble de Jadassohn et de l'enquête de Civatte.

Voici les conclusions :

Dans 3 cas de lupus érythémateux cliniquement et histologiquement typique, B. et F. ont pris des efflorescences aussi récentes que possible et en ont fait un extrait. Avec cet extrait, ils ont fait des injections intradermiques à des malades auxquelles la tuberculine ordinaire procurait des réactions vives. Dans les 3 cas, les auteurs ont obtenu avec leur extrait une réaction positive sous forme de papule d'inoculation. Ces mêmes papules d'inoculation ont elles-mêmes réagi aux injections de tuberculine pratiquées ultérieurement, ce qui rend très vraisemblable la présence de tuberculine dans cet extrait, et par suite dans les efflorescences de lupus érythémateux d'où il provenait.

Mais cette réaction ne s'est pas produite avec toutes les efflorescences de lupus érythémateux. Quoi qu'il en soit, il faut bien admettre qu'il existe un rapport pathogénétique, bacillaire ou toxique, entre la tuberculose et les lupus érythémateux examinés.

Dans d'autres ces de lupus érythémateux chroniques, discoïdes, typiques cliniquement et histologiquement, dont un disséminé, B. et F. ont fait des inoculations au cobaye, qu'ils ont tuberculisé.

Il est donc certain que le bacille tuberculeux est la cause des efflorescences de lupus érythémateux qu'ils ont examinés. Peut-on supposer qu'ici le bacille était seulement le témoin d'une infection tuberculeuse généralisée dont 3 de ces malades présentaient des signes par ailleurs ? Non,

le bacille est seulement la cause des unes et autres lésions : cutanées, lymphatiques, pulmonaires, etc. En d'autres termes, les lupus érythémateux qu'ils ont examinés ne sont que des tuberculoses atypiques. Il y a donc, conformément à l'opinion française, des lésions tuberculeuses non folliculaires, où manque le granulome tuberculeux. Cela dépend du terrain : la peau d'un malade réagit autrement que son poumon (un autre exemple en est la cirrhose tuberculeuse d'Hedinger).

Faut-il adopter l'opinion d'après laquelle une partie des efflorescences seraient tuberculeuses, et d'autres à d'autres agents ? Cela paraît peu vraisemblable ; il vaut mieux supposer que les variations des résultats expérimentaux et des formes cliniques sont en rapport avec les susceptibilités du terrain.

On peut aussi admettre qu'il s'agit de bacilles rares et peu virulents : en fait on voit guérir ces lésions complètement et spontanément ; de plus la tuberculose des cobayes inoculés par B. et F. était peu développée, surtout dans la première série d'inoculations, tandis que cette virulence s'exalte par le passage à travers les animaux ; la troisième série présentant des accidents et des lésions bien plus caractérisées que les précédentes.

En somme dans le lupus érythémateux, tout dépend non seulement de la virulence du bacille, mais bien de la puissance de réaction et de l' « Umstimmung » du terrain. (Umstimmung se traduit assez mal par « *dissonance* ». N. d. T.) Ch. Audry.

Lupus érythémateux mutilant des ongles (Lupus erythematosus unguium mutilans), par J. Heller. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, p. 151.

Les lésions onguéales du lupus érythémateux sont signalées,
H. donne l'observation d'une femme de 47 ans atteinte depuis 18 mois de lupus érythémateux de la face et des doigts.

Presque toutes les phalangettes présentaient des lésions qui allaient de l'atrophie cicatricielle partielle ou totale du lit et d'une partie de l'ongle, jusqu'à l'atrophie presque totale du tégument dont l'os même était partiellement détruit par l'atrophie. Ch. Audry.

Sur 3 cas de lupus érythémateux aigu. Recherches statistiques à propos de la maladie, et réflexions sur son étiologie (Uber 3 Fälle von Lupus erythematodes acutus nebst statistischen Beiträgen zur Lehre dieser Krankheit und Besprechung der Aetiologie derselben), par W. Schmidt. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, t. 21, p. 28.

Obs. I. — Une fille de 17 ans, tuberculeuse, atteinte depuis 2 ans de lupus érythémateux de la face, présente une bronchite aiguë, puis de « l'erythema perstans » de la face, de la muqueuse buccale, des mains ; mort par pneumonie et diphtérie. Réaction de Wassermann négative ; à l'autopsie, diphtérie et tuberculose récente des ganglions lymphatiques viscéraux.

Obs. II. — Une fille de 17 ans, en apparence indemne de tuberculose présente d'abord une poussée de lupus érythémateux disséminé de la face, qui guérit ; seconde poussée, deux ans après ; puis bronchite, et enfin éruption vésico-pustuleuse ; pneumonie et mort. Pas d'autopsie.

Obs. III. — Homme de 24 ans présentant le syndrome complet, à marche foudroyante (lupus érythémateux aigu d'emblée de Pernet).

S. rappelle les descriptions anatomo-pathologiques antérieurement publiées auxquelles il joint ses propres examens (œdème, inflammation périvasculaire et péri-sudoripare). Il résume ensuite toutes les observations publiées de 1904 à 1912 et en tire un certain nombre de renseignements (15 morts de pneumonie sur 36 cas). Sur 24 autopsies, on trouva 15 fois de la tuberculose. Mais on ne sait pas exactement quel rôle ont pu jouer staphylocoque et pneumocoque et streptocoque. Les résultats de l'expérimentation (tuberculine, inoculation, etc.) au point de vue tuberculose sont très variables. L'examen du sang n'a rien indiqué. La réaction de Wassermann a été notée plusieurs fois comme positive. Les muqueuses sont souvent frappées Quant à la pathogénie, elle reste obscure et discutable (septicémie, tuberculose, etc.). En somme, bonne revue d'ensemble, impossible à résumer. Ch. Audry.

Sur l'action du cyanure d'or et de potassium dans le traitement du lupus vulgaire et érythémateux (Ueber den Wert des Aurum-Kalium cyanatum bei der Behandlung des Lupus vulgaris and erythematodes), par A. Ruete. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 37, p. 1727.

Dans cinq cas, on n'a pas obtenu de résultat curatif, mais seulement une légère amélioration. Histologiquement, dans deux de ces cas, la structure des nodules était respectée. Dans un cas de lupus érythémateux ordinaire aucun résultat. Résultat favorable dans un cas de lupus érythémateux disséminé que la tuberculine avait antérieurement mal influencé. Ch. Audry.

Mal perforant.

Mal perforant palmaire chez un parkinsonnien, par Apert et Rouillard. *Société de neurologie de Paris,* 7 novembre 1912. *Revue neurologique,* 30 novembre 1912, p. 585.

Paralysie agitante très nette. Pigmentation bronzée uniforme de la face et des mains, avec un certain degré de sclérodermie. Depuis 7 mois, lésion de la face palmaire de la 2e phalange de l'auriculaire droit, ayant débuté par une nodosité rouge et peu douloureuse ; après incision, pas de cicatrisation ; il est resté une fistule, entourée de peau épaissie et anesthésique, dans laquelle le stylet pénètre de 1 centimètre et demi, sans atteindre l'os ; le doigt est fusiforme, les parties molles indurées et gonflées ; à la radiographie, pas d'altération de l'os. G. Thibierge.

Médicamenteuses (Éruptions).

Les rashs consécutifs à l'administration de l'atophan (Skin rashes following the administration of atophan), par Phillips. *The Journal of the American Medical Association,* 27 septembre 1913, p. 1040.

P. rapporte 5 cas d'éruptions consécutives à l'administration de l'atophan ; un purpura des membres inférieurs, un cas de rash scarlatiniforme, 3 cas d'urticaire prononcée. Il fait remarquer l'analogie qui existe à ce point de vue entre l'atophan et l'antipyrine et déconseille l'emploi de l'atophan pour le traitement de l'urticaire, procédé qui avait été préconisé par quelques auteurs. S. Fernet.

Sur un exanthème avec purpura déterminé par le baume de copahu (Über ein Purpuraexanthem nach Balsamum Copaiva), par J. Odstrcil. *Dermatologische Wochenschrift*, 6 septembre 1913, n° 36, p. 1066.

Revue de la question accompagnée d'un examen histologique. Pellier.

Menstruation (Dermatoses liées à la).

Nouvelles contributions à l'étude de la dermatose dysménorrhéique de Matzenauer et Polland [Weitere Beiträge zur Dermatosis dysmenorrhoica symetrica (Matzenauer-Polland)], par R. Polland. *Archiv für Dermatologie und Sgphilis*, 1913, t. 118, p. 260.

Le but poursuivi par P. n'est pas de jeter le poids des observations qu'il a publiées avec Matzenauer en faveur de la théorie des angioneuroses contre celle de l'origine hématogène. Il veut simplement établir que la dermatite dysménorrhéique constitue un type morbide parfaitement individualisé au point de vue clinique et dont il compte aujourd'hui onze observations en y comprenant celle de Friedeberg.

Les lésions cutanées sont dans tous les cas identiques, ne différant que par leur intensité. Elles apparaissent accompagnées d'une brusque sensation de brûlure sous forme d'une hyperémie périfolliculaire déterminant un soulèvement bulleux de l'épiderme par exosérose ou hémorragie. Dans les cas graves on observe des points de nécrose. Les lésions sont presque toujours symétriques.

L'opothérapie sous forme de « Ovaradentriferrin » semble exercer une influence assez nette. Cependant, si la maladie semble bien dépendre de troubles de la sphère génitale, rien ne permet de pénétrer plus avant leur nature et leur mécanisme. Leur aboutissant est incontestablement une lésion vasculaire et jusqu'au jour où il sera prouvé qu'une semblable altération peut résulter d'une origine purement vasomotrice, rien ne permettra d'incorporer la maladie dans les angioneuroses de Kreibich. Pellier.

Mycoses cutanées.

Sur une nouvelle mycose (acauliose) (Über eine neue Mykosis [Akauliosis]), par Vignolo-Lutati. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 118, p. 681.

Une femme de 63 ans, s'est blessée à la main en septembre 1911, avec une épine d'acacia, d'où pustules, puis gonflement. Enfin, apparition de nodules, d'ulcérations fistuleuses, etc., le tout ressemblant à une lymphangite tuberculo-gommeuse ascendante dans le membre malade. R. W. négative. Les cultures isolent un parasite différent des sporotricha ordinaires, pathogène pour le cobaye, que Matruchot a déterminé comme rentrant dans le genre Acauliose. Séro-agglutination positive. Déviation du complément.

Au microscope, lésion de granulome infectieux où on découvre des filaments mycéliens.

Altérations épidermiques d'exosérose et d'exocytose.

Amélioration par l'iodure de potassium. Ch. Audry.

Une nouvelle mycose humaine. La Chalarose, par H. Roger, A. Sar-

TORY et P.-J. MÉNARD. *La Presse médicale*, 21 février 1914, n° 15, p. 141.

Deux observations d'une nouvelle mycose humaine due à un parasite du genre *Chalara*, *Chalara pyogenes*.

Obs. I. Femme de 25 ans, présente des tumeurs gommeuses sous-cutanées les unes adhérentes, les autres non adhérentes à la peau, disséminées sur la cuisse gauche, et les deux jambes. La première phalange de l'annulaire droit est tuméfiée. Les tumeurs sont douloureuses. Elles se sont développées six mois auparavant à la convalescence d'un phlegmon de l'amygdale accompagnées de douleurs articulaires. Un des nodules s'abcéda donnant issue à un pus mal lié, grumeleux, mêlé de sang. Traitement par l'iodure de potassium. Guérison.

Obs. II. Homme, engagé volontaire. Deux tumeurs gommeuses ramollies de la jambe droite; les tumeurs sont douloureuses, contiennent du pus jaune sale. Traitement ioduré. Guérison en 17 jours.

Étude bactériologique. L'examen direct du pus ne donne aucun renseignement.

Cultures. Le parasite pousse sur gélose préparée au bouillon ordinaire et au bouillon Martin. Les milieux sucrés et en particulier les milieux maltosés ne conviennent pas bien au développement du parasite. Température optima 28°-30°. Sur gélose au bouillon Martin, on aperçoit, au dixième jour de petites colonies lisses, rosées, luisantes peu adhérentes. Au quinzième jour elles s'étalent et leur couleur se fonce, pour devenir brune, puis chocolat au quarantième jour.

Caractères morphologiques (culture en goutte pendante). Quatrième jour : filaments rectilignes ou légèrement incurvés, larges de 1 μ 5 à 2 μ. Des ramifications latérales naissent sur les côtés du filament principal sous forme de petits soulèvements arrondis à leurs extrémités qui grandissent et deviennent cylindriques.

Certains filaments se segmentent et se transforment en chainette d'articles ovoïdes ou en bâtonnets qui, tantôt séparés, simulent de gros bacilles, tantôt sont réunis en chapelet. Les appareils reproducteurs sont assez variables : certains filaments rectilignes donnent naissance à des chapelets d'éléments cylindriques de 4 à 5 μ de long sur 2 μ de large, formes *cylindrium* ; filaments courts supportant des formes unicellulaires fusiformes de 12 à 13 μ de long sur 3 μ de large, formes *fusidium* ; exceptionnellement les filaments mycéliens ramifiés supportent des chapelets de spores, en forme de bâtonnets tronqués aux deux extrémités.

Recherches expérimentales. Le champignon est peu pathogène pour le cobaye et le lapin. L'injection sous-cutanée est suivie chez le cobaye de la formation de petits nodules inflammatoires qui guérissent rapidement ; chez le lapin de l'apparition d'un œdème diffus qui se circonscrit autour de petits nodules gommeux d'où il est possible de retirer par ponction un pus épais, jaune roux, mêlé de sang. R.-J. WEISSENBACH.

Le traitement des dermatomycoses (Die Behandlung der Dermatomykosen), par V. KLINGMÜLLER. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 4, p. 145.

Rien de nouveau. Ch. AUDRY.

Nævi.

Sur le point de départ des nævi pigmentaires (Zur Entstehung der Pigmentnævi), par Kyrle. *Archiv f. Dermatologie.* sept. 1913, p. 349.

K. confirme une fois de plus l'opinion de Unna sur l'origine épidermique des cellules de nævi, distingue leur processus pigmentaire, et la disparition de leurs filaments simples, etc.

Rien de nouveau. Ch. Audry.

Ongles (Altérations des).

Leuconychie totale pendant deux générations (Leukonychia totalis in zwei Generationen), par C. Gutmann. *Dermatologisches Centralblatt*, 1913, nº 12, p. 855.

G. n'a pu découvrir que 12 observations semblables. Il s'agit d'un homme de 30 ans, chez lequel les ongles de tous les doigts présentaient un état leuconychique inégalement développé, sans autres altérations tégumentaires. Même lésion chez le père et un oncle du sujet.

Tantôt cette leuconychie est congénitale, tantôt elle se manifeste et s'établit pendant l'enfance ou l'adolescence. Toutefois dans un cas elle n'apparut qu'à 32 ans. La maladie est familiale et héréditaire. Quelquefois, elle a paru provoquée par des troubles génitaux ou locaux antérieurs.

Il est à noter que généralement les orteils ne sont pas atteints (sauf dans 2 cas). Ch. Audry.

Parapsoriasis.

Recherches sur le traitement des parapsoriasis par le « pilocarpinum hydro-chloricum » (Ueber therapeutische Versuche mit Pilocarpinum hydrochloricum bei Parapsoriasis), par A. Herxheimer et H. Köster. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1913, nº 48, p. 2217.

Dans le premier cas, la pilocarpine en injections sous-cutanées semble bien avoir hâté la guérison ; mais elle était associée à d'autre traitement.

Dans le second cas, le résultat fut très favorable par la pilocarpine seule ; mais le parapsoriasis ne datait que de 11 jours. Ch. Audry.

Pellagre.

Pellagre, par Siler, Garrison et Mac Neal. *The Journal of the American medical Association,* 3 janvier 1914, p. 8.

A la suite de leurs études sur la pellagre, S., G. et M. combattent, dans leur rapport, l'hypothèse généralement admise que la pellagre est due à l'ingestion de maïs frais ou altéré. Pour eux, la pellagre serait une maladie infectieuse et spécifique, transmissible d'une personne à une autre. Le seul agent de transmission qui puisse être incriminé est le stomoxys calcitrens. La malpropreté et, particulièrement, la souillure des aliments par les sujets atteints de pellagre sont certainement les causes principales de la transmission de cette maladie. S. Fernet.

Pemphigus.

Nouvelles recherches sur l'emploi des « infusions de quinine » dans les pemphigus (Weitere Erfahrungen mit Chininfusionen bei

Pemphigus), par R. von Leszczynski. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 118, p. 633.

(Article extrêmement difficile à analyser convenablement à cause de l'absence de différenciation clinique entre les divers malades étudiés. Je ne sais pas du tout ce que L. entend par pemphigus : tout ce qu'on voit, c'est que ce sont des maladies à bulles. — N. D. T.)

La méthode consiste à faire des injections intra-veineuses de quinine : en moyenne, 1 gramme de quinine dans 250 grammes de sérum physiologique.

En général l'action thérapeutique est excellente : restauration rapide de l'épiderme, diminution en nombre et en dimension des bulbes ; exfoliations rendues plus superficielles ; diminution de l'exsudation ; diminution des récidives, des douleurs. Amélioration notable de l'état général, des forces, du poids, etc.

Dans les cas légers, le traitement fait rapidement disparaître tous les accidents ; les cas moyens sont toujours fort améliorés. L'évolution est ralentie dans la forme maligne. Ch. Audry.

Pigment cutané.

Sur les rapports entre l'irritabilité de la peau humaine ou animale et sa teneur en pigment (Ueber die Beziehungen der Reizbarkeit der menschlichen und tierischen Haut zu ihrem Pigmentgehalt), par Hanawa. *Dermatologische Zeitschrift*, 1913, t. 20, p. 761.

Conformément aux données expérimentales et cliniques formulées par Kreibich, dans les leucodermies et le vitiligo, les territoires cutanés pauvres en pigment réagissent moins vivement avec irritants divers (huile de croton, cantharide, neige carbonique, teinture d'iode) que leur voisinage immédiat d'ailleurs non particulièrement pigmenté, mais avec la lumière de la lampe de quartz, on ne note pas de différence. Sur les nævi pigmentaires lisses, on ne constate pas de différences. Les animaux (lapins et cobayes), au niveau des surfaces de pelage blanc réagissent moins à l'huile de croton, à la teinture d'iode, que les surfaces colorées, et les dermatites provoquées par ces agents y guérissent plus vite. On obtient des résultats semblables en infectant la peau des animaux avec les staphylocoques, les streptocoques et la vaccine variole. Sur les cobayes, l'infection trichophytique est plus promptement guérie sur les surfaces blanches ; et surtout, l'immunité s'y manifeste plus vite qu'au niveau des territoires à poils colorés ; les surfaces blanches sont donc douées d'une sensibilité exaltée à la trichophytine. Des plaies semblables guérissent plus vite au niveau des surfaces blanches. Ch. Audry.

Psoriasis.

Résultats des recherches sur le psoriasis (Forschungsergebnisse über Psoriasis), par I. F. Schamberg, J.-A. Kolmer, A.-J. Ringer et G.-W. Raizies. *Dermatologische Wochenschrift*, 1er novembre 1913, nº 44, p. 1283.

Grâce aux libéralités d'un philanthrope, un laboratoire spécial de recherches sur le psoriasis a été établi à la polyclinique de Philadelphie, sous la direction de Schamberg. On y a tenté d'obtenir la déviation du complément en utilisant comme antigène soit des extraits de squames soit

des cultures microbiennes obtenues avec des lésions psoriasiques. La grosse majorité des résultats fut négative et S., K., R. et R. ont tenté d'attribuer ce résultat à l'absence d'antigène réel plutôt qu'à celle d'ambocepteurs.

La réaction de Wassermann pratiquée avec les antigènes les plus variés a donné un pourcentage de réactions positives variant de 13 à 38 pour 100 ; ce dernier chiffre n'a été atteint qu'avec les extraits additionnés de cholestérine. Dans presque tous ces cas, il s'agissait de réactions faiblement positives.

L'étude microbiologique du sérum et des squames, portant sur 24 cas, a permis d'isoler 57 cultures dont 24 de staphylocoque pyogenes albus. Un diplocoque non classé a été retrouvé six fois dont une fois par l'hémoculture. Les vaccins polyvalents préparés avec ces cultures n'ont donné aucun résultat démonstratif. Les inoculations au singe furent négatives.

En revanche l'examen ultramicroscopique du sérum montra dans 17 cas sur 19, la présence de corps bacillaires mobiles, longs de 8 à 16 μ. Sur 18 autres dermatoses diverses la même constatation ne put être faite que trois fois. PELLIER.

Un cas de psoriasis chez un très jeune enfant (Case of psoriasis in a very young infant), par H. DAVIS. *Proceedings of the Royal Society of Medicine of London* (*dermat. section*), décembre 1913, p. 35.

D. présente un enfant âgé de 2 mois qui présente depuis 4 semaines une éruption généralisée de psoriasis. L'enfant, issu d'une famille parfaitement saine, ne présente aucun stigmate de spécificité. La réaction de Wassermann est négative. S. FERNET.

Sur la question des rapports du psoriasis et de la tuberculose (Beitrag zur Frage der Beziehung der Psoriasis zur Tuberculose), par WARNECKE. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 1, p. 26.

Chez un tuberculeux de 32 ans, traité par les doses croissantes de tuberculine ancienne, W. a vu se produire un érythème du dos semblable à des efflorescences de psoriasis annulaire, qui se multiplièrent ensuite sur le reste du tronc, et disparurent en laissant des taches faites par la chrysarobine. W. croit qu'il s'est agi non d'érythème tuberculinique, mais bien de psoriasis. Ch. AUDRY.

Purpura.

Purpura, urticaire et œdème angioneurotique des mains et des pieds chez un nourrisson (Purpura, urticaria and angioneurotic edema of the hands and feet in a nursing baby), par SNOW. *The Journal of the American Medical Association,* 5 juillet 1913, p. 18.

Observation d'un bébé, nourri au sein par sa mère et atteint de purpura, d'urticaire et d'œdèmes localisés. Pas de symptômes généraux, mais constipation opiniâtre. S. range ce fait parmi ceux décrits par Henoch et insiste sur l'importance des symptômes intestinaux dans certains cas où les manifestations cutanées sont peu prononcées et passagères. Un examen rapide pourrait faire penser à une affection chirurgicale et l'on connaît des cas de ce genre dans lesquels des opérations pour occlusion intestinale ont été pratiquées inutilement. FERNET.

Pustule maligne.

Action du salvarsan sur la pustule maligne (Ueber die Wirkung des Salvarsans auf den Milzbrand), par Bethmann et Lautenheimer. *Deutsche mediziniche Wochenschrift*, 22 février 1912, p. 349.

2 observations de pustules malignes rapidement améliorées et guéries après 2 injections intra-veineuses de 0,30 de salvarsan ; l'amélioration ne débuta qu'après la quarantième heure qui suivit la première injection.

Les animaux inoculés avec le charbon et traités 20 minutes plus tard par l'injection de salvarsan n'ont pas été malades, sauf un qui résista 22 jours, 20 jours de plus que les témoins. 6 heures après l'inoculation, l'injection de salvarsan réussit encore à détruire les germes du charbon chez une partie des animaux après 16 à 22 heures, elle retarde la mort.

Les animaux guéris par le salvarsan n'ont pas acquis l'immunité contre une nouvelle inoculation. Il est probable que le salvarsan sera un excellent remède de la pustule maligne. Ch. Audry.

Radiodermites.

Les radiodermites, par F. Ehrmann. *Paris médical*, 24 mars 1914, n° 16, p. 381.

Très intéressante revue générale où sont exposées, sous une forme succincte, toutes les notions indispensables à connaître sur les lésions cutanées ou sous-cutanées, précoces ou tardives, conséquences de l'application des rayons de Röntgen. R.-J. Weissenbach.

Sarcoïdes.

Sur les sarcoides sous-cutanés (type Darier-Roussy) (Zur Kenntnis der subkutanen Sarkoïde [Darier-Roussy]), par R. Volk. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1913, n° 36, p. 1426.

Un cas typique recueilli sur une femme de 46 ans, intéressant en ce que V. a réussi, avec les produits, à tuberculiser un cobaye et l'œil d'un lapin. Une culture d'un produit du cobaye a fourni le bacille tuberculeux à type humain.

V. propose pour l'avenir la dénomination de tuberculose sous-cutanée de la peau (type Darier). Ch. Audry.

Sarcomes cutanés.

Sur le sarcome multiple hémorragique de Kaposi (Zur Kenntnis der Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposi), par J. Saphier. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 118, p. 671.

Un cas type recueilli chez un homme de 52 ans. A noter l'existence dans quelques efflorescences cutanées et dans des nodules du foie d'altérations lymphangiectasiques. En outre, S. a constaté que les propagations des lésions pouvaient se faire le long des cordons nerveux, en suivant les gaines, ce qui est intéressant, car on a déjà signalé des rapports entre le système nerveux et le sarcome de Kaposi. Ch. Audry.

Sclérodermie.

Épaississements nodulaires de la peau dans la sclérodactylie

(Knotenförmige Hautverdickungen bei Sklerodaktylie), par B. Lipschutz. *Dermatologische Wochenschrift,* 19 juillet 1913, t. 57, p. 851.

Sur les mains d'une femme de 24 ans dont la sclérodactylie datant de quelques mois avait éte accompagnée, à son début, de douleurs articulaires, on remarque des élevures fermes, bien délimitées, sans adhérence aux plans profonds. Ces nodules restent invisibles sur la radiographie qui ne décèle aucune modification osseuse ou articulaire.

Les couches supérieures du derme montrent un tissu conjonctif dont les faisceaux deviennent de plus en plus épais en allant vers la profondeur. Les vaisseaux sont dilatés et entourés d'un infiltrat composé surtout de cellules fixes. Les altérations vasculaires, plus marquées dans les couches inférieures, consistent en une prolifération très marquée de l'endothélium.

Il faut rapprocher ces formations nodulaires de celles qu'Herxheimer, Oppenheim, Nobl ont signalées dans l'atrophie idiopathique et les considérer comme une analogie de plus entre cette dernière affection et la sclérodermie. Pellier.

Un cas de sclérodermie, ses rapports avec les sécrétions internes et remarques sur l'étiologie de cette maladie (Ein Fall von Sklerodermie, seine Beziehungen zur inneren Sekretion und Bemerkungen über die Aetiologie dieser Erkrankung), par A. Mosenthin. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 613.

D'une observation personnelle assez écourtée, M. conclut que la sclérodermie est due à un trouble des sécrétions internes avec tonus exagéré du sympathique ; l'irritant qui agit sur le sympathique peut être variable, et agir dans l'un et l'autre sens, suivant la glande dont il provient.

Travail du reste confus et mal informé, Ch. Audry.

Sébacées (Altérations des glandes).

Sur la question de la néoformation postfœtale des glandes sébacées (Zur Frage der postfötalen Talgdrüsenbildung), par J. Kyrle. *Dermatologische Zeitschrift,* octobre 1913, t. XX, p. 890.

Dans un travail antérieur K. a décrit dans le Rhinophyma, une évolution des cellules épidermiques en cellules sébacées, arrivant à constituer un appareil glandulaire différent de la glande normale par un revêtement, cellules du type épidermique et non différenciées. En dehors de Kölliker, ce mode de formation n'est point mentionné, tout au moins pour l'épiderme non folliculaire. K. pense avoir trouvé dans la peau normale du nez et le cuir chevelu, des figures qui ne peuvent s'interpréter que comme une néo formation de cellules sébacées au dépens de l'épiderme. Il se demande s'il ne s'agit pas là d'un processus de compensation vis-à-vis des altérations glandulaires déterminées par l'acné. Pellier.

Septicémie (Dermatoses liées à la).

Manifestations cutanées de la septicémie (Cutaneous manifestations of septicemia), par John Churchman. *The American Journal of the Medical Sciences,* décembre 1913, p. 833.

C. a observé dans un cas de septicémie aiguë des lésions cutanées qui lui étaient jusqu'alors inconnues. Il s'agissait d'un homme âgé de 59 ans

qui succombait en 3 jours à une septicémie consécutive à un traumatisme. Les lésions cutanées se développaient avec une rapidité extraordinaire et siégeaient aux mains et aux pieds. C'était des phlyctènes contenant d'abord un liquide clair, puis devenant troubles, sanguinolentes et finissant par ressembler à des hématomes ou des gangrènes limitées. Ces lésions étaient purement cutanées ; à aucun niveau il n'y avait de nécrose des parties sous-jacentes à la peau. L'examen du contenu des phlyctènes ainsi que celui du sang en circulation donnait une culture pure de streptocoques pyogènes. S. Fernet.

Tatouages.

La signification des tatouages chez les peuples primitifs et dans les civilisations méditerranéennes, par A. Lacassagne. *Archives d'anthropologie criminelle,* octobre-novembre 1912.

L. montre, par une foule de documents, que les tatouages existaient déjà aux temps quaternaires ; à l'âge de bronze, on connait les alènes à tatouer. L'homme primitif avait des tatouages simples, comme les dessins de ses céramiques. Dans les civilisations méditerranéennes, le tatouage prend une importance plus considérable et sa complication se développe ; il présente une signification variable.

L. distingue des tatouages hiératiques ou religieux, des tatouages totémiques, de famille, de caste, de profession, et de chacune rapporte de nombreux exemples, empruntés aux statues, aux inscriptions, à la littérature ancienne.

Il est tantôt une arcane, tantôt le signe distinctif d'une classe ou d'une tribu, la preuve de la filiation ; il est d'abord le blason d'une classe élevée et plus tard un signe d'infamie, l'immatriculation dans un service public.

Le tatouage a évolué avec les civilisations et, même de nos jours, il reste la caractéristique des événements importants, reproduisant les faits qui ont eu écho dans les classes populaires. Dans une société, rien ne se passe de grand, de vraiment sensationnel pour tous, qui ne soit bientôt représenté par un tatouage. G. Thibierge.

Teintures (Altérations cutanées provoquées par les).

Sur les dermatoses causées par les teintures des cheveux et des fourrures (Ueber Hauterkrankungen durch Haar- und Peltzfärbemittel), par A. Blaschko. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 49, p. 2406.

B. insiste sur les dangers des teintures à base de paraphénylènediamine, et sur le grand nombre de teintures qui en contiennent sous des noms variés et fantaisistes ; même les produits les mieux préparés (de ceux qui contiennent de la paraphénylènediamine), peuvent être généralement bien tolérés, et cependant déterminent des accidents chez des sujets prédisposés.

Même des fourrures teintes par des colorants à base de paraphénylènediamine sont susceptibles de déterminer des accidents irritatifs violents et persistants. Ch. Audry.

Thérapeutique dermatologique.

Sur le traitement des dermatoses par la neige carbonique (Ueber

die Behandlung von Hautkrankeiten mit Kohlensäureschnee), par P. Haslund. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 336.

Travail fait au « Finsen Leysinstitut ».

H. a obtenu des résultats particulièrement avantageux dans le lupus érythémateux, les nævi, et les verrues planes.

Dans les autres cas (lupus vulgaire, verrue vulgaire, psoriasis, épithélioma, etc.) les résultats ne sont pas tels qu'ils recommandent la méthode.

Sur 74 lupus érythémateux, 10 ont été guéris, 21 presque guéris et les autres améliorés, sauf 7 où l'amélioration a été minime. La durée d'application était de 12 secondes, et l'application même bien appuyée. Ch. Audry.

Communication préliminaire sur l'emploi du thorium X en dermatologie (Vorläufige Mitteilungen über die Anwendung von Thorium X in der Dermatologie), par F. Wagner. *Dermatologisches Centralblatt,* novembre 1912, p. 988.

Les cas de mort consécutifs au traitement par le thorium ont diminué l'intérêt de ce traitement; cependant, il y a lieu de l'étudier encore. W. a injecté chaque jour une solution intra-veineuse de Thorium X équivalant à 0,37 milligramme de bromure de radium. Or un milligramme de bromure de radium répond à 2 700 000 Mach-unités. Chaque injection représentait donc 1 000 000 de Mach-unité L'effet a été nul en cas d'urticaire chronique, de dermatite herpétiforme, d'eczéma; dans un cas de mycosis fongoïde, l'action résorbante a été des plus nette, ainsi que sur un psoriasis infiltré. Pas de résultats dans la syphilis, ni dans un psoriasis superficiel, ni dans le lupus vulgaire.

Une dermatite exfoliatrice a été guérie en trois semaines. Un cancer de la langue, un carcinome sur lupus ne furent pas améliorés. Une leucémie fut améliorée. Ch. Audry.

Le radium dans les maladies de la peau (Radium in skin diseases), par Frank E. Simpson. *The Journal of the American Medical Association,* 12 juillet 1913, p. 80.

S. de Chicago décrit les résultats qu'il a obtenus par le radium dans 45 cas, comprenant une quinzaine d'affections différentes. Le radium lui a paru avoir le plus d'efficacité dans le traitement des nævi, des épithelioma, du lichen plan et verruqueux, des verrues, des lupus vulgaires et érythémateux, la blastomycose, les chéloïdes, les dartres et le psoriasis des ongles. Il a trouvé son emploi particulièrement commode pour les lésions avoisinant la bouche et les yeux, où il est difficile d'appliquer les autres traitements. Les résultats obtenus dépendent, en grande partie, de l'opérateur, de la méthode et des doses employées. Fernet.

Sur la radiumthérapie combinée avec les traitements médicamenteux (Ueber medikamentös kombinierte Radiumtherapie), par M. Schramek. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1914, n° 4, p. 69.

Dans 8 cas de lupus vulgaire et 3 cas d'ulcération tuberculeuse de la peau, S. a obtenu de bons résultats en administrant de l'iodure de potassium à des malades traités par des applications de radium. Ch. Audry.

Trichophytie.

Trichophytie des adultes (Trichophytie der Erwachsenen), par Bogrow

et Tschernogubow. *Dermatologische Wochenschrift*, 30 août 1913, t. 57, p. 1027.

Deux observations de femmes ayant dépassé la trentaine, infestées par leurs filles (tr. violaceum et crateriforme). De semblables cas sont rares en Europe, sensiblement plus fréquents au Japon.

La trichophytie de l'adulte semble être l'apanage de champignons pyogènes et être souvent d'origine animale. Le trichophyton violaceum s'en rapproche par la virulence qu'il en semble posséder en certains pays. Son importance semble considérable en Russie ; B. et T. l'ont rencontré dans 28 cas sur 50.

Pellier.

Tuberculose cutanée.

Sur la tuberculose verruqueuse disséminée de la peau d'origine hématogène post-exanthématique (Ueber disseminierte postexanthematischer hämatogene Tuberkulosis verrucosa cutis), par M. Bourgeois. *Dermatologische Zeitschrift*, 1913, t. 21, p. 1.

De 2 observations personnelles, et en résumant un certain nombre d'observations déjà publiées par d'autres auteurs, B. conclut que :

A côté des tuberculoses verruqueuses de la peau habituelles, d'origine exogène, il en existe des variétés disséminées et d'origine hématogène. Ces formes de tuberculose verruqueuses hématogènes apparaissent surtout chez des enfants, présentant ou non des antécédents tuberculeux, et le plus souvent pendant le stade de desquamation qui suit les fièvres éruptives (rougeole, ou plus rarement scarlatine).

Elles peuvent être associées à d'autres accidents de même nature, mais de forme différente (tuberculides papulo-nécrotiques, lichen scrofulosorum, et plus rarement, lupus).

Cliniquement et anatomiquement, les altérations sont semblables à celles de la variété commune exogène : anatomiquement, énorme acanthose, infiltration nodulaire du derme, etc. ; cliniquement aspect papillomateux, absence de nodules lupiques, ce dernier pouvant apparaître ultérieurement, mais d'une manière exceptionnelle.

Habituellement, les lésions occupent les mains, les pieds, les coudes ; mais parfois aussi les fesses, le dos, la face, les organes génitaux.

Les lésions sont bien bacillaires, car elles sont pathogènes pour les animaux.

Ch. Audry.

Sur l'injection intraveineuse de cyanure d'or et de potassium dans la tuberculose cutanée (Ueber intravenöse Infusionen von Aurum-Kalium cyanatum bei Hauttuberkulose), par Walter. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, n° 117, p. 385.

C'est un mauvais médicament.

Ch. Audry.

Recherches expérimentales sur les animaux à propos de la recherche des bacilles tuberculeux dans la tuberculose cutanée, et particulièrement de la face (Tierexperimentelle Untersuchungen über der Nachweis von Tuberkelbazillen bei Tuberkulose der Haut, besonders der Gesichts), par C. Stern. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 42, p. 2032.

11 fois sur 16, les ulcérations lupiques du visage ont fourni des sécrétions

contenant des bacilles virulents pour les animaux (cobayes). Il faut donc apporter plus d'attention à prévenir la dissémination de germes virulents qui peut y trouver son point de départ dans les lupus ulcérés. Ch. Audry.

Tumeur.

Tumeur à cellules géantes consécutive à des infections sous-cutanées d'une préparation arsenico-ferrique (Riesenzellentumoren nach subkutanen Einspritzungen einer Arsen-Eisenpräparates), par M. Oppenheim. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 116, p. 439.

En général, les injections de substance soluble ne provoquent guère de cellules géantes. O. a examiné des pièces provenant d'une femme de 28 ans qui avait reçu 6 ans auparavant des injections ferro-arsenicales qui avaient laissé dans la peau des bras des nodules durs, superficiels, livides, recouverts d'un épiderme mince et brillant.

Au microscope, entre autres lésions inflammatoires, on notait des amas considérables de cellules géantes, et de cellules plasmatiques. Dans ce tissu de granulations, dans ces indurations étaient inclus des filaments nerveux qui déterminaient les vives douleurs, lesquelles avaient amené la malade au médecin. Ch. Audry.

Typhus exanthématique.

Sur le typhus exanthématique (Ueber den Typhus exanthematicus), par L. Arzt et W. Kerl. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 386.

Ce travail, d'ailleurs très étendu, n'intéresse pas particulièrement les dermatologistes, mais bien plutôt les épidémiologistes. Toutefois, on y trouve une description particulièrement soignée (avec figures) de l'exanthème en taches, en papules, en pétéchies qui s'associe aux phénomènes généraux septiques pour constituer l'ensemble du syndrome. Ch. Audry.

Ulcère variqueux.

Un cas d'ulcère variqueux traité par un pansement au fromage (A case of varicose ulcer treated by feeding it with cheese), par G.-O. Williams. *Medical Record,* 13 septembre 1913.

La malade est une forte et vigoureuse femme de ménage de 50 ans, porteuse de varices volumineuses d'une jambe, antérieurement atteinte d'une phlébite : à la suite d'un traumatisme un ulcère de 5 à 6 centimètres de diamètre se développa, et ne guérit pas par l'usage de pilules de Blaud : applications de fromage crémeux mou, mélangé avec parties égales de crème et d'eau, le tout prélevé dans une jatte à crème et appliqué sur une pièce de gaze trois fois par jour, sans qu'aucun travail soit interrompu ; le fromage salé était douloureux. Guérison en 20 jours. G. Petges.

Traitement des ulcères chroniques de jambe (Treatment of chronic ulcers of theleg), par W.-R. Speirs. *British medical journal,* 27 décembre 1913, p. 1625.

La méthode préconisée est d'application facile et économique ; elle permet après le deuxième ou troisième pansement, d'espacer les pansements de 8 à 10 jours ; elle ne nécessite pas l'alitement et permet de travailler. S. pro-

cède ainsi : lavage soigneux de la jambe dans une solution phéniquée, savonnage avec un savon phéniqué ou un savon antiseptique quelconque ; pulvérisation de l'ulcère à l'acide sulfureux pur ; saupoudrage à l'acide borique ; applications de sparadrap adhésif humecté de solution phéniquée à 1/20. Pansement ordinaire sur la jambe. S'il y a des douleurs et du pus surveiller et changer les deux premiers pansements au bout de deux ou trois jours ; puis les espacer d'une semaine ou davantage. G. PETGES.

Traitement des ulcères chroniques des jambes (Tratamento das ulceras cronicas de perna), par FLORIANO DE LUNOS. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* 31 mai 1912, p. 69.

Après nettoyage des lésions, application d'un tampon d'ouate trempé dans une solution aqueuse de bromure de potassium à 5 pour 100. Le pansement est renouvelé tous les jours. A noter, à côté de l'action curative, un notable effet analgésique. J. MÉNEAU.

Traitement des ulcères chroniques des jambes (Tratamento das ulceras da perna con os vapores de iodo), par CRISSIUMA. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* 27 août 1912, p. 75.

C. recommande l'emploi de la fumée iodée, suivant le procédé d'un chirurgien de Marseille. On fait passer par la flamme d'une lampe à alcool, un peu de coton hydophile roulé au bout d'une pince et imprégné d'iodoforme. Les vapeurs bleuâtres sont projetées sur la surface ulcérée, préalablement nettoyée. 2 ou 3 pansements par semaine. Le traitement convient aux ulcères de toute nature. Werneck Marchado préconise dans le traitement des ulcères syphilitiques rebelles au traitement spécifique, l'injection sous-cutanée à dose élevée de sérum physiologique. J. MÉNEAU.

Ulérythème.

Ulérythème sycosiforme (Unna) (Sycosis lupoïde de Brocq) (Ulerythema sycosiforme Unna (Sycosis lupoïde Brocq), par O. SPRINZ. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. 20, p. 967.

S. commence par distinguer un premier groupe de cas répondant exactement à la description de l'affection désignée par Unna sous le nom d'ulérythème sycosiforme, qu'il considère comme identique au sycosis lupoïde de Brocq (ce qui n'est pas tout à fait incontestable. — N. d. T.). Ce groupe comprend des cas observés chez des hommes, où la maladie débute entre 10 et 20 ans, parfois plus tard, et l'on est mal renseigné sur ses commencements (influence possible du rasoir). Prurit variable. Il existe souvent une anamnèse d'eczéma, de plaque squameuse.

Le début se fait par de la rougeur, des squames, des petites pustules, d'abord sur les joues, puis dans la moustache et sur le menton. Au bout d'un certain nombre d'années, elle peut s'étendre au cou, aux paupières, etc.

Elle est bilatérale et symétrique, chronique, durant jusqu'à 37 ans. Elle évolue en poussées successives centrifuges, autour d'un ou deux foyers primitifs. A la fin il se produit toujours une alopécie cicatricielle centrale, avec des squames, des vésicules, des croûtes. Les cheveux sont rares ou font défaut.

Un second groupe de faits comprend des cas moins bien définis et où figurent principalement des folliculites descriptives et dépilantes décrites par divers auteurs (Quinquaud, Arnozan, etc.).

S. donne une obs. personnelle de forme type avec un examen histologique mentionnant des infiltrats périfolliculaires et périsudoripares, des sébacées à peu près intactes, des taches cicatricielles, de la destruction des follicules, etc. Ch. Audry.

Urticaire.

Urticaire artificielle et chéloïde (Urticaria facticia Keloïd), et par Dreuw. *Monatshefte für praktische Dermatologie,* 1910, t. 51, p. 210.

Un jeune homme de 25 ans, blennorrhagien récidiviste, syphilitique présente de l'urticaire provoqué ; après chaque coït, son prépuce est déformé par un œdème aigu. Enfin, il présente des chéloïdes disséminés sur les fesses, au niveau d'anciennes injections mercurielles.

D. croit que chéloïde, œdème et urticaire comportent une origine commune. Ch. Audry.

Urticaire pigmentaire.

Urticaire pigmentaire (Urticaria pigmentosa), par Trimble et Fordyce. *New-York dermatological Society,* 22 octobre 1912. *Journal of cutaneous diseases,* février 1914, p. 96.

Le patient est âgé de 6 ans ; il est atteint depuis l'âge de 6 mois ; l'affection a augmenté progressivement d'intensité : tout le corps, face et cou exceptés, est couvert de lésions fauves, de la grandeur variable d'un pois à une pièce de 5 francs ; certaines rappellent tout à fait le xanthome. Absence de prurit. G. Petges.

Sur les formes d'urticaire pigmentée (Zur Kenntnis der pigmentierten Urtikariaformen), par W. Kerl. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 563.

A côté de l'urticaire pigmentaire infantile à mastzellen, on a distingué depuis Quinquaud d'autres variétés d'urticaire pigmentogène, survenues tardivement et indépendantes des mastzellen.

R. relate 2 observations, l'une d'urticaire pigmentée classique à mastzellen de l'enfance, l'autre recueillie sur un homme de 22 ans ; ce dernier, atteint de céphalées multiples prend de l'antipyrine ; depuis quelques mois, il présente des poussées d'urticaire dont les pomphi laissent des macules pigmentaires. Au microscope pas de mastzellen.

De tels faits sont d'ordre différent, comme on l'a déjà signalé en d'autres circonstances, de sorte qu'on peut distinguer une urticaire pigmentée infantile, une urticaire pigmentaire des adultes, une urticaire chronique avec pigmentation, une urticaire avec pigmentation secondaire.

(Je suis obligé d'ajouter à la liste de K. : une éruption érythémato-pigmentaire urticarienne due à l antipyrine. N. de T.) Ch. Audry.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

ALFRED FOURNIER

1832 - 1914

Phototypie Berthaud, Paris

ALFRED FOURNIER

1832--1914.

Le 25 décembre 1914 s'éteignait à Paris le maître incontesté de la syphiligraphie française et mondiale, le travailleur inlassable et fécond, l'homme compatissant et affable qu'était le Prof. Fournier.

Le fracas des batailles déchaînées dans toute l'Europe, les deuils innombrables, le devoir patriotique qui retenait sous les drapeaux tout homme apte au service militaire, n'ont guère permis aux collègues et aux élèves du savant, aux amis et aux obligés du praticien, de mesurer toute l'étendue de la perte qu'ils venaient de faire; la plupart d'entre eux n'ont pas pu lui témoigner leur attachement ni manifester leurs regrets en prenant part à ses obsèques. C'est un cortège modeste par le nombre, qui, sans apparat et sans discours, a conduit à sa dernière demeure celui dont, depuis près d'un demi-siècle, aucun syphiligraphe ni même aucun médecin instruit, n'a pu ignorer le nom et les doctrines.

Le moment est venu de retracer l'histoire de sa vie, si belle et si utilement remplie, de résumer les acquisitions que lui doit la science médicale et d'apporter à sa mémoire un tribut d'admiration, de respect et de reconnaissance. Mais hélas, il me faudrait avoir son talent pour rendre à celui qui fut mon maître un hommage digne de lui!

La carrière de Fournier est un exemple rare de persévérance dans une même voie, de tension et d'effort vers un but unique. La lutte ardente et tenace, qu'il a entreprise dès ses jeunes années contre un des pires fléaux qui désolent l'humanité, il y a consacré la totalité de ses forces et de son temps. Tous ses dons naturels, la finesse et la lucidité de l'esprit, la logique du raisonnement, la patience dans l'observation clinique et dans l'accumulation des documents, de précieuses qualités de parole et de style, il les a mis au service de cet apostolat. Car Fournier était réellement un apôtre et quand il s'attaquait à cette « peste moderne », à ce « danger social » qu'est la syphilis, ce n'est pas un simple devoir, c'est une véritable mission qu'il avait le sentiment de remplir.

Aussi son œuvre entière gravite-t-elle dans un orbe défini; ceux de ses travaux qui s'en écartent, bien qu'empreints des qualités magistrales de leur auteur, font dans l'ensemble l'impression d'accessoires et de hors-d'œuvre; il n'est même pas rare que, par un chemin détourné, ils ne convergent vers l'objet principal de ses préoccupations.

Comment sa pensée et son activité ont été orientées dans cette direc-

tion, il est intéressant de le rechercher ; en fait, l'histoire de sa vie et certains traits de son caractère en fournissent aisément l'explication.

Jean-Alfred Fournier est né à Paris le 12 mai 1832, d'une famille parisienne et qui ne comptait pas, que je sache, de médecins parmi ses membres.

Entré à l'Institution Jauffret, dont il conserva toujours le plus reconnaissant souvenir, il y fit avec grand succès des études classiques excellentes ; c'est de là qu'il tenait son goût très vif pour les humanités, pour les auteurs grecs et latins surtout, qu'il traduisait à livre ouvert et dont il se plaisait à citer de longs passages restés dans sa mémoire.

En 1855 il fut nommé interne des hôpitaux et dès sa première année attaché au service de Ricord, à l'Hôpital du Midi. Cette circonstance, toute fortuite, devait avoir une influence décisive sur sa carrière. En effet il devint très vite l'élève préféré de ce maître spirituel et bon dont l'enseignement lumineux et la personnalité attachante l'avaient d'emblée séduit. Il se trouva initié et tout aussitôt mêlé aux discussions passionnantes qui agitaient à ce moment le clan des vénéréologistes.

Ces impressions de débutant ne devaient pas être effacées par son passage comme interne dans les services de Chassaignac, de Germain Sée, de Bergeron, de Boucher de la Villejouy et de Ricard. Sa thèse de doctorat, sur la contagion syphilitique (1860), en témoigne clairement.

Vint ensuite la période des concours qui, grâce à ses aptitudes et à son labeur, ne le retint pas longtemps. La même année 1863 le voit à 31 ans médecin des hôpitaux et professeur agrégé de la Faculté.

Dès lors sa carrière se dessine nettement et se déroulera harmonieusement. Suppléant du Prof. Grisolle en 1866 et 1867, il s'entraîne à l'enseignement dans la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu. Nommé en 1868 chef de service à l'Hôpital de Lourcine, où il allait passer huit années, il y inaugure son cours libre de syphiligraphie qui est officiellement consacré cours complémentaire de la Faculté en 1871 et qu'il transporte à l'hôpital Saint-Louis en 1876.

Par sa nomination à la chaire de professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (1880), dont il fut le premier titulaire, ainsi que par son entrée à l'Académie de médecine (1879), il avait atteint les plus hauts degrés de la hiérarchie médicale.

On sait quels ont été le succès de son enseignement et le retentissement de ses discours académiques. Sa présidence de la Société française de Dermatologie, sa promotion aux divers échelons de la Légion d'honneur, dont il était commandeur, ont été également pour lui l'occasion d'une bien légitime satisfaction.

Il me serait impossible d'énumérer les innombrables sociétés savantes, françaises et étrangères, dont il a fait partie, ni les multiples commis-

sions officielles dont il a été l'âme. Je me bornerai à rappeler combien était chère à son cœur la Société de Prophylaxie sanitaire et morale, dont il était le fondateur et le président. Je n'ai garde d'oublier non plus à cette place l'empressement qu'il mettait à prendre sa part de la direction de nos *Annales*, avec le souci constant d'y maintenir l'équilibre entre la syphiligraphie et la dermatologie.

Ainsi comblé de titres, d'honneurs et de fonctions, ayant acquis une renommée universelle et l'estime générale, pleinement heureux dans le cercle de sa famille, aimant, dans son intérieur harmonieux et orné de mille belles choses, à s'entourer d'amis et d'élèves dévoués, il a pu voir arriver la vieillesse avec sérénité.

Mais quel homme peut être déclaré heureux avant sa mort? Ses dernières années ont été en effet assombries par la cruelle et longue maladie de celle qui a été la compagne et le charme de sa vie; les infirmités l'ont atteint lui-même, lui apportant l'angoisse de sentir sa robuste santé et sa belle intelligence lui échapper peu à peu. Il s'est éteint doucement sans avoir eu pleinement connaissance des événements tragiques qui se déroulaient, sans avoir pris sa part des émotions qui étreignaient la Patrie. Il avait achevé sa tâche, et je vais montrer maintenant combien il a honoré son pays par son œuvre et par son caractère.

Le premier ouvrage qu'ait publié Fournier ce sont les *Leçons sur le chancre*, de son maître Ricord (1857), leçons qu'il a rédigées et complétées par de nombreuses notes et recherches personnelles. Ce livre proclame la dualité du virus chancreux en se basant sur la différenciation clinique et sur les résultats de l'auto-inoculation des deux espèces de chancres. Deux ans plus tard le rédacteur de ces leçons montrera que la méthode si instructive des confrontations, due à Bassereau, consacre formellement cette doctrine.

En attendant il aborde quelques-unes des questions connexes qui réclamaient une solution. A propos du *chancre céphalique* (1858) il démontre que la rareté extrême du chancre mou à la face ne tient pas à une transformation du virus, mais à une immunité relative de ce terrain spécial pour l'une des espèces de chancres.

Dans sa thèse de doctorat sur *La contagion syphilitique* (1860) il soutient que les accidents secondaires de forme suppurative sont congieux et que leur produit est un chancre induré. Dans un autre mémoire il étudie l'incubation de la syphilis et notamment les cas à incubation prolongée.

En relisant ces œuvres de jeunesse, qui datent de l'internat de Fournier, on est frappé d'y trouver déjà l'esprit méthodique et clair, les tendances d'esprit et même le style qui caractériseront l'homme mûr. Il ne se contente pas de formules vagues; il lui faut la vérité nue. Cette

vérité ne l'intéresse pas seulement pour elle-même, en tant que conquête sur l'inconnu ou satisfaction d'amour-propre pour le chercheur, mais en raison surtout des conséquences pratiques qui en découleront. La question de doctrine scientifique ne le laisse certes pas indifférent; mais on sent déjà que ce qui est capital à ses yeux c'est le point de vue de l'hygiène sociale, c'est la prophylaxie.

Pour moins importants qu'ils soient, en regard de son œuvre syphiligraphique, ses travaux en Médecine générale et en Dermatologie méritent cependant de n'être pas oubliés.

Sa thèse d'agrégation sur l'*Urémie* (1863) est une mise au point d'une question imposée par le concours et encore peu connue à l'époque; on y trouve non seulement les notions acquises, mais une vue claire de la voie dans laquelle il y a lieu de diriger les recherches.

Son article *Alcoolisme*, du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (1864) est franchement marqué du sceau de son talent didactique; de plus on y relève, qu'en cette matière aussi, il voit le salut dans la prophylaxie.

Quant à ses articles relatifs à la *Dermatologie*, la plupart sont la reproduction de leçons cliniques sur des thèmes connus, tels que l'herpès, l'urticaire, l'hydroa buccal, etc.; mais le sujet est présenté avec un tour très personnel. D'autres sont des monographies sur des questions neuves : c'est ainsi qu'on lui doit une étude très documentée des éruptions des organes génitaux qu'on observe chez les diabétiques, pour lesquelles il a créé le nom de *diabétides*; la description d'une dermatose aiguë qu'il appelle *Herpes vacciniforme des jeunes enfants* et qui est intéressante par son aspect souvent syphiloïde; plusieurs notes sur les *éruptions dues à l'antipyrine*, parmi lesquelles il a le premier signalé trois formes spéciales : la pseudo-syphilide palmaire, la roséole antipyrinique et la verge noire. Son nom restera également attaché à la question des *gangrènes spontanées foudroyantes de la verge* et à la description première de l'*herpès récidivant buccal des syphilitiques*.

On remarquera, et c'est d'ailleurs tout naturel, que les types dermatologiques qui ont particulièrement attiré l'attention de Fournier sont de ceux qui ont quelques points de contact avec la syphilis. Il n'y a rien de surprenant non plus à ce qu'il se soit intéressé à l'*hydrargyrisme* et à l'*iodisme*.

A l'époque où il suppléait Grisolle, les circonstances le conduisirent à s'occuper de la *Blennorrhagie et de ses complications*. Il s'était chargé d'un article sur ce sujet pour le Dictionnaire de Jaccoud et la fameuse discussion à la Société médicale des Hôpitaux sur le rhumatisme blennorrhagique (1866) avait mis la question à l'ordre du jour. Dans son article il ne s'est pas complètement affranchi de la doctrine

de son maître Ricord ; tout en déclarant que la blennorrhagie est une inflammation spéciale, différente de l'urétrite simple, il n'admet pas l'existence d'un virus spécifique et accepte qu'on puisse donner la blennorrhagie sans l'avoir soi-même. En ce qui concerne le rhumatisme blennorrhagique il repousse l'idée d'une simple coïncidence et celle du réveil d'une diathèse pour soutenir la théorie du « rhumatisme urétral ».

Il faut reconnaître d'ailleurs qu'avant l'avènement de la bactériologie il était presque impossible de résoudre cette question avec les simples ressources de la clinique ; que la description qu'il a donnée du rhumatisme blennorrhagique, articulaire et abarticulaire, est remarquable et vraiment magistrale ; qu'en plus il a le premier affirmé (1868) l'existence d'une *sciatique blennorrhagique,* coexistant souvent ou parfois alternant avec les manifestations articulaires. C'est à lui également qu'est due la connaissance de la *forme noueuse, déformante et amyotrophique* du rhumatisme blennorrhagique ; il y est revenu en 1889 en montrant que cette complication, rare à la vérité, est une des éventualités les plus effroyables qui viennent assombrir le pronostic de cette maladie. C'est lui enfin qui a ébauché, puis complété en 1885-86, la première description de la *conjonctivite blennorrhagique spontanée ou métastatique,* ne résultant pas du transport de pus dans l'œil, mais coïncidant habituellement avec le rhumatisme ; cette forme spéciale d'ophtalmie est peu grave, mobile et résolutive, et son intérêt lui vient de ce qu'elle peut servir de signe révélateur, avant tout aveu, ou tout examen local.

Dès qu'il fut médecin de Lourcine, Fournier inaugura cet enseignement méthodique de la Syphilologie dans lequel il a excellé. Ses leçons, préparées avec un soin extrême, étaient faites pour être publiées. En 1873 parut donc la 1re édition des *Leçons sur la Syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme.*

En scrutant le riche matériel clinique qui passait sous ses yeux, l'auteur avait remarqué certains accidents curieux et mal connus qui se produisent parfois au cours des premières périodes de la maladie. Il avait donc publié des articles spéciaux sur l'*induration primitive,* les *indurations secondaires,* le *pseudo-chancre induré,* les *synovites tendineuses,* l'*analgésie syphilitique secondaire,* les *adénopathies secondaires,* etc. Tout cela se retrouve dans les Leçons sur la Syphilis, avec bien d'autres choses.

Ce qui frappe dans ce volume, qui n'est consacré d'ailleurs qu'aux périodes primaire et secondaire, c'est qu'en dehors des descriptions admirablement précises des syphilides incontestables, l'auteur consacre une place considérable à l'état général et aux accidents viscéraux et fonctionnels : il s'arrête longuement non seulement sur les manifesta-

tions douloureuses, mais sur l'analgésie, les paralysies, les algidités, l'hyperidrose, sur la fièvre syphilitique et la typhose, sur les palpitations, l'anorexie, la boulimie, la consomption et la cachexie, qu'il déclare rencontrer assez communément.

On comprend que la lecture de ces chapitres ait pu susciter le reproche qu'on a maintes fois fait au Prof. Fournier de « voir la syphilis partout » et de lui attribuer une « place exagérée en pathologie ». Cette critique, qui n'a pas manqué de parvenir à ses oreilles, n'avait pas le don de l'émouvoir beaucoup. On sait comment il y a répondu. C'est d'une part en faisant voir, par ses descriptions exactes et nuancées, qu'il connaissait la syphilis mieux que quiconque ; d'autre part en démontrant, par ses travaux successifs, l'origine spécifique de plusieurs grandes maladies ou états morbides, fréquents et fort graves, dont l'étiologie était parfaitement obscure avant lui. Ainsi cette tendance systématique à chercher la syphilis partout et à lui attribuer une infinité de maux, qu'on lui reprochait comme un travers, a été au contraire une idée directrice féconde, en ce qu'elle l'a conduit à de véritables découvertes et a contribué aux progrès de la science médicale.

Qu'on me permette, avant d'aborder les chapitres où Fournier a franchement innové, de mentionner brièvement les questions de syphiligraphie au sujet desquelles ses leçons ou ses articles ont seulement apporté un perfectionnement à nos connaissances. Je ne tiendrai pas compte ici de l'ordre chronologique de ses publications.

Ce sont : les *syphilides secondaires malignes,* dont il admet 3 formes, confluente, exfoliante et nigricante ; les *roséoles de retour,* si volontiers récidivantes, qu'on observe surtout sur les sujets abondamment traités ; les *glossites tertiaires* avec leurs deux formes, scléreuse et gommeuse ; les *gommes du voile du palais* et celles *du pharynx* ; le *phagédénisme tertiaire* ; les *ostéites naso-crâniennes* avec leurs conséquences parfois si graves ; les lésions tertiaires de l'anus et du rectum, avec la description nouvelle du *syphilome ano-rectal* et l'étude de la pathogénie des retrécissements du rectum ; le *sarcocèle syphilitique,* dans lequel il distingue l'épididyme secondaire, les formes scléreuse et gommeuse ; la *phtisie syphilitique* dont la méconnaissance est si préjudiciable au malade ; c'est enfin le rôle de la syphilis dans la production des *anévrysmes,* qu'il a été un des premiers à signaler, ainsi que son action possible sur le cœur.

Mais ce sont les grosses questions, les questions vitales qui l'attirent. Au moment où Fournier a atteint sa pleine maturité de forces et de talent, avec 20 ans d'expérience et une réputation bien assise, il s'attaque aux méfaits principaux de la syphilis : aux accidents nerveux, qui tuent, qui font des infirmes et des déments ; à l'hérédité syphili-

tique, qui est responsable d'innombrables avortements, d'hécatombes de nouveau-nés et de la naissance de tant d'avortons pitoyables.

L'apparition de son volume sur la *Syphilis du cerveau* (1879) a réellement fait sensation. Tout en ayant une notion de l'existence de la syphilis cérébrale, on était loin d'être fixé sur ses modalités diverses et sur sa réelle fréquence. L'auteur distingue bien les lésions proprement spécifiques et les lésions indirectes ; sous le nom de formes initiales il décrit les six types cliniques les plus communs ; parmi elles se trouve mentionnée la forme mentale, la pseudo-paralysie générale, qui sera le point de départ des travaux de 1893 à 1895 sur l'origine syphilitique de la paralysie générale.

Puis viennent coup sur coup deux livres d'importance hors ligne : l'un sur l'*Ataxie locomotrice d'origine syphilitique* (1882), l'autre sur la *Période préataxique du tabes d'origine syphilitique* (1885), suivis de plusieurs articles et mémoires sur le tabes hérédosyphilitique et sur diverses manifestations cliniques du tabes syphilitique en général.

On avait bien signalé la fréquence relative des antécédents de syphilis chez les ataxiques ; mais il faut reconnaître qu'avant les leçons de Fournier, faites en 1875-1876 et recueillies par F. Dreyfous, et surtout avant le puissant plaidoyer que constitue son livre de 1882, personne n'avait établi une relation de cause à effet entre l'infection syphilitique et la maladie de Duchenne de Boulogne. Cette doctrine du reste se heurta à une opposition très vive et qui fut fort lente à désarmer ; je ne crois pas me tromper en avançant que jusqu'à sa mort le Prof. Charcot s'est montré rétif à cette idée. Peu à peu cependant l'accord s'est fait et on ne conteste plus que Fournier n'ait vu juste. Cette découverte à elle seule suffirait à immortaliser son nom.

Ses travaux sur le tabes syphilitique devaient le conduire à chercher l'origine syphilitique aussi de la *Paralysie générale,* en raison de la parenté manifeste qui existe entre ces deux maladies. Pendant dix ans il poursuit son enquête, accumule des preuves et ne publie rien avant que sa conviction ne soit faite. Enfin il se déclare dans deux articles du *Bulletin médical* (1893), et dans une brillante communication à l'Académie de médecine (1894) dont la documentation, l'ordonnance et la véritable éloquence étaient de nature à frapper fortement les esprits. Les contradicteurs firent certes une résistance énergique et prolongée ; mais que pouvait-on opposer à un faisceau d'arguments constitué par la fréquence de la syphilis chez les paralytiques généraux, la corrélation entre la fréquence de la syphilis et celle de la paralysie générale dans les différents milieux, l'association commune de la paralysie générale avec le tabes, et surtout l'argument décisif de la paralysie générale juvénile de Régis ?

D'ailleurs il est frappant de voir que, comme pour le tabes, Fournier ne va pas jusqu'à réclamer pour la syphilis la totalité des cas de para-

lysie générale ; il lui suffit que la connexion, la relation de cause à effet, soit admise et qu'on lui concède que « la paralysie générale reconnaît certainement la syphilis comme un de ses facteurs étiologiques les plus habituels, voire prépondérant ». Je ne puis m'abstenir de mentionner à cette place qu'une des dernières joies de sa vie a été d'apprendre la découverte faite par Noguchi du spirochète dans les lésions de la paralysie générale.

Mais, il y a 20 ans, une objection très impressionnante se dressait contre la conception nouvelle, à savoir ce qu'on a appelé la faillite du traitement antisyphilitique vis-à-vis du tabes et de la paralysie générale. Ce fait, qui l'avait frappé lui-même, l'a conduit à la doctrine des *Affections parasyphilitiques* (1894) qui mérite de nous arrêter un instant.

La syphilis, en dehors du groupe si étendu et si complexe des « accidents spécifiques » fait plus et autre chose que cela ; elle est responsable en outre d'un bon nombre de manifestations morbides qui sont syphilitiques ou hérédo-syphilitiques d'origine sans être pour cela syphilitiques, de nature ; ces affections parasyphilitiques ont un double caractère : elles peuvent se produire indépendamment de toute tare syphilitique et d'autre part ne sont pas influencées par le mercure et l'iodure comme les accidents spécifiques directs.

Avec cette définition pour point de départ, l'auteur se trouve logiquement amené à rapprocher et à grouper sous une même rubrique des affections telles que la syphilide pigmentaire, la neurasthénie, l'hystérie, le tabes, la paralysie générale, l'épilepsie, certaines amyotrophies progressives, les dystrophies héréditaires, l'hydrocéphalie, la maladie de Little, etc. Et cette énumération n'épuise pas le sujet ; vraisemblablement il y aura lieu plus tard, dit-il, de faire rentrer dans la même catégorie : le diabète, l'hémoglobinurie, certains érythèmes tertiaires, peut-être l'adénie et une variété de pelade. Quant à la leucoplasie et à sa conséquence fréquente, le cancer, Fournier les revendique formellement pour le même groupe au Congrès international de dermatologie de 1900.

Voilà certes un classement surprenant et qui devait prêter le flanc aux critiques ; elles n'ont pas manqué et je crois bien que même ceux qui ont pleinement adopté la conception des affections parasyphilitiques ne l'ont pas fait sans un certain malaise. Toutefois quand on réfléchit à la genèse de cette doctrine et à la portée qu'elle pouvait avoir dans l'esprit de son auteur, on conçoit que pour lui il ne s'agit pas de la découverte d'une loi de pathologie générale, ni d'une révolution en nosographie, mais seulement d'une conquête dans le domaine de l'étiologie. Il ne se préoccupe pas d'expliquer ce qu'il peut y avoir de mystérieux dans cette opposition entre l' « origine » et la « nature » d'une affection ; son point de vue est tout autre ; il lui suffit d'avoir

chargé le dossier de la syphilis de quelques atrocités de plus. Sa haine croissante contre ce fléau s'en trouve justifiée et il conclut qu'il faut de plus en plus se défendre contre lui par un traitement répressif énergique et par des mesures de prophylaxie qui sont d'intérêt public.

La gravité du pronostic de la syphilis tient principalement à ses manifestations sur le système nerveux. De ses *Recherches sur la syphilis tertiaire* (1889), il ressort que, de tous les systèmes organiques, c'est lui qui est le plus souvent éprouvé ; si le virus spécifique est un poison de tout l'être c'est avant tout un « poison du système nerveux ». Mais, il y a pis encore, et l'on va voir que, de par son caractère héréditaire, la syphilis s'élève au rang de « poison de la race » et de « facteur de dépopulation ».

Les travaux de Fournier sur l'*hérédité syphilitique* constituent probablement son plus beau titre de gloire ; Besnier les tenait pour la partie la plus remarquable de son œuvre.

Dans sa communication à l'Académie sur l'influence de la syphilis sur la mortalité infantile (1883) il avait montré à quel point elle est meurtrière et proposé un ensemble des mesures de défense qui furent d'ailleurs votées.

Mais c'est son bel ouvrage sur la *Syphilis héréditaire tardive* (1886) qui proclame le plus de notions nouvelles et importantes. On n'ignorait certes pas les manifestations héréditaires précoces dont sont menacés les enfants nés de parents infectés ; sur les manifestations tardives on ne possédait que des données bien vagues et lacunaires. L'auteur montre dans ce livre quelle est leur étonnante fréquence et combien elles sont multiples et variées suivant le système organique qui est atteint. On dut reconnaître que d'innombrables accidents qui étaient rattachés à la scrofule, ou à propos desquels on invoquait une infection inaperçue de l'enfance, relèvent en réalité de l'hérédité. Il indique avec une netteté parfaite quels sont les éléments du diagnostic direct de l'hérédosyphilis en décrivant avec précision les stigmates de divers ordre, difformités crâniennes, nasale, tibia en lame de sabre, et surtout les altérations dentaires qu'il a si minutieusement étudiées. Au moment de la publication de ce traité l'auteur déclare ne pas connaître encore un seul fait irrécusable de syphilis héréditaire au delà de l'âge de 28 ans, tout en prévoyant très justement que l'avenir ne tarderait pas à en faire découvrir.

A côté de l'étude concrète des accidents hérédosyphilitiques la question de l'*Hérédité syphilitique,* de ses modalités et de ses lois, a, de par la complexité des problèmes qu'elle soulève, un intérêt scientifique et pratique considérable. Dans une série de leçons sur ce sujet, rédigées par son élève le docteur Portalier (1891) ces problèmes sont analysés, disséqués et envisagés sous toutes leurs faces.

La question de l'hérédité paternelle, de la syphilis par conception et par choc en retour, de la loi de Colles-Baumès ont, bien entendu, retenu tout spécialement son attention. Mais en outre il revient avec insistance sur la polymortalité infantile ; de même il distingue, à côté de la transmission de la syphilis en nature, et de la cachexie fœtale qui a pour aboutissant l' « inaptitude à la vie », il distingue, dis-je, les dystrophies héréditaires et les malformations qui constituent une catégorie de plus de ses conséquences néfastes. Ces imperfections ou retards de développement, dystrophies et monstruosités, il en a plus amplement développé l'exposé dans un mémorable discours à l'Académie (1899). La possibilité d'une hérédité de deuxième génération est discutée et formellement déclarée acceptable dans le Traité sur l'hérédité syphilitique ; mais le Prof. Fournier ne la considère pas encore comme scientifiquement établie.

On juge quels ont dû être ses sentiments de joie et d'orgueil paternel lorsqu'il a vu plusieurs des questions qu'il avait amorcées, être reprises, développées et parfois résolues dans le sens de ses prévisions par les travaux de son fils le Dr Edmond Fournier ! Qu'il me suffise de rappeler que l'étude approfondie des stigmates dystrophiques, que la réalité de l'hérédo-syphilis de l'adulte et du vieillard, que la démonstration de l'hérédosyphilis de deuxième génération, sont du nombre.

L'accueil fait à ses travaux sur l'hérédité syphilitique, non seulement dans notre pays, mais bien au delà de nos frontières, a du reste été pour le Prof. Fournier un motif de vive satisfaction. Son livre a été reçu partout avec admiration et reconnaissance ; une traduction allemande en a été publiée à Vienne, augmentée de notes et de discussions qui n'ont rien ajouté à sa valeur. Lui-même a repris le sujet à diverses reprises, et récemment encore, dans son opuscule « Quatre fautes à ne pas commettre » où il souligne les conséquences médicales des principes qu'il avait établi et plaide « en faveur des pauvres êtres que menace un héritage de syphilis ». Chez lui le culte de la science ne se sépare jamais de l'amour de l'humanité.

Après avoir mis hors rang ce qu'il a de plus capital dans l'œuvre de Fournier, il me reste à passer en revue ceux de ses travaux qui se rapportent aux origines, à l'évolution et au traitement de la syphilis.

Les *origines de la syphilis,* et notamment les syphilis d'origine non vénérienne, l'ont toujours vivement préoccupé. Il existe en effet, en dehors de l'hérédité, de nombreux modes de contamination qui menacent des épouses, des nourrices, des enfants, des médecins et sage-femmes, etc., en un mot toute une catégorie de victimes innocentes. Ces « syphilis imméritées » sont bien plus fréquentes que ne le sup-

posent les personnes pour lesquelles le mal vénérien est le monopole du monde galant et le fruit de la débauche ; elles courent grand risque d'être méconnues et de grossir le lot des « syphilis ignorées » ; pour des raisons diverses, il arrive souvent qu'elles ne soient pas traitées convenablement, ce qui assombrit sensiblement leur pronostic.

A maintes reprises Fournier est revenu sur la syphilis par conception. Dans son livre sur *Syphilis et mariage,* dont le succès est attesté par deux éditions successives (1880-1890) et par six traductions étrangères, cette question se trouve exposée, concurremment avec toutes celles qui ont trait aux dangers multiples de la syphilis dans les ménages.

La syphilis des femmes mariées (1887), la syphilis des honnêtes femmes (1906) lui a servi d'argument pour réclamer devant l'Académie en faveur de la prophylaxie.

De tout temps aussi il s'est ému du sort des *nourrices* infectées par les enfants qu'on leur confie et des répercussions diverses dérivant des contaminations de cet ordre ; il a codifié pour ainsi dire les devoirs qui en pareil cas incombent au médecin de la famille, à celui de la nourrice, et au médecin-expert devant les tribunaux. Il a envisagé aussi la situation inverse, celle où une nourrice en état d'incubation, infecte son nourrisson, et il rapporte l'histoire d'une épidémie de famille qui a fait sept victimes.

Il faut rappeler aussi son livre sur la *Syphilis vaccinale* (1889) qui a certainement contribué à la substitution, de nos jours universellement acceptée, du vaccin animal au vaccin humain ; son mémoire sur les *contagions médicales* (1891) qui sont ou transmises par le médecin, à l'aide de ses mains ou de ses instruments, ou reçues par lui, et souvent alors se traduisent par un chancre siégeant à l'œil ou aux doigts ; enfin ses nombreuses *expertises médico-légales* qui lui ont offert à peu près toutes les espèces auxquelles peut donner lieu la transmission de la vérole.

Un certain nombre des questions qui se rapportent à ces syphilis non vénériennes, professionnelles ou accidentelles, se trouvent traitées incidemment dans les *Leçons sur les chancres extragénitaux* (1897), recueillies par Edmond Fournier. On trouve dans ce volume, amplement illustré, la description personnelle que l'auteur avait donnée des chancres des doigts, de l'œil et de l'amygdale qui sont aujourd'hui classiques. La question du pronostic, réputé plus grave, de la syphilis d'origine extra-vénérienne, y est aussi nettement posée et résolue ; il conclut que ces syphilis ne sont plus graves qu'en raison des conditions individuelles des sujets contaminés et de l'insuffisance habituelle du traitement.

Nombreuses aussi et poursuivies avec une prédilection évidente, sont ses publications relatives à l'*Évolution de la syphilis.*

Avec un grand sens clinique il avait analysé les facteurs de gravité

de la syphilis (1886) et décrit les syphilides secondaires malignes (1893).

Mais le tertiarisme, les conditions qui en favorisent l'apparition, ses manifestations et ses échéances, offraient un intérêt bien supérieur et ont fait l'objet de plusieurs de ses travaux les plus importants. Ses *Recherches sur la syphilis tertiaire* (1889) et son *Tertiarisme précoce* (1894) ont démontré, sur la base de ses statistiques personnelles, ce fait imprévu que les accidents tertiaires se rencontrent dès la première année avec une fréquence qui n'est guère inférieure à celle de la 8e ou 10e ; qu'ils sont constitués principalement par des lésions cutanées et des déterminations nerveuses ; que les myélopathies sont relativement fréquentes et graves puisqu'elles ont causé la mort dans 16 cas sur 52. La même année l'auteur nous fait connaître les manifestations ultra-tardives du tertiarisme, celles qui entrent en scène trente à cinquante ans après le chancre.

Le pendant du tertiarisme précoce, c'est la *Syphilis secondaire tardive* (1906) dont Fournier nous donne le tableau tel qu'il ressort de l'analyse de sa collection de 19 000 fiches ! Contrairement à l'opinion classique, on peut observer assez souvent dans la 5e et 6e année, puis avec une fréquence décroissante, des syphilides cutanées de type secondaire un peu modifiées dans leur apparence. Cela est curieux, mais voici qui est plus important : à cette même échéance, authentiquement même jusqu'à la 10e année, voire peut-être au-delà de ce terme, peuvent survenir des plaques muqueuses, génitales ou surtout buccales, qui expliquent les contagions tardives dont il existe des observations certaines. C'est dans les syphilis traitées, mais insuffisamment traitées, et surtout chez les fumeurs que se voient ces manifestations anachroniques ; les indications thérapeutiques et prophylactiques qui en ressortent sont évidentes.

Le livre sur le *Traitement de la syphilis* (1893-1909) a eu, comme bien l'on pense, un succès considérable ; trois éditions ne l'ont pas épuisé. Lorsque la première a paru les injections mercurielles avaient déjà pris la vogue ; la troisième a précédé de peu l'introduction en thérapeutique des nouveaux composés arsenicaux. Toutes les questions d'ordre général et particulier y sont étudiées. L'intérêt principal se porte sur celles qui sont litigieuses ; la pratique de l'excision du chancre, la valeur relative des diverses injections mercurielles, etc. La tendance générale de l'auteur est conservatrice ; il répugne aux emballements et craint d'abandonner ce qui est pratiqué de longue date pour des nouveautés insuffisamment éprouvées. Il ne peut se résoudre à conseiller l'emploi de l'huile grise comme méthode courante de traitement ; je sais combien il a été impressionné de l'efficacité parfois extraordinaire du calomel dans certains cas ; il conserve cependant sa prédilection pour les pilules, pour les frictions, et surtout pour le traitement mixte mercuriel et ioduré.

Ce qu'on réclame surtout de sa vaste expérience ce sont des conseils pour la direction générale du traitement. Lorsqu'il entra dans la carrière, l'habitude générale était de traiter les accidents jusqu'à leur disparition; on traitait les syphilides, mais non pas la maladie. Lui, qui avait pu se convaincre qu'à côté de ses effets curatifs le mercure est doué d'une action préventive, avait basé sur ce fait sa méthode du *traitement chronique intermittent* qu'il a fait prévaloir et à laquelle il est resté fidèle. On ne saurait omettre de souligner quel appui à sa doctrine est venu apporter la méthode de contrôle par la réaction de Wassermann.

A la fin de sa carrière, instruit par ses recherches sur les échéances du tertiarisme et sur les affections parasyphilitiques, il a recommandé de prolonger la durée du traitement au delà du terme préalablement fixé; il a conseillé d'échelonner encore entre la 5e et la 10e année des cures bisannuelles destinées à intensifier l'action préventive du mercure aux périodes les plus dangereuses. « Stériliser » la syphilis à son début, puis l'empêcher de provoquer des accidents redoutables et de se transmettre aux descendants, tel est le but qu'on doit fixer à ses efforts. Il a montré qu'avec du tact clinique et de la persévérance on peut obtenir l'équivalent d'une guérison.

Toute la substance de son enseignement le Prof. Fournier avait rêvé de la réunir dans son grand *Traité de la syphilis*, dont le premier fascicule a paru en 1898 avec la collaboration de son fils. Trois autres fascicules ont vu le jour depuis lors, comprenant les périodes primaire, secondaire et l'étude d'une partie seulement des accidents de la période tertiaire. Il me paraît bien superflu d'insister sur la valeur de ce magnifique ouvrage, attendu qu'il est entre les mains de tous.

Veut-on savoir quels étaient les délassements de cet infatigable et persévérant travailleur? Traduire lui-même, commenter et éditer luxueusement les œuvres des premiers observateurs du Mal Français, *Jean de Vigo*, *Jacques de Béthencourt* et *Fracastor*; rédiger une « Lettre d'outre-tombe de Jean de Vigo », ou une « Conférence sur la syphilis en 1830 »; — il ne s'en accordait pas d'autres.

J'en arrive enfin à cette portion de l'œuvre de Fournier qui en constitue pour ainsi dire le couronnement, l'aboutissant, la conclusion, à savoir sa campagne de défense sociale par la *Prophylaxie* des maladies vénériennes.

On a pu voir dans les pages qui précèdent avec quelle ténacité il a poursuivi ce but suprême d'un bout à l'autre de sa carrière. La fréquence de la syphilis, sa redoutable diffusibilité, ses ricochets sur tant d'innocents, ses conséquences terribles pour l'individu et pour l'espèce, imposent à celui qui les constate un pressant devoir. Les ressources qu'offre le traitement médical contre un pareil fléau sont sans doute

précieuses, mais à tout prendre insuffisantes. Vouloir lutter seul dans son service d'hôpital et dans son cabinet, si éclairé, si actif, si dévoué qu'on soit, c'est se résigner à n'être qu'une pierre dans un torrent, là où il faudrait une digue.

Il a compris que ce qu'il fallait c'est d'entreprendre une croisade : il en a levé l'étendard avec une ardeur convaincue et l'a maintenu haut et ferme jusqu'à son dernier souffle.

Saisissant toutes les occasions qui se présentaient, les faisant naître lui-même au besoin, il a fait retentir la tribune de l'Académie de médecine et celles des congrès internationaux de ses appels éloquents et pressants; par des articles, des rapports et des livres, il a sollicité les pouvoirs publics de sortir de leur apathie et les a conjurés de venir à l'aide des hommes de l'art pour la sauvegarde de la santé publique.

Il a fait plus encore. En mars 1901 il a fondé sous le nom de *Société française de prophylaxie sanitaire et morale,* une véritable « Ligue contre la syphilis ». Il y a appelé, en dehors des hygiénistes, des jurisconsultes, des administrateurs, des penseurs, des lettrés, tous les hommes qui s'inspirent des idées de progrès, de justice et de charité.

Il voulait ainsi créer une agitation, un courant d'opinion, et accroître sa propre autorité morale, en vue de vulgariser la notion du péril vénérien et d'obtenir qu'on prît les mesures pratiques qui lui paraissaient indispensables. C'est lui qui a documenté les auteurs qui ont cherché à éclairer le public sur les dangers de l' « avarie » ; cela n'est un secret pour personne. Ceux qu'il importait le plus de renseigner, ce sont les jeunes gens qui s'exposent à la contamination, avec tant d'inconscience souvent; c'est donc pour eux, qu'à la demande de la Société de Prophylaxie, il a rédigé ce petit chef-d'œuvre de tact et de bonté réelle qu'est la brochure : *Pour nos fils quand ils auront* 18 *ans.* C'est lui encore à qui l'on doit, pour une bonne part, les conférences et les mesures administratives et médicales destinées à préserver l'armée et la marine.

Ses principales publications sur le sujet, il les a réunies en un gros volume, la *Prophylaxie de la Syphilis* (1903). Il y passe en revue les moyens de différents ordres qui peuvent concourir au but qu'il se propose. Les moyens d'ordre moral et religieux, si respectables, mais malheureusement si peu efficaces dans la pratique, lui ont inspiré de belles pages. Il attend davantage des moyens administratifs et policiers, de la surveillance de la prostitution, tout en réclamant énergiquement qu'elle repose, non sur l'arbitraire, mais sur une base légale.

On se souvient que les controverses suscitées par sa doctrine de la réglementation l'ont conduit à rompre une lance contre l'*abolitionnisme.* Il a soutenu que la haute gravité des maladies vénériennes, et notamment les menaces qu'elles font peser sur l'épouse et sur l'enfant, donnent à la société le droit de se défendre contre elles. A l'argument tiré de la liberté et de la dignité de la prostituée, il répond que l'intérêt

général impose souvent une limitation à la liberté de chacun, par exemple dans le service militaire, et dans la pratique des commerces et industries insalubres.

Quant aux moyens d'ordre médical, il recommande l'hospitalisation des malades, la surveillance des nourrices, la vaccination animale ; il recommande non seulement de traiter les syphilitiques, mais de les instruire des dangers qu'ils font courir à leur entourage. Il critique l'organisation des consultations vénéréologiques dans nos hôpitaux et propose la création de nombreux dispensaires, plus discrets. Il insiste surtout sur la nécessité de donner aux médecins une instruction syphiligraphique plus complète et plus étendue, reconnaissant par là, qu'en dernière analyse, c'est à eux qu'incombe le rôle principal dans la préservation de la société.

Il me reste à dire en quelques mots ce que fut le professeur, l'écrivain, le maître et le praticien.

Peu d'hommes ont eu au même degré que le maître de Lourcine et de l'hôpital Saint-Louis le goût et le talent de l'enseignement. Inculquer à ses élèves les vérités auxquelles l'avait conduit son expérience ne lui suffisait pas ; constamment il s'attachait à en déduire les conséquences nécessaires et des règles de conduite pratique. Il cherchait donc, non à instruire seulement, mais à persuader. On a pu dire que la plupart de ses leçons et la presque totalité de ses discours académiques sont de véritables plaidoyers.

Sa facilité de parole, la correction et l'élégance de son style, étaient tout à fait remarquables. Pour être certain de rendre sa pensée avec toutes ses nuances et pour la mieux faire pénétrer dans l'esprit de ses auditeurs, il se plaisait à user de la synonymie, de la gradation et de la superposition de termes analogues. La disposition de ses discours, leur architecture si l'on peut dire, ne lui paraissait pas indigne de ses soins. Il avait un tel don de mémoire visuelle et de représentation mentale qu'il pouvait littéralement réciter le texte de ses leçons qu'il feuilletait devant lui, en y jetant de rares coups d'œil, et tout en prenant presque le ton de l'improvisation.

Le succès de son enseignement a été considérable ; dans son amphithéâtre toujours comble se pressaient un grand nombre de ses anciens élèves, ainsi que des médecins de tous pays, attirés par son renom universel, et sûrs de n'être déçus ni par le fond ni par la forme.

Ses leçons étaient à ce point travaillées et ciselées qu'elles sppuortaient d'être livrées telles quelles à l'impression. En fait, la pluralité de ses publications ne sont que la reproduction exacte de leçons ou de discours académiques ; en les lisant on croit l'entendre encore.

Les matériaux de ses travaux étaient pour une part tirés de sa pratique hospitalière ; il trouvait toujours le temps, dans son service,

d'étudier à fond, de retourner en tous sens les cas rentrant dans le cadre de ses recherches du moment, ou de nature à ouvrir des horizons nouveaux.

Mais une part non moins importante de ses documents provenait de sa clientèle privée. Dès le début de sa carrière il avait, à l'exemple de son maître le Dr Puche, contracté l'habitude de conserver une note écrite de chacune des visites de chacun de ses clients ; cette habitude lui a permis d'accumuler, en plus de 40 ans, un véritable trésor pathologique. « Je me suis fait, dit-il quelque part, collectionneur en syphilis tout comme la fantaisie ou des curiosités spéciales invitent d'autres à se faire collectionneurs en tableaux, en livres, en japonneries, en autographes, en tabatières, etc... C'est grâce à ces notes que j'ai pu me convaincre, moi d'abord, puis convaincre ensuite mes confrères des rapports pathogéniques qui relient à la syphilis et le tabès, et la paralysie générale, et la leucoplasie, et les dystrophies hérédo spécifiques. »

Avec la renommée, une clientèle considérable lui était venue ; pendant un demi-siècle d'innombrables malades du monde entier ont défilé dans son cabinet, attirés par son savoir hors ligne, mais aussi par son bon sens, par son honorabilité parfaite et par le rayonnement de bonté qui émanait de lui. Qui dira de combien de détresses poignantes, de combien de drames intimes, il a été le confident ! combien de malheurs il a évités ou atténués par ses conseils paternels ou par quelques paroles réconfortantes !

Toujours, et comme par l'effet d'une obsession, les cas douloureux dont il était témoin le ramenaient à cette haine du fléau qu'est la syphilis, au moyens d'en conjurer les méfaits, à la prophylaxie en un mot. Et les exclamations stéréotypées qu'il retrouvait sur les lèvres de ses patients, malfaiteurs inconscients aussi bien que victimes innocentes, les : « Je ne savais pas ! » et les : « Mais alors je suis perdu ! » l'ont conduit à se faire vulgarisateur par humanité. Les petites brochures qui datent des dernières années de sa vie et qui ont pour titres : « Doit-on le dire ? », « En guérit-on », « Pour en guérir », « Pour nos fils », « Trois fautes à ne pas commettre », sont certainement issues de ce sentiment de commisération pour l'humanité, ignorante souvent, coupable quelquefois, mais en tout cas souffrante.

Si au soir de sa carrière Fournier a jeté un regard rétrospectif sur sa vie, toute consacrée au labeur et au devoir, sur le sillon qu'il a tracé, sur son œuvre magistrale et durable, il a pu certes ressentir une légitime fierté ; mais je crois bien que le titre qu'il eût entre tous aimé à se voir décerner, c'est celui de bienfaiteur de l'humanité.

J. Darier.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA DIMINUTION DE LA RÉSISTANCE DE LA PEAU

Par **L. Brocq.**

C'est vers 1908, dans une de mes leçons cliniques, que j'ai parlé pour la première fois de la *diminution de la résistance des téguments* (1). Mais je n'ai fait que mettre une étiquette nouvelle sur un fait des plus connus et sur lequel repose en grande partie la pathologie cutanée.

En lisant cet article, tout dermatologiste, je devrais dire tout médecin, sera donc tenté de dire : « Mais moi aussi je connais la diminution de la résistance de la peau », peut-être dira-t-il : « Mais moi aussi j'ai écrit sur elle, et l'on me plagie ! » Que tous ceux qui sont dans ce cas se tranquillisent ! Qu'ils ne m'accusent ni d'ignorance, ni de mauvaise foi ! Je n'ai pas pour habitude de découvrir les Pyrénées et je respecte les droits acquis. Mais il m'a semblé que cette notion de la diminution de la résistance des téguments avait besoin d'être mise en pleine lumière, au rang qu'elle doit occuper dans la pathologie générale cutanée, et c'est la raison d'être de ce mémoire.

Je n'envisagerai la question considérable et éminemment difficile de la variabilité de la résistance des téguments qu'au point de vue clinique ; tout au plus dirai-je quelques mots des causes probables qui peuvent la faire varier. Je laisserai de côté toutes les hypothèses et toutes les théories.

I

Le terme *vulnérabilité* de la peau ne nous semble pas pouvoir remplacer celui de *diminution de la résistance,* car le terme de vulnérabilité ne signifie que la possibilité pour la peau d'être lésée, et tout individu à l'état normal est vulnérable : il faudrait dire *excès de vulnérabilité* pour exprimer une idée analogue à celle qui est contenue dans le terme de diminution de la résistance, et ce dernier nous paraît rendre infiniment mieux notre pensée.

Que faut-il donc entendre par *diminution de la résistance de la peau ?* Évidemment cela veut dire diminution de la résistance *normale*

(1) Je l'avais appelée *hyporésistance des téguments* ; mais c'est un mot nouveau et mal fait : il vaut mieux ne pas créer encore un néologisme.

des téguments, mais encore faut-il s'expliquer sur ce que l'on peut considérer comme étant la résistance *normale* des téguments.

Quand les téguments sont normaux, ils supportent sans en être le moindrement lésés le contact de certaines substances dites irritantes. Il est ici fort difficile de préciser, car tout est une question de degré : rien n'est absolu. Un tégument normal supporte le contact de l'eau calcaire, du savon ordinaire du commerce ; il supportera le contact de la plupart des étoffes peintes, de l'action modérée des rayons du soleil, etc. Mais il pourra présenter quelques lésions de peu d'importance s'il est pendant un laps de temps trop long soumis à l'action de savons chargés d'excès de potasse ou de soude, s'il reste exposé pendant des heures aux rayons d'un soleil ardent, etc. En somme (et, malgré le vague de cette définition, nous ne pouvons que nous y tenir), les téguments sont dits normaux quand ils se comportent vis-à-vis des irritants de peu d'intensité comme ceux de la grande majorité des individus.

Il est évident qu'un tégument même doué d'une résistance normale sera lésé s'il reste en contact avec des agents fort irritants tels que les bases caustiques (ammoniaque, chaux, potasse, etc.), les acides forts (sulfurique, azotique, chlorhydrique, etc.), etc. Nous serons dans ce cas en présence d'éruptions ou de lésions purement traumatiques, symptomatiques d'une désorganisation directe et brutale des tissus par des agents vulnérants et non en présence des conséquences d'un défaut de résistance des téguments.

Inversement, quand, sous une influence quelconque, la peau perd de sa force de résistance, des agents qui, lorsque sa résistance était normale, ne produisaient aucun effet nocif sur elle, peuvent provoquer l'apparition de lésions cutanées diverses : et c'est par la production de ces lésions cutanées que la diminution de résistance des téguments se révèle au médecin.

Tout ce qui précède repose sur des constatations cliniques qu'aucun observateur consciencieux ne songera à mettre en doute : mais nous n'avons pas la prétention de donner une explication satisfaisante de ces faits, même en nous appuyant sur la doctrine récente de l'anaphylaxie.

II

La diminution de la résistance cutanée peut être *générale, totale,* c'est-à-dire porter sur la totalité des téguments, ou *régionale,* c'est-à-dire être localisée en certains points.

Elle peut porter sur tous les éléments constitutifs de la peau, épiderme et ses diverses couches, corps papillaire, derme proprement dit, ou bien être limitée à un ou plusieurs de ces éléments.

Ces propositions demandent quelques mots d'explication.

A. — La diminution de la résistance cutanée peut porter sur toute l'étendue des téguments. C'est même assez fréquent. Il n'est pas rare par exemple que dans les cas d'épidermolyse bulleuse congénitale les traumatismes, au moins dans les premiers temps de la vie, provoquent l'apparition de phlyctènes en un point quelconque du corps. Quand un individu devient susceptible de présenter de l'irritation cutanée à la suite du contact de telle ou telle substance, d'une préparation hydrargyrique par exemple, il est assez fréquent que l'irritation se produise quelle que soit la région du corps qui ait été touchée.

B. — Il est possible d'autre part que la diminution de résistance des téguments soit localisée à certaines régions du corps.

Dans ces cas c'est presque toujours à la suite de traumatismes antérieurs ayant porté sur ces régions que la résistance de la peau y diminue. Or ces traumatismes peuvent être de toute nature, contacts prolongés et répétés des agents atmosphériques, d'agents irritants quelconques, tenant aux professions (chirurgiens, infirmiers, dentistes, épiciers, maçons, plâtriers, cimentiers, ébénistes, teinturiers, mégissiers, etc., etc.), tenant aux objets qui servent à la toilette (eau calcaire, savons, parfums, cosmétiques, épilatoires, pilivores, teintures, etc.), tenant aux vêtements, etc. Ils agissent dans la plupart des cas peu à peu, lentement, de manière à provoquer des irritations d'abord légères, puis de plus en plus fortes ; progressivement la résistance normale des téguments s'affaiblit et, dès que la diminution de la résistance locale est ainsi constituée, un rien suffit pour provoquer des lésions : nous disons « un rien » : c'est exact ; mais il serait encore plus exact de dire que des irritations qui autrefois n'auraient causé aucun dommage, provoquent alors des lésions plus ou moins accentuées. Il faut, pour obtenir le retour à l'état normal, soustraire pendant fort longtemps la région ainsi affaiblie à toute espèce de contact irritant quelque minime, quelque négligeable qu'il puisse paraître.

Parfois aussi ce n'est pas progressivement, à la suite d'une longue série d'irritations locales répétées, qu'une région donnée entre en état de *faiblesse de résistance,* mais à la suite d'un violent traumatisme qui d'un coup modifie la vitalité des téguments. C'est ainsi qu'agissent de très fortes irritations d'origine externe, coup de soleil étant allé jusqu'à la phlycténisation, applications de préparations extrêmement irritantes, comme l'ammoniaque, la potasse, les pommades épispastiques, etc., etc. Il faut bien connaître ces cas, car il n'est pas indifférent d'employer chez certains sujets des préparations très énergiques pour traiter certaines dermatoses : on peut s'exposer chez eux à créer par ces interventions des points de diminution de la résistance cutanée.

Ces diminutions de résistance circonscrites sont assez importantes comme notion pathologique, parce qu'elles nous prouvent à quel point la question de la diminution de la résistance cutanée doit être complexe

au point de vue pathogénique. Elles démontrent en effet qu'elle ne saurait être ramenée à une simple affaire d'anaphylaxie.

C. — Nous avons dit en outre que la diminution de résistance des téguments peut porter sur tous leurs éléments constitutifs, ou seulement sur un ou plusieurs d'entre eux. Voici ce que cela signifie.

a) Il est des cas où sous l'action des agents irritants usuels, tels que le soleil par exemple, la peau subit peu à peu des altérations profondes : elle est modifiée en totalité comme dans le *xeroderma pigmentosum*. Il s'agit bien ici d'une faiblesse de résistance des téguments, car cette affection est familiale, car elle se développe surtout au niveau des régions qui sont en contact direct avec la lumière. Or, dans les cas de cet ordre, tout est atteint, épiderme, pigment, derme, vaisseaux, glandes cutanées.

Il en est à peu près de même dans une autre catégorie de lésions provoquée par la lumière et surtout par le soleil et à laquelle on a donné le nom d'*Hydroa vacciniforme*.

b) Il en est d'autres dans lesquels le soleil ne produit que de l'érythème simple, ou de l'érythème avec desquamation, ou de l'érythème avec phlycténisation. Ici l'épiderme est atteint à des degrés divers, mais il est seul atteint.

Il en est d'autres dans lesquels le soleil n'agit que sur le pigment de la peau en l'exagérant d'une manière extraordinaire, soit en nappe, soit en éléments lenticulaires isolés, etc.

Par le tableau schématique qui précède, on voit donc que sous l'action d'un seul et même agent irritant, la lumière solaire, les téguments en état de diminution de résistance peuvent réagir de manières fort différentes selon les sujets. Ils peuvent réagir sous la forme de lésions cutanées d'ordre banal comme la pigmentation, l'érythème, la desquamation, la phlyctène, etc. Ils peuvent aussi réagir sous la forme de lésions cutanées tout à fait spéciales, presque pathognomoniques de l'action des rayons lumineux solaires, telles que l'hydroa vacciniforme ou le xeroderma pigmentosum.

Nous voici donc en présence d'une grande complexité de faits, et nous voyons que dans la question de la diminution de la résistance cutanée il faut tenir compte du mode de réaction du sujet, de ses idiosyncrasies, c'est-à-dire de ses susceptibilités morbides quel que soit le nom dit scientifique dont on les décore aujourd'hui, et de la qualité de l'agent vulnérant.

Envisagée à un autre point de vue, la diminution de la résistance cutanée peut être *congénitale*, ou *acquise* : elle peut être *permanente*, ou *passagère* ; après s'être produite, elle peut disparaître complètement ou persister avec des variantes, c'est-à-dire être peu ou point développée suivant les périodes de la vie.

A. — *Diminution de la résistance cutanée congénitale.*

Elle peut : *a*) persister pendant toute la vie, ou *b*) s'atténuer avec l'âge, ou même finir par disparaître.

L'*épidermolyse bulleuse héréditaire* nous offre un bel exemple de cette faiblesse de la résistance cutanée limitée à l'épiderme dans la plupart des cas et d'origine congénitale familiale. Certains sujets gardent toute leur vie cette tendance à la production de bulles sous l'influence du moindre traumatisme ; cette tendance s'atténue dans la majorité des cas à mesure que le sujet avance en âge ; parfois elle finit par disparaître.

Dans le *pemphigus congénital à kystes épidermiques* que beaucoup d'auteurs ont identifié, à tort d'après nous, avec l'épidermolyse bulleuse héréditaire, la faiblesse de la résistance cutanée se cantonne rapidement en certaines régions d'élection telles que la face dorsale des doigts, les coudes, les genoux ; dans cette forme morbide elle n'est pas d'ailleurs limitée à l'épiderme ; elle est totale ; les lésions affectent aussi le derme et aboutissent à l'atrophie cutanée.

Nous avons parlé plus haut du *xeroderma pigmentosum*.

On pourrait aller beaucoup plus loin dans cette voie et rattacher un grand nombre des dermatoses infantiles y compris les urticaires, les strophulus et les prurigos à de la faiblesse congénitale de la résistance cutanée. Ces vues ne sont pas totalement dénuées de justesse, mais nous estimons qu'elles sont beaucoup trop vastes, discutables, et nous ne nous engagerons pas dans cette voie, car nous voulons aujourd'hui, pour bien établir sur des bases inébranlables le grand fait clinique de la diminution de la résistance cutanée, ne nous appuyer que sur des faits de la plus complète évidence.

B. — Les *diminutions de la résistance cutanée acquises* sont légion.

On peut rattacher à cette notion presque toutes les éruptions cutanées artificielles d'origine externe, et il ne faudrait pas beaucoup d'effort cérébral pour y faire rentrer aussi la plupart des éruptions artificielles d'origine interne, par ingesta, soit alimentaires, soit médicamenteuses, soit toxiques, et c'est ici qu'interviennent les explications nouvelles fondées sur la théorie de l'anaphylaxie.

Il convient cependant de distinguer et de ne pas perdre de vue les principes directeurs que nous avons formulés au début de cet article.

On ne peut pas dire que toutes les éruptions traumatiques ou d'origine externe soient dues à des diminutions de la résistance cutanée, puisque des peaux à résistance normale soumises à des irritations trop intenses ou trop prolongées peuvent, elles aussi, subir des altérations. Par exemple un sujet à résistance cutanée normale soumis pendant de longues heures à l'action du soleil brûlant pourra voir se développer sur les parties découvertes de ses téguments de l'érythème solaire plus ou moins accentué. Il n'y a là, comme dans les faits si nombreux similaires, aucune diminution de la résistance des téguments telle que nous la comprenons. Certes les téguments n'ont pas résisté, et à ce point de vue il y a bien eu défaut de résistance, mais ce défaut de

résistance est celui de toute peau normale soumise à des actions irritantes trop violentes ou trop prolongées ; il n'y a pas eu diminution de résistance pathologique : il y a un simple fait de vulnérabilité des téguments. (Voir ce que nous disons au début de cet article).

Où cette diminution de résistance pathologique est indéniable, c'est dans les faits de l'ordre suivant : Voici un sujet qui jusqu'ici a pu sans inconvénient vaquer à ses occupations de chirurgien, d'infirmier, d'épicier, de plâtrier, de photographe, etc..., puis, tout d'un coup, ou progressivement, les régions de ses téguments qui sont en contact avec les substances irritantes qu'il a l'habitude de manier subissent des lésions diverses ; ces lésions se développent de plus en plus, donnant lieu à une des éruptions de la série des dermatites artificielles, ou de la série des érythèmes ou des eczémas, et dès lors il ne peut plus toucher aux substances qu'auparavant il maniait impunément sans voir se développer chez lui les lésions dont nous venons de parler.

Voilà bien un type de diminution pathologique de la résistance des téguments qui ont réellement perdu leur résistance normale et qui ne peuvent plus supporter ce qu'ils supportaient parfaitement bien autrefois.

Ces diminutions de résistance peuvent d'ailleurs varier sous les influences les plus diverses. Tous les dermatologistes savent par exemple que les individus dont la peau est xérodermique sont beaucoup plus sujets aux dermatoses pendant la saison froide, tandis que ceux qui ont la peau séborrhéique ont plus de tendance à en avoir quand il fait chaud.

Elles peuvent augmenter, diminuer ou même disparaître suivant que les causes de leur production persistent ou sont supprimées, et ces causes sont des plus multiples comme on a pu déjà s'en convaincre par ce qui précède, et comme nous allons le dire plus loin avec plus de précision, actions irritantes externes, intoxications diverses, auto-intoxications, hypofonctionnements d'organes, ébranlements subis par le système nerveux, etc.

III

Nous ne nous attarderons pas à décrire minutieusement les aspects si divers que peuvent prendre les lésions cutanées dans ces ordres de faits. Il faudrait passer en revue une grande partie de la pathologie cutanée.

Faisons remarquer cependant qu'on peut grouper ces lésions en plusieurs catégories :

1re CLASSE : LÉSIONS PUREMENT TRAUMATIQUES : *se rapportant aux types morbides décrits sous le nom d'éruptions artificielles de cause externe.*

A. — *Consécutives à des actions peu intenses, mais de longue durée et répétées ;*

a) *portant sur tous les éléments constitutifs des téguments* :

α) *d'ordre banal.* — Lésions de dermite chronique des parties découvertes ou des régions exposées aux traumatismes chez les paysans, les marins, les divers ouvriers, les femmes qui s'exposent aux diverses intempéries, le cou, le haut du dos et de la poitrine ou les bras nus ;

β) *d'ordre spécial.* — Xeroderma pigmentosum ;
Hydroa vacciniforme.

b) *portant sur certains éléments constitutifs des téguments :*

α) *sur le pigment.* — Éphélides solaires,
Mélanodermies ou hyperchromies suites de traumatismes variés ;

β) *sur l'épiderme.* — Transformations épithéliomateuses de l'épiderme facial, de l'épiderme des mains et des doigts chez les marins, chez les paysans, de l'épiderme du scrotum dans certaines professions (1).

B. — *Consécutives à des actions qui déterminent rapidement une vive réaction des tissus :*

Érythème plus ou moins intense, — avec ou sans desquamation consécutive, — avec ou sans phlycténisation :

Dermite véritable ;

Consécutivement, troubles de pigmentation.

N. B.) Nous laissons de côté, bien entendu, toute la série des complications possibles, impétigo, ecthyma, lymphangites, furoncles, etc... qui peuvent venir modifier totalement le tableau clinique.

2e CLASSE : LÉSIONS PRENANT L'ASPECT DE DERMATOSES CLASSÉES : *que nous considérons comme constituant le grand groupe de nos réactions cutanées pures.*

Ici deux séries de faits sont possibles :

A. — D'emblée la lésion cutanée revêt l'aspect d'une urticaire, d'un eczéma vésiculeux vrai, d'un eczéma papulo-vésiculeux, etc...

B. — Tout d'abord il se produit des lésions analogues à celles de la 1re classe, puis peu à peu se développent des éruptions de la 2e classe qui finissent par se substituer à celles de la 1re classe.

Il s'agit donc alors dans ces cas de sujets ayant de la tendance à réagir morbidement de telle ou telle manière, qui, à l'occasion d'un traumatisme quelconque, voient survenir une poussée de la manifestation cutanée à laquelle ils sont enclins, et qui la localisent au lieu de moindre résistance de leurs téguments.

Cela nous donne l'explication de ces faits cliniques sur lesquels nous avons tant insisté dans nos nombreuses publications et dont voici quelques schèmes (N. B. Ces schèmes sont les résumés d'observations personnelles).

(1) Ceci est discutable : il est possible qu'il ne s'agisse pas simplement ici de lésions dues à une diminution de la résistance des cellules épidermiques, mais de germes morbides venus du dehors qui se développent avec plus de facilité en ces régions traumatisées.

Femme de 45 ans, rhumatisante, névralgisante, atteinte depuis longtemps d'entérite chronique, de salpingite, etc..., se fait teindre depuis plusieurs années, change de coiffeur parce qu'elle trouve les teintures pas assez intenses ; à la suite d'une forte application de teinture à base de chlorhydrate de paraphénylène diamine, éruption artificielle, dermite avec phlycténisation de tout le cuir chevelu, des oreilles, de la face et du cou : eczéma séborrhéique psoriasiforme consécutif ; durée 2 mois et demi environ ; à la suite de cette poussée, prise de temps en temps, à l'occasion du moindre traumatisme, froid, soleil, vent, d'écarts de régimes, etc..., de poussées fluxionnaires érythémateuses et œdémateuses aux paupières, aux oreilles et aux parties voisines ; — plus de rhumatismes, ni de névralgies ; les poussées se font maintenant sous forme congestive aux loci minoris resistentiæ créés sur les téguments par la violente éruption artificielle.

Homme de 56 ans, financier, ne suivant aucune hygiène, atteint de douleurs articulaires et névralgiques, de lithiase rénale, n'ayant jamais rien eu du côté des téguments, fait une fort longue excursion en automobile découvert, s'exposant sans gants et sans voile au soleil ; rentre chez lui avec un coup de soleil et une vive irritation aux mains et à la face : dermite intense avec tuméfaction de ces régions ; puis eczéma du type parakératose psoriasiforme eczématisée : après 3 semaines de réclusion les accidents se calment, mais dès que le malade veut sortir, dès qu'il s'expose un peu au vent ou au soleil, il se produit chez lui une tuméfaction érythémateuse avec suintement des paupières, des oreilles et des parties voisines : plus de douleurs articulaires, ni de névralgies : l'éruption artificielle a déterminé la production de loci minoris resistentiæ aux régions atteintes, et sur ces loci minoris resistentiæ se font maintenant à propos des moindres causes occasionnelles des poussées congestives à forme pseudo-érysipélateuse.

Nous pourrions multiplier à l'infini ces exemples ; les deux schémas précédents suffisent à bien préciser quel est l'ordre de faits dont nous voulons parler.

Ne pourrait-on pas expliquer de la même manière dans une certaine mesure l'action du cautère chez les sujets de cet ordre ? Les poussées fluxionnaires, les crises morbides se font, dès que le cautère est en activité, au locus minoris resistentiæ artificiellement créé dans l'organisme:

Chez les sujets qui ont été ainsi sensibilisés soit rapidement par une éruption artificielle d'une grande intensité, soit progressivement par des actions peu irritantes mais prolongées et répétées, la peau en arrive parfois à ne plus supporter aucun contact, et des agents en apparence les plus inoffensifs suffisent pour provoquer de fortes poussées.

C'est ainsi que nous avons vu des nerveux, ou pour mieux dire des émotifs d'une sensibilité exagérée, avoir des poussées éruptives formidables pour un simple savonnage avec du savon parfaitement irrépro-

chable, pour une exposition au soleil, au vent, au froid, pour s'être servi d'eau non bouillie pour se laver, pour avoir respiré un parfum, pour avoir été en contact avec des vapeurs d'iode, de salol, de formol, de chlore, etc... On peut dire que chez ces malheureux tout est prétexte à une éruption.

IV

Il nous paraît utile de revenir maintenant sur ce que nous entendons par le terme de *diminution de la résistance de la peau*. Ce qui précède a surtout trait, comme on le voit, à des faits dans lesquels un traumatisme quelconque, des actions irritantes, une éruption antérieure, ont brisé la résistance normale des téguments et créé un lieu de moindre résistance sur lequel se produisent alors avec une facilité de plus en plus grande de nouvelles manifestations morbides. Or dans cette série le primum movens a toujours été une irritation d'origine externe.

On peut se demander si cette conception de la diminution de la résistance des téguments ne doit pas être étendue à certaines éruptions d'origine interne, et en particulier à celles que Bazin appelait pathogénétiques, c'est-à-dire aux éruptions causées par l'ingestion de substances nuisibles.

On sait que chez certains sujets l'antipyrine provoque l'apparition de lésions cutanées spéciales, érythémateuses, ou érythémato-bulleuses, qui se produisent toujours aux mêmes points des téguments. A chaque nouvelle ingestion de ce médicament, un individu prédisposé à cette variété d'éruption voit tous les endroits de sa peau qui avaient été antérieurement atteints devenir le siège d'une nouvelle poussée, d'ordinaire plus intense encore que les précédentes, mais en outre il se produit souvent à chaque nouvelle crise quelques éléments éruptifs en des points qui n'avaient pas encore été atteints.

Il semble donc qu'il existe en quelque sorte spontanément chez le sujet en question des régions cutanées au niveau desquelles la résistance normale des téguments soit diminuée. Il semble qu'à chaque nouvelle ingestion de médicament cette résistance diminue encore davantage au niveau des points où l'éruption s'est déjà produite, et qu'au niveau de régions où la résistance des téguments semblait jusqu'alors être normale, il se fasse de nouvelles plaques de diminution de résistance.

Il n'est donc pas illogique d'admettre ou bien qu'il existait primitivement chez lui des régions circonscrites des téguments au niveau desquelles la résistance normale était diminuée, et que sous l'action répétée de la substance toxique ces points se sont progressivement accentués, ou bien que, la résistance des téguments étant primitive-

ment partout normale, sous l'influence des ingestions répétées de la substance toxique, cette résistance a cédé en certains points limités.

Nous en arrivons donc à concevoir que, sous l'action nuisible de substances ingérées, ou de substances toxiques élaborées dans l'organisme, les téguments puissent d'une manière générale ou en des points limités perdre de leur force de résistance et devenir ainsi le siège de manifestations morbides.

Mais qui ne voit que nous ne sommes plus ici sur le terrain simple et précis sur lequel nous étions tout à l'heure ? Nous sommes en présence d'obscurités et d'hypothèses. Comment agissent les substances toxiques dont nous venons de parler ? Pourquoi agissent-elles chez certains sujets en des points circonscrits des téguments et non sur toute leur étendue ? Pourquoi agissent-elles toujours et d'emblée chez certains ? Pourquoi chez d'autres n'agissent-elles qu'au bout d'un laps de temps plus ou moins long ? Pourquoi enfin n'agissent-elles jamais chez d'autres ?

A l'heure actuelle on s'efforce de donner une interprétation nouvelle de tous ces faits en s'appuyant sur la théorie récente de l'anaphylaxie.

En tous cas, dans cet article, il est entendu que nous laissons de côté tous les faits d'origine interne et par ingesta auxquels nous venons de faire allusion et que nous ne nous occupons que des diminutions de résistance cutanée créée soumises en évidence par des actions externes.

V

Nous venons de voir cliniquement comment s'installe chez un sujet la diminution de la résistance cutanée ou, pour parler plus correctement, comment une peau violemment traumatisée, ou incessamment blessée pendant un long espace de temps finit par perdre sa force de résistance. Mais nous ne pensons pas que cette première constatation clinique du fait matériel brutal, de l'action externe exercée sur la peau, puisse et doive être considérée comme la seule cause de la perte de la résistance des tissus.

Cela ne peut certainement pas expliquer tous les faits et c'est pour cela que les dermatologistes et les physiologistes ont depuis longtemps cherché d'autres interprétations.

Il convient de rappeler ici les travaux de nos prédécesseurs et tout récemment ceux de notre si regretté collègue et ami L. Jacquet et de son collaborateur le Dr Jourdanet : nous y renvoyons nos lecteurs.

Reprenons nos observations d'après notre méthode d'analyse clinique et voyons si en dehors de ce que nous avons noté plus haut, elles peuvent nous révéler d'autres pathogénies.

Une dame de 45 ans, très ennuyée de voir ses seins se flétrir, vient nous consulter. Nous lui ordonnons des lotions à l'eau très froide, des

massages doux avec des cold-creams spéciaux non irritants, et nous lui prescrivons des injections d'arseniate de soude, puis de cacodylate de soude. Trois mois plus tard elle revient nous consulter et nous constatons, à notre stupéfaction, que toute la région des seins est d'un rouge bistre, mais d'un bistre fort accentué tirant vers le brun foncé : il est évident qu'il s'est produit de l'érythème avec une pigmentation des plus marquées. Après un interrogatoire serré, la malade finit par avouer qu'elle n'avait fait de notre traitement que les injections arsenicales, que, pour la médication locale elle était allée se remettre entre les mains d'une personne qui lui avait promis de lui redonner des seins merveilleux et qui lui faisait tous les jours des applications très irritantes sur toute la poitrine. Dès lors tout était expliqué: les applications irritantes avaient déterminé un locus minoris resistentiæ sur lequel des pigmentations d'origine arsenicale s'étaient développées avec une intensité toute particulière.

Ce fait nous prouve que l'introduction d'une substance toxique dans l'organisme peut favoriser grandement l'apparition de lésions se reliant à de la diminution de la résistance de la peau. Mais il ne prouve pas, par contre, que l'introduction de cette substance dans l'organisme crée cette diminution de résistance.

Une jeune femme vient nous trouver avec des phénomènes d'acro-asphyxie du côté des doigts, une certaine tendance à la sclérodactylie ; elle ne peut supporter le contact de l'eau froide ; en hiver elle a des engelures, des crevasses, de la tendance à l'eczéma des mains. Après examen, nous lui donnons du corps thyroïde et nous lui prescrivons des massages. Sous l'influence de cette médication, les symptômes s'améliorent d'une manière notable.

Il semble donc bien prouvé que dans ce fait l'hypofonctionnement du corps thyroïde ait déterminé des lésions qui ont entraîné de la diminution de la résistance des téguments.

Chacun pourrait, en fouillant dans ses souvenirs, multiplier les faits de cet ordre.

Il semble donc bien qu'il puisse y avoir, en dehors des actions externes, des influences d'origine interne qui modifient la résistance normale des téguments. L'*imperméabilité rénale*, le *défaut d'oxydation*, les *fermentations gastro-intestinales*, l'*hypofonctionnement* ou le *dysfonctionnement* des glandes vasculaires sanguines, etc..., nous ont paru parfois singulièrement faciliter ces diminutions de résistance.

Les secousses subies par le système nerveux nous semblent être une des causes majeures des états que nous étudions.

Mais ce n'est pas tout ; le *climat* lui-même peut intervenir pour créer des diminutions de résistance qui sont permanentes lorsque le sujet reste dans l'ambiance nocive, qui peuvent être passagères lorsqu'il

change de milieu, et cela en dehors de toute action directe des agents atmosphériques sur les téguments.

Est-ce dans le sens extrêmement large qui résulte de ce qui précède qu'il faut comprendre les travaux de MM. Jacquet et Jourdanet? Nous nous le demandons: mais ne serait-il pas possible d'admettre que les influences d'origine gastrique dont ils parlent gouvernent surtout les éruptions (eczéma, prurit, lichénifications) qui se développent aux loci minoris resistentiæ, et non la résistance cutanée elle-même?

Et en effet, nous ne saurions trop le répéter, dans l'étude des éruptions artificielles d'origine externe, il faut soigneusement distinguer: 1° les actions traumatiques elles-mêmes; 2° la résistance des téguments du sujet; 3° les éruptions auxquels le sujet est prédisposé et qui viennent se produire aux loci minoris resistentiæ.

Or la qualité de ces éruptions, leur aspect morbide sont indépendants du degré de résistance de la peau et du traumatisme externe; ils dépendent des idiosyncrasies individuelles et de nombreuses causes occasionnelles qui agissent sur l'organisme au moment où se font les poussées: ce sera de l'urticaire s'il y a une action nuisible exercée par les ingesta; de l'eczéma papulo-vésiculeux s'il y a imperméabilité rénale et fermentations intestinales; des parakératoses psoriasiformes ou du psoriasis s'il y a excès d'alimentation azotée d'origine animale, etc., etc...

Dès lors la ligne de conduite que doit suivre le praticien dans ces cas est toute tracée.

Il faut avant tout supprimer toute action irritante extérieure pouvant porter sur les téguments pour que ceux-ci puissent recouvrer toute leur intégrité et reprendre leur force normale de résistance: un des écueils de la médication est précisément cette tendance si naturelle qu'ont les malades à vouloir se livrer de nouveau à leurs occupations habituelles avant que la peau ait repris une force de résistance suffisante.

Il faut en outre examiner de fort près le sujet, tâcher de préciser s'il y a chez lui quelque trouble de l'organisme qui favorise la diminution de la résistance des téguments, et s'efforcer d'y porter remède.

S'il a de la tendance à faire certaines éruptions, eczéma, psoriasis, urticaire, etc..., on instituera les médications appropriées pour combattre ces prédispositions.

Mais surtout, nous ne saurions trop le répéter, il faut l'empêcher de s'exposer de nouveau aux traumatismes qui ont été la cause principale ou mieux la cause déterminante de la diminution de la résistance des téguments: cela revient par malheur dans la majorité des cas à changer d'habitudes ou de profession; et c'est ou bien fort difficile ou bien même absolument impossible quand le sujet ne peut gagner sa vie d'une autre manière: on doit alors s'efforcer de tourner la difficulté et de rechercher des palliatifs.

LA DURÉE DE LA PÉRIODE D'INCUBATION DE LA SYPHILIS ENVISAGÉE PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Par **Georges Thibierge.**

On a pu dire, avec raison, que, en matière de syphilis, les expertises médico-légales consistent dans l'art de vérifier les dates.

Qu'il s'agisse de contamination par rapports sexuels, ou au cours de l'allaitement, ou de contamination accidentelle de cause quelconque, l'expert a surtout à rechercher et à préciser la date du ou des contacts ayant pu être l'occasion de la contamination, et celle de l'apparition du chancre ou des accidents secondaires, et, à défaut de la connaissance de cette dernière date, à déterminer à quelle époque ces accidents existaient encore ou ont cessé d'être apparents.

La plus importante des données relatives à la chronologie syphilitique est la durée de la période connue sous le nom de *première incubation de la syphilis*, c'est-à-dire l'intervalle qui s'écoule entre l'inoculation du virus syphilitique et l'apparition du chancre.

Sur la durée de cette période, la plupart des traités classiques de syphiligraphie ne fournissent que des renseignements sommaires, se contentant d'en indiquer la moyenne. Et encore ne sont-ils pas absolument d'accord sur cette moyenne (1).

Or, en médecine légale moins encore qu'en médecine tout court, la durée moyenne d'un phénomène est un renseignement illusoire, qui ne répond qu'à un petit nombre de cas. Pour interpréter exactement les faits sur lesquels il est appelé à se prononcer, le médecin expert a besoin de connaître non seulement la durée moyenne de l'incubation, mais encore sa durée maxima et sa durée minima, voire même de connaître les faits les plus exceptionnels, à condition qu'ils soient scientifiquement établis.

Le sujet est assez important, assez gros de conséquences judiciaires, pour qu'il y ait lieu de remonter aux sources, bien que les sources soient déjà quelque peu anciennes et que les recherches récentes y aient peu ajouté.

Ces sources sont de deux ordres :

1° Les observations cliniques dans lesquelles ont été relevées les dates respectives du contact infectant et du début du chancre.

(1) Certaines moyennes, manifestement trop basses, comme celle de 15 à 21 jours donnée par Taylor, tiennent probablement à ce qu'elles sont établies sur des statistiques comprenant, outre les cas de chancres syphilitiques, des cas de chancres simples.

2° Les inoculations de produits syphilitiques faites volontairement à des sujets sains, dans la relation desquelles ont été précisées et la date de l'inoculation expérimentale et la date de l'apparition du chancre.

Les observations cliniques, pour être valables, doivent être précises et ne pas laisser de doutes sur la date du contact infectant.

Or, la plupart de celles qui ont été produites concernent des contaminations syphilitiques au cours de rapports sexuels. Il faut pour qu'elles soient utilisables que, tout au moins pendant une période assez longue antérieurement à l'apparition du chancre, il n'y ait eu qu'un seul et unique rapport sexuel. Il faut, de plus, que les dates alléguées soient précises et résultent de déclarations ne pouvant prêter au doute ; dans la clientèle hospitalière ainsi qu'il est facile de l'imaginer et que Post (1) en fait la remarque, rares sont les malades aux allégations desquels le médecin puisse se fier et dont les dires soient assez précis pour fournir un document probant dans une question de cette importance.

Aussi peut-on rejeter comme dépourvues de toute valeur démonstrative certaines statistiques comme celle de L. Le Fort (2) qui, sur 838 malades atteints de chancre syphilitique observés dans l'espace de quelques mois à l'hôpital du Midi, accepte au sujet de la durée d'incubation de leur chancre, les assertions de 438 d'entre eux, soit plus de la moitié, et donne d'ailleurs en bloc les résultats de son enquête, sans les appuyer sur des observations.

Les statistiques les plus importantes, tant par le nombre des cas étudiés que par leur précision, sont celles de Fournier, de Sigmund, de Mauriac.

Fournier (3) donne pour la durée en jours de la période d'incubation, dans 48 cas, les chiffres suivants, dont quelques-uns même, ainsi qu'il le note lui-même, sont approximatifs : 28, 21, 39, 28, 21, 21, 40, 29, 23, 25, 21, 34, 28, 30, 30, 30, 27, 35, 42, 45, 21, 42, 45, 21, 42, 42, 30, 42, 35, 48, 21, 33, 40, 25, 28, 34, 28, 30, 35, 17, 36, 37, 21, 30, 70, 25, 28, 30, soit un maximum de 70 jours, un minimum de 17, une moyenne de 31 jours ; cependant, comme cette statistique comprend quelques faits de longue incubation, relevés précisément en raison de leur caractère un peu exceptionnel, Fournier pense qu'il doit admettre comme moyenne vraie 26 jours. Plus tard (4) il s'est arrêté au chiffre de 25 jours.

(1) Post. The length of the primary incubation stage of syphilis. *Journal of cutaneous diseases*, 1906, p. 362.

(2) L. Le Fort. Recherches sur quelques points de l'histoire clinique des maladies vénériennes. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 11 juin 1869, p. 372.

(3) A. Fournier. *Recherches sur l'incubation de la syphilis*. Paris. 1865.

(4) A. Fournier. *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*. Paris, 1881, p. 10.

Sigmund (1) sur 818 malades, tant de ville que d'hôpital, a trouvé les chiffres suivants :

Époque en jours.	Induration.	Ulcère.	Proportion.
9 à 14	41	»	5 p. 100.
15 à 21	217	34	30 —
22 à 28	207	87	37 —
29 à 35	50	92	18 —
36 à 42	19	51	9 —
43 à 50	3	7	1 —

Pour 27 cas de syphilis professionnelle, observés chez des accoucheurs, des sages-femmes, des infirmiers, dans lesquels les dates ont pu être relevées de façon précise, il donne pour l'apparition des lésions les dates suivantes :

	Induration.	Ulcère.	Total.
13e jour.	3	1	4
17e —	11	8	19
20e —	»	3	3
21e —	»	1	1

Enfin, bien qu'on ne puisse considérer cette donnée comme éclairant la question même de la durée de l'incubation du chancre, il convient de relever dans le travail de Sigmund ce renseignement, intéressant en médecine légale, que chez 5 nourrices contaminées par des enfants hérédo-syphilitiques, les lésions sont apparues dans le cours de la 3e semaine après le début de l'allaitement.

A signaler également cette assertion de Sigmund, que la durée de l'incubation est moindre chez les sujets affaiblis par des maladies antérieures, chez les anémiques et les scrofuleux.

Les recherches de Mauriac (2) portent sur 91 cas, observés avec un soin scrupuleux et dont il donne le détail ; 2 chancres sont apparus 8 à 10 jours après un coït précédé d'une longue continence, 6 au bout de 10 à 20 jours, 11 au bout de 20 à 30 jours, 22 de 30 à 40 jours, 24 de 40 à 50 jours, 8 de 50 à 60 jours, 19 au delà de 60 jours. Ces divers cas donnent pour durée moyenne de la période d'incubation 34 à 35 jours.

Bergh (3), dans un travail riche en indications bibliographiques, a étudié la durée de l'incubation de la syphilis et a donné des observations personnelles, mais toutes ces observations portent exclusivement sur l'intervalle entre la contamination et l'apparition des accidents

(1) Sigmund. Ueber die Incubation der Syphilis. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1865, nos 77, 78, 79, 80.

(2) Ch. Mauriac. *Leçons sur les maladies vénériennes*. Paris, 1883, p. 292.

(3) Bergh. Ueber die Inkubationdauer der Syphilis. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 15 décembre 1893, p. 593.

secondaires ; les chiffres qu'il donne comprennent donc à la fois de façon globale la 1re et la 2e incubation et ne peuvent être utilisés ici.

Quelques faits précis ont été publiés, avec observations à l'appui, par M' Donnell (1) qui donne pour 5 cas les durées suivantes d'incubation : 26, 27, 31, 40, 35 jours, par M' Cormac (2) qui donne pour un cas de 45 à 60 jours et pour un autre 27 jours ; mais la plupart des cas ont trait à de très longues incubations et ont été publiés en raison de l'anomalie de cette longueur ; c'est ainsi, et à titre d'exception que Nivet (3) rapporte une incubation de 45 jours et que également à titre d'exception, Puech (4) rapporte 2 cas où la période d'incubation dura respectivement 91 et 97 jours.

Les cas de syphilis vaccinale, dans lesquels la date de l'inoculation est précise, ne sont pas, comme on pourrait le croire à première vue, susceptibles de fournir des enseignements précis sur la durée de l'incubation ; la première apparition du chancre est cachée par l'existence des croûtes de vaccin et le chancre n'est guère constaté qu'au moment où, devenu ulcéreux, il se révèle par une lésion grossière, plusieurs jours après son début réel : la période d'incubation est longue, plus longue que celle de la vaccine ulcéreuse, mais il est impossible de la préciser de façon rigoureuse.

Les inoculations de produits syphilitiques faites chez l'homme dans un but scientifique, inoculations qui ont permis d'établir un certain nombre de points capitaux de l'histoire de la syphilis, mais qu'il serait criminel de renouveler, fournissent des données plus rigoureuses que l'observation clinique sur la durée de l'incubation de cette maladie. En raison de leur nombre restreint, on n'est pas autorisé à admettre que les limites extrêmes qu'elles ont fait reconnaître à cette durée ne peuvent pas être dépassées.

Toutes les expériences connues d'inoculation de la syphilis à l'homme au moyen des produits de sécrétion du chancre et des plaques muqueuses ou au moyen du sang ont été résumées par J. Rollet (5) et étudiées spécialement par lui avec sa sagacité habituelle au sujet de la durée de la période d'incubation. Il suffira donc de reproduire d'après cet auteur les chiffres qui traduisent cette durée en jours ; ce sont les sui-

(1) M' Donnell. The period of incubation of syphilis. *Medical Press and Circular*, 9 février 1870, p. 99.

(2) M' Cormac. On the incubation period of true syphilis. *Medical Press and Circular*, 13 juillet 1870, p. 19.

(3) Nivet. Longue incubation d'un chancre infectieux et retard dans l'apparition des accidents secondaires. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, t. I, p. 304.

(4) Puech. Deux cas de chancre induré à longue incubation. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1889-1890, t. II, p. 88.

(5) J. Rollet. *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1865, p. 535. — J. Rollet De la syphilis inoculée. *Annales de Dermatologie*, 1873-74, p. 330.

vants : 39, 17, 24, 15, 27, 19, 24, 18, 35, 15, 42, 25, 34, 28, 35, 27, 17, 25, 16, 25, 28, 30, 21, 29, 28, 35, 28, 10, soit une moyenne de 25 à 26 jours, chiffre qui concorde avec celui tiré par Fournier de l'analyse de ses observations cliniques.

Bien qu'on ne puisse, en matière de transmission de syphilis, conclure sans hésitation de l'animal à l'homme, il est intéressant de rapprocher des résultats de l'inoculation expérimentale à l'homme les résultats de l'inoculation expérimentale aux diverses espèces de singes.

Cette comparaison aura du moins l'utilité de faire voir que, chez les singes comme chez l'homme, la durée de la période d'incubation varie, toutes conditions étant identiques, dans d'assez larges limites.

J'en emprunte les éléments au livre de Levaditi et Roché (1).

Chez le chimpanzé, la durée de la période d'incubation varie, d'après Roux et Metchnikoff, de 22 à 35 jours, mais peut aller, dans des cas exceptionnels, de 15 à 49 jours.

Chez l'orang-outang, elle est de 24 jours en moyenne.

Chez l'hamadryas, Metchnikoff et Roux (1 cas) ont observé une durée d'incubation de 35 jours ; Finger et Landsteiner relèvent une durée minima de 13 jours, une durée maxima de 42 jours, avec une moyenne de 23 jours.

Chez les cynocéphales et les macaques en général, ces derniers auteurs ont trouvé un minimum de 10 jours, un maximum de 42 jours, une moyenne de 22 jours.

Les macaques ont donné, dans un cas de Metchnikoff et Roux 23 jours, dans 5 cas de Theiser, 20 à 35 jours. Landsteiner et Finger (inoculations de virus syphilitique humain) ont trouvé un minimum de 12 jours, un maximum de 41 et une moyenne de 22.

J'arrêterai là cette énumération. J'ajouterai seulement que dans les recherches que j'ai poursuivies avec Ravaut (2) sur des macaques, nous avons observé des périodes d'incubation variant de 20 à 35 jours avec une moyenne de 23 jours.

De l'ensemble de ces documents, on peut conclure que la durée moyenne de l'incubation de la syphilis est de 25 à 30 jours, mais que les limites extrêmes de cette durée varient considérablement.

Le minimum descend rarement au-dessous de 14 à 17 jours ; il peut cependant aller jusqu'à 10 jours ; ce chiffre est noté dans l'expérience de Lindmann qui avait inoculé le produit de grattage de plaques mu-

(1) Levaditi et Roché. *La syphilis, expérimentation, bactériologie, diagnostic* Paris, 1909, p. 14 à 28.

(2) Thibierge et Ravaut. Inoculation de produits syphiliques au bord libre de la paupière des singes macaques. *Annales de Dermatologie*, 1905, p. 575.

queuses amygdaliennes et, précisément parce qu'il s'agit d'une donnée expérimentale, il n'est guère possible de le contester.

La détermination du maximum de cette durée est plus embarrassante. A s'en fier aux expériences d'inoculation, il ne dépasserait pas 42 jours, chiffre qui n'a été atteint que dans une expérience de l'anonyme du Palatinat. L'observation clinique a donné assez fréquemment 45 jours (2 cas de Fournier, 1 cas de Nivet), 43 à 50 jours (8 cas de Sigmund), 45 ou 60 jours (1 cas de M' Donnell), 50 à 60 jours (8 cas de Mauriac), plus de 60 jours (19 cas de Mauriac), voire même 91 et 97 jours (cas de Puech).

Plusieurs auteurs hésitent à accepter ces très longnes incubations, qui sont a priori fort contestables : on a quelque peine, en effet, à admettre que la durée de l'inoculation d'une même maladie puisse varier de 10 à 90 jours, soit dans la proportion de 1 à 9 ; de plus des inoculations expérimentales à l'homme, qui fournissent un minimum de 10 jours, n'offrent aucune durée avoisinant les maxima que je viens de citer.

Il faut bien remarquer cependant que de très longues incubations ont été observées dans des conditions qui paraissent rigoureuses. Mauriac a relevé une durée de 71 jours chez une femme mariée très surveillée, une durée de 63 jours chez un homme qui, 4 jours après un coït, fut hospitalisé pour une fièvre typhoïde ; le même observateur considère comme très authentique un cas d'incubation atteignant 69 jours. Aimé Martin a rapporté le fait d'une femme atteinte de chancre après 61 jours de captivité à Saint-Lazare. Le cas de Puech où l'incubation a été de 91 jours se rapporte à un étudiant en médecine, véritable syphilophobe, qui se regarde la verge tous les jours, et affirme n'avoir pas eu de rapport sexuel depuis celui qu'il incrimine.

Comme je le faisais remarquer plus haut, la durée moyenne de 25 à 30 jours, admise par les auteurs et déduite des observations authentiques, ne donne qu'une idée très incomplète et très inexacte de l'incubation de la syphilis. C'est à peine si elle correspond à la durée de cette période dans les deux cinquièmes des cas de syphilis.

Le médecin expert appelé à faire état de la durée de la période d'incubation pour établir l'origine d'une syphilis ne peut toujours se contenter d'une approximation aussi insuffisante et ne peut souvent baser ses conclusions sur la durée moyenne de l'incubation. Cette moyenne est un chiffre théorique, qui ne tient pas compte des variations de la clinique.

Dans un grand nombre d'affaires, il lui suffira de prendre pour base d'appréciation les chiffres de 15 à 17 jours comme minimum d'incubation et de 45 jours comme maximum, chiffres qui — les statistiques précédemment citées le prouvent surabondamment — correspondent à la

grande généralité des cas ; la marge est assez grande d'ailleurs et l'intervalle de 30 jours qui sépare le minimum du maximum est suffisant pour s'appliquer à la plupart des hypothèses médico-légales.

Que demandent, en effet, les magistrats à l'expert? La plupart du temps, ceci : « Étant donné que le prévenu a eu de telle à telle époque des relations sexuelles avec la plaignante, et que celle-ci présente depuis telle date des signes de syphilis (chancre ou plaques muqueuses), est-il *possible* que l'infection de la plaignante résulte de la syphilis existant chez le prévenu? » ou, s'il s'agit de contamination d'une nourrice par un nourrisson, ceci : « Étant donné que l'enfant (dont l'hérédo-syphilis est ou certaine ou discutable) a été allaité de telle à telle époque par la nourrice, que celle-ci présente au sein un chancre syphilitique qui a débuté à telle époque ou qui existait encore à telle époque, la contamination de la nourrice *peut-elle* être le résultat de l'allaitement de l'enfant incriminé? »

Comme les diverses dates recueillies présentent elles-mêmes des incertitudes, que la chronologie s'établit souvent sur l'existence de lésions à une date plus ou moins précise plutôt que sur leur début constaté à un jour donné, il s'établit entre les divers éléments d'appréciation une sorte de balancement, et les déductions, — qui ne sont somme toute que des probabilités, puisque le juge demande seulement si la contamination a pu se produire dans des conditions données — n'exigent pas de précisions plus grandes : le problème médical se complique d'une observation insuffisante, et le médecin ne pouvant donner des conclusions médicales formelles déclare seulement au juge que tel enchaînement des faits est médicalement réalisable.

Le rôle du médecin expert est, pourrait-on dire, d'autant plus facile que les difficultés et les imprécisions de l'enquête sont plus grandes et il peut répondre avec d'autant plus de sécurité que les faits sont plus complexes.

En outre, comme les limites de la durée d'incubation sont très larges, la réponse du médecin a d'autant plus de chance d'être affirmative que les faits qui ont pu donner lieu à la contamination ont duré un temps plus long.

Par contre, dans quelques affaires, les circonstances de fait sont étroites, la question qui se présente au magistrat est nette et celui-ci à son tour la pose au médecin sous une forme précise, telle que celle-ci : « Est-il scientifiquement *démontré* que la contamination du plaignant dont le chancre a débuté à telle époque se soit produite dans le courant de tel mois? » ou encore « Est-il scientifiquement *démontré* que la contamination du plaignant dont le chancre a débuté à telle époque n'ait pu se produire qu'avant telle date? »

Admettons que dans la 1re affaire, le chancre ait apparu du 20 au 25 avril, et que la contamination alléguée se place dans le courant du

mois de mars précédent : il résulte des faits analysés précédemment que, à la rigueur, la contamination a pu se faire 10 jours avant l'apparition du chancre, soit le 10 ou même le 15 avril, et que, par contre, elle a pu se réaliser 45 ou 60 jours avant, c'est-à-dire peut-être à la fin du mois de février.

De même, dans la 2e affaire, supposons que le chancre est apparu le 14 avril et que la date extrême de la contamination possible soit le 1er mars, l'expert ne pourra oublier que la période d'incubation, tout en atteignant rarement 45 jours, peut dépasser cette durée.

Dans l'un et l'autre cas, l'expert devra répondre négativement aux questions posées par le magistrat. Il fera observer que, dans la plupart des cas, l'incubation de la syphilis n'atteint pas la durée qui serait nécessaire pour expliquer les contaminations soupçonnées, mais que, des exceptions ayant été scientifiquement enregistrées et pouvant se reproduire, il est nécessaire d'en tenir compte en médecine légale.

Si l'intervalle entre la contamination possible et le début du chancre atteint de 50 à 90 jours, l'expert doit, à mon avis, répondre qu'il y a les plus grandes chances pour que la contamination en cause n'ait pu se produire, mais que des faits rapportés par des auteurs dignes de foi tendent à faire penser que la période d'incubation de la syphilis peut aller jusqu'à 90 jours, que, en présence de ces faits, un doute est permis, qu'il doit signaler ce doute au magistrat, se rapportant à ce dernier pour en tirer telle conclusion qu'il croira devoir accepter.

En résumé, si dans la grande majorité des cas la durée de la période d'incubation se maintient dans des limites allant de 14 à 42 jours, limites qui permettent de répondre catégoriquement aux questions médico-légales soulevées par la plupart des affaires judiciaires, il est à cette règle des exceptions, portant la durée possible de l'incubation de 50 ou 60 jours, voire même 90 jours, qui rendent parfois impossible de donner une solution rigoureusement scientifique aux problèmes soumis aux médecins experts.

RECUEIL DE FAITS

SUR TROIS CAS D'UNE LEUCO-MÉLANODERMIE POST-ÉRYTHÉMATEUSE INDÉTERMINÉE

Par **Ch. Audry.**

Voici trois observations assez exactement semblables que j'ai pu recueillir en quelques semaines.

I. — X. Marie..., 36 ans, ménagère, sans antécédents héréditaires, a eu la scarlatine à 10 ans; elle a été réglée à 13 ans; mariée à 17 ans, elle a eu une fausse couche de 4 mois (1), et a été soignée il y a 8 ans pour une métrite peut-être blennorrhagique. Il y a plusieurs mois que la malade voit changer progressivement la coloration de sa peau qui, d'une manière générale, présente d'abord une teinte brune diffuse, sur laquelle apparaissent des aires de décoloration.

L'aspect est tantôt comparable à celui d'une syphilis pigmentaire, tantôt à celui d'un vitiligo. Mais la lésion varie sensiblement suivant la région examinée.

La face est particulièrement singulière; on dirait d'abord qu'il s'agit d'un chloasma extrêmement accusé. Mais on voit bientôt qu'il s'agit réellement d'une nappe foncée sur laquelle se détachent des aires blanches arrondies, ou polycycliques, bien circonscrites, dont la surface va en s'étendant et dont les bords sont d'autant moins nets que la surface leucodermique est plus vaste. Sur les joues, on voit de la manière la plus évidente que la tache achromique est rosée, et que son pourtour est exactement délimité par un linéament rose assez vif sur certains points. Il n'y a aucune modification en saillie, en consistance, en digression. L'épiderme paraît complètement normal. Il n'existe aucune sensation subjective. Au pourtour des lèvres, l'hyperchromie est totale. Aucune anomalie de la muqueuse buccale. Sur le haut du thorax, sur la poitrine et le dos, l'ensemble du tégument est faiblement teinté de brun avec des aires d'achromie, ou plutôt de moindre coloration qui ne sont pas circonscrites; mais l'ensemble se rapproche de l'aspect d'une syphilide pigmentaire.

Sur le ventre et particulièrement dans la région iliaque, l'apparence est à peu près celle d'un vitiligo à hyperchromie intense, à taches blanches très multipliées rondes, petites, circonscrites, mais où nous ne retrouvons pas pour le moment les traces d'érythème que la face nous présente.

La peau de la face dorsale des avant-bras présente un aspect très singu-

(1) Le lecteur excusera, en faveur des circonstances actuelles, l'insuffisance des recherches de laboratoire dans la présente note. — Ch. A., 5 juin 1915.

lier ; elle est d'un rouge diffus bleuâtre, brillante, faiblement infiltrée, un peu tendue, mais non épaissie ; l'épiderme est comme fendillée très superficiellement par des linéaments parallèles secs, à peine squameux, serrés comme sur une peau de lézard. La malade avait bien remarqué depuis plusieurs mois cet aspect d'ailleurs léger ; mais elle n'y attachait aucune importance. Aucune lésion viscérale ; pas d'adénopathie. Corps thyroïde normal. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines ; réaction de Hecht négative.

Toutes ces lésions restent à peu près stationnaires, sauf l'érythème des deux joues qui semble s'étendre en conservant les mêmes caractères pendant les 3 ou 4 semaines suivantes.

II. — Angèle X..., 26 ans, laveuse, sans antécédents héréditaires ni personnels, vient consulter tant pour de soi-disant engelures que pour un changement de coloration de la peau.

Sur la face l'état est exactement le même que celui que nous avons décrit dans la précédente observation ; l'hyperchromie est peut-être un peu moindre ; mais c'est le même faux aspect de chloasma : hyperchromie diffuse semée d'aires de décoloration dont quelques-unes offrent manifestement des traces de rougeur ayant leur maximum au pourtour.

L'état de la poitrine et celui de la peau du ventre sont également exactement semblables à celui que nous avons noté chez Marie X... et nous ne ferions ici qu'en répéter inutilement la description.

Mais si les avant-bras sont sains, les doigts de l'une et l'autre main présentent des altérations manifestes. Ils sont d'un rouge violacé ; la peau est lisse, tendue, peu mobile, déjà adhérente aux phalanges dans la continuité de celles-ci. La mobilité des articulations, la forme du bout des doigts sont encore normales. Il n'existe aucun trouble subjectif, aucune lésion viscérale, ni sucre ni albumine dans les urines, et le Hecht est encore négatif. Corps thyroïde normal.

Ces 2 cas faisaient penser à une variété particulièrement *lente et fruste de sclérodermie diffuse* dans laquelle les manifestations pigmentaires auraient revêtu une précocité, un développement, une disposition très anormales, et où la phase érythémateuse qui précède ici les taches achromiques serait singulièrement accusée.

Peut-être cette hypothèse de « *présclérodermie* » est-elle la meilleure en l'occurrence ; mais l'avenir seul pourra nous éclairer, et la maladie procède avec une telle lenteur, avec si peu de troubles subjectifs qu'il sera longtemps difficile d'être fixé. Enfin, le troisième cas que voici achève d'en obscurcir la définition, tout en augmentant l'intérêt des faits.

Obs. III. — X..., âgée de 18 ans, ne présente aucun antécédent personnel ou héréditaire. C'est une grande fille, un peu anémique, réglée à peu près régulièrement, qui se plaint de perdre ses cheveux depuis 2 à 3 mois. 2 ans auparavant, elle a été traitée et guérie d'une crise de dépilation diffuse associée à du pityriasis. Actuellement, le cuir chevelu présente un peu partout des aires de dépilation incomplète sans aucune modification de la

couleur de la peau, ni des cheveux. L'aspect est comparable à celui d'une alopécie syphilitique dont les aires seraient d'ailleurs plus lisses, plus circonscrites, plus semblables à une pelade ordinaire. Il subsiste quelques tronçons de poils atrophiés ; le cuir chevelu offre un léger degré de pityriasis diffus.

La peau de la face est blanche ; mais tout le cou présente un état hyperchromique diffus, inégal, de date récente, du reste peu prononcé. Sur le côté gauche de la nuque, un mince relief rose saillant sur l'épiderme trace un anneau qui circonscrit une surface de peau saine et blanche grande comme une pièce de 2 francs. On dirait un anneau d'érythème circiné tertiaire, sans aucune modification du centre. Enfin, l'examen du ventre, des lombes, du haut des cuisses montre un état pseudo-vitiligineux tout à fait semblable à celui que nous avons signalé chez nos deux autres malades: taches blanches multipliées, petites, bien circonscrites, rondes ou polycycliques sur une nappe d'hyperchromie assez intense. Revue au bout de 3 semaines, le relief rose de l'anneau était presque effacé ; il restait une ligne mince. Toujours pas de rougeur centrale, mais de l'achromie.

Aucune manifestation subjective. Rien d'anormal dans les viscères, ni dans les urines. Réaction de Hecht négative. Un examen soigné n'a pas permis de trouver un élément quelconque qui conduisît à l'hypothèse de syphilis. Corps thyroïde normal.

Je suis dans la plus complète impossibilité de déterminer ce dernier cas qui me parait prendre une certaine valeur si on le rapproche des précédents. La dépilation pityriasique du cuir chevelu serait le seul accident qui puisse être rapproché du syndrome sclérodermique habituel. Quant au mince anneau un peu saillant du cou, faut-il le considérer comme équivalent au liséré rosé qui dessinait certaines plaques achromiques de notre première malade ? Assurément, ni l'une ni l'autre n'avait la moindre analogie avec le *lilac ring* traditionnel ; sûrement, il ne s'agissait pas de morphée, et il n'y avait point de traces d'un processus atrophique sous-épidermique. Mais si l'on tient absolument à donner à de tels faits sinon une dénomination, au moins une espèce de classification, je crois que le mieux serait de les laisser dans la masse énorme et confuse des dermatoses que l'on groupe autour des divers *syndromes sclérodermiques, — sans sclérodermies.*

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Histoire de la syphilis.

La syphilis en Espagne pendant les années 1494 et 1495. La lettre de Scillacio et le récit de voyage de Monetarius (Syphilis in Spanien in den Jahren 1494 und 1495. Der Brief des Scillacio und der Reisebericht des Monetarius), par Sudhoff. *Dermatologische Wochenschrift,* 20 septembre 1913, n° 38, p. 1495.

La lettre de Nicolas Scillacio a été longuement invoquée par Iw. Bloch en faveur de l'origine américaine de la syphilis. S. y voit au contraire une preuve que la maladie était à cette époque depuis longtemps connue. La plupart des documents de ce genre nous éclairent sur l'opinion des médecins de Barcelone et il serait intéressant de poursuivre cette étude pour le reste de l'Espagne.

S. conteste également que la maladie ait pris en Italie les proportions d'une épidémie. Il en est de même pour l'Espagne que Monetarius, médecin allemand, visita en 1494-1495 sans en faire mention dans la relation de son voyage. Pellier.

Soins aux syphilitiques et prophylaxie de la syphilis à Nuremberg dans les années 1498 à 1505 (Sorge für die Syphiliskranken und Luesprophylaxe zu Nürnberg in den Jahren 1498-1505), par K. Sudhoff. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 118, p. 285.

Il ressort nettement des documents publiés par S. que la vérole était inconnue à Nuremberg avant 1494. La viande de porc y fut plus tard incriminée comme agent de transmission ; cette opinion, assez répandue en Allemagne, provoqua en 1496 un édit de l'empereur Maximilien interdisant la présence de ces animaux en la ville d'Augsbourg. S. signale l'oubli dans lequel les historiographes de la syphilis laissent l'œuvre de Johann Wibling (1463-1526) prieur des Cisterciens d'Ebrach. Pellier.

Syphilis exotique.

La syphilis dans les colonies allemandes (Die Syphilis in den deutschen Schutzgebieten), par G. Heim. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 165.

Jusqu'en 1909-1910 les rapports médicaux constatent la syphilis chez les naturels de toutes les colonies allemandes. Seuls les Papous de la Nouvelle-Guinée semblent en avoir été préservés jusqu'en 1905.

L'immensité de certains territoires et l'espacement des postes médicaux qui en résulte, permet de croire que les pourcentages des statistiques officielles sont inférieurs à la réalité. Le chancre, lésion indolente, ne suffit pas à pousser les malades vers les médecins qui ont parfois fait de longs séjours sans en avoir observé. La roséole passe facilement inaperçue chez

les gens de couleur. Rien ne permet cependant de croire à des particularités d'évolution ou de gravité de ces syphilis coloniales ; seuls le tabes et la paralysie générale semblent relativement rares.

Aucun document ne vient confirmer l'assertion assez répandue de l'inefficacité des frictions chez les gens de couleur.

La stomatite mercurielle paraît assez fréquente et il est assez difficile d'en discerner la cause. PELLIER.

Syphilis expérimentale.

Syphilis expérimentale du lapin (Experimentelle Kaninchensyphilis), par L. ARZT et W. KERL. *Wiener klinische Wochenschrift,* n° 39, 25 sept. 1913, p. 1550.

A. et K. ont pu observer chez des lapins inoculés avec du matérie-humain, sous la peau du scrotum, un chancre d'inoculation immédiat-suivi au bout de plusieurs mois (15 mois dans un cas) d'accidents divers (analogues à des plaques muqueuses hypertrophiques, dans ce cas précisément). A. NANTA.

Nouvelles communications sur les résultats de la syphilis expérimentale, par P. UHLENUTH et P. MULZER. *Berliner klinische Wochenschrift,* n° 44, 3 nov. 1913, p. 2031.

Ayant obtenu 78 pour 100 d'inoculations positives en injectant dans le testicule du lapin du sang de syphilitiques porteurs de lésions de la période primaire ou secondaire, U. et M. ont cherché si, en injectant du sang de syphilitique en période latente, mais présentant une réaction Wassermann positive, ils obtiendraient des résultats utilisables pour le diagnostic de la syphilis latente : les résultats n'ont été positifs que dans deux cas. Dans l'un il s'agissait d'une femme qui venait d'accoucher, 18 jours auparavant, d'un enfant nettement syphilitique ; dans l'autre, la malade présenta 3 jours plus tard un exanthème maculo-papuleux.

Mêmes résultats négatifs si l'on inocule du sang recueilli chez un syphilitique qui vient de recevoir un traitement énergique (30 injections mercurielles ; 36 frictions ; 12 injections Hg-atoxyl ; 3 fois 0,4 salvarsan).

Résultats négatifs dans 8 cas de syphilis tertiaire ; positif dans un cas de tertiarisme précoce (gomme de la langue à la 4e année de l'infection) ; négatifs dans le cas de syphilis héréditaire tardive manifeste avec Wassermann positif (Hanau a eu 4 cas de kératite parenchymateuse avec résultat négatif).

Résultats positifs dans deux cas de syphilis maligne ; négatifs en inoculant l'urine ou la salive de divers malades. L'injection de sperme réussit une fois sur six (syphilis récente) ; l'injection de lait de femme syphilitique 3 fois sur 11. Enfin l'inoculation de liquide céphalorachidien réussit dans 3 cas de syphilis secondaire (article ultérieur).

Le sang et le liquide cépalorachidien de tabétiques ou paralytiques généraux : 16 résultats négatifs. L'inoculation d'un fragment de cerveau provenant d'un paralytique général mort depuis 3 heures et demie, fut suivie de syphilome testiculaire dans un cas ; résultat négatif dans 4 autres cas.

Enfin les organes de lapins syphilitiques se sont montrés virulents : le

fois et la rate surtout; le testicule atteint d'orchite à la dose de 2 centimètres cubes d'une émulsion à 1 pour 1000. A. NANTA.

La valeur de l'index syphilitique dans la syphilis et la parasyphilis [Der Wert des luetiscken Index (Σ-1) bei Lues und Paralues], par B.-P. SORMANI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* t. 118, 1913, p. 77.

S. a modifié la technique de Wassermann en ce sens qu'il emploie la dose minima de complément nécessaire à l'hémolyse et au contraire sensibilise les globules rouges de mouton par une quantité d'hémolyse huit fois supérieure à la dose hémolytique. Il attribue à ce procédé l'avantage de fournir une hémolyse rapide qu'un long séjour à l'étuve ne saurait influencer et vis-à-vis de laquelle l'ambocepteur normal peut être considéré comme négligeable. On doit tenir compte des propriétés auto-déviatrices des extraits. Lorsque ceux-ci sont exactement dosés, l'emploi de plusieurs d'entre eux doit fournir avec une technique précise des résultats équivalents dans l'estimation quantitative de l'intensité de la réaction. S. fixe comme unité l'extrait qui, à la centième dilution, donne une réaction positive avec une égale quantité d'un sérum à la cinquième dilution. PELLIER.

Une réaction chimique quantitative pour le contrôle des résultats positifs de la réaction de Wassermann (A quantitative chemical reaction for the control of positive Wassermann results), par KAPLAN. *New-York medical Journal,* 7 juin 1913, p. 1172.

Il s'agit d'une méthode de dosage chimique des substances azotées du sérum sanguin, méthode indiquée pour la première fois par Donald D. van Slyke. Appliquée au sérum des syphilitiques, cette réaction parait donner des résultats plus certains que ceux de la réaction de Wassermann et par un procédé moins compliqué.

La méthode est basée sur la détermination quantitative des amines du groupe RNH2 dans le sérum des syphilitiques qui les contient en quantité très inférieure à la normale. L'écart qui existe entre les chiffres obtenus chez les sujets indemnes de syphilis et les syphilitiques est assez grand pour qu'aucune erreur ne soit possible. D'après l'auteur, aucun résultat positif du Wassermann n'est certain s'il n'a été confirmé par la réaction chimique. Dans certains cas on a observé des réactions chimiques positives lorsque le Wassermann était négatif. S. FERNET.

Évaluation des sérums de syphilitiques et de non-syphilitiques en amines (The quantitative amino ($N4_2$) nitrogen content of syphilitic serums), par KAPLAN. *New-York medical Journal,* 26 juillet 1913, p. 157.

D'une façon ingénieuse K. explique les raisons de la diminution des amines dans les sérums des syphilitiques. En se servant de l'aminomètre de Van Slyke, il trouve chez les syphilitiques de 0 milligramme à 2,9 pour 100 d'amines. Chez les sujets indemnes de syphilis, au contraire, il trouve de 4,0 à 15,7 pour 100. Les chiffres de 3,0 à 3,9 correspondent à des sérums de sujets syphilitiques intensivement traités soit, plus fréquemment, à des sérums de sujets qui, cliniquement, sont indemnes de syphilis mais qui présentent une réaction de Wassermann positive.

L'article est suivi d'une longue statistique des résultats obtenus par le

procédé de Van Slyke parallèlement à ceux de la réaction de Wassermann à toutes les périodes de la syphilis. S. FERNET.

Sur une cause d'erreur, dans la recherche de la réaction de Wassermann, dépendant de la ouate (Eine durch Watt bedingte Fehlerquelle bei der Wassermann Reaktion), par H. LANGER. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 6, p. 274.

L. a vu que des flocons d'ouate tombés dans le sérum examiné pouvaient lui donner un pouvoir anticomplémentaire, et par suite fournir des résultats positifs à tort.

Donc ne pas boucher les tubes avec du coton. Ch. AUDRY.

Cutiréaction.

La luétine-réaction de Noguchi dans le syphilis (The Noguchi luetin reaction in syphilis), par FOSTER. *American Journal of the Medical Sciences,* novembre 1913, p. 645.

F. apporte une statistique personnelle de 75 réactions de Noguchi pratiquées au cours de syphilis secondaires, tertiaires, latentes et chez 5 sujets sains. Il trouve 77 pour 100 de réactions positives dans la syphilis secondaire, 80 pour 100 — dans la syphilis tertiaire, 88 pour 100 — dans la syphilis latente: l'un des 5 sujets sains présentait aussi une réaction positive — un examen minutieux permit de découvrir chez lui une spécificité héréditaire très probable. F. confirme les opinions de Noguchi sur la valeur de cette réaction. S. FERNET.

Remarques sur la cutiréaction dans la syphilis et ses rapports avec la réaction de Wassermann (Bemerkungen zur Cutireaktion bei Lues und ihre Beziehungen zur Wassermannsche Reaktion), par Rudolf MULLER et R. OTTO STEIN. *Berliner klinische Wochenschrift,* 24 novembre 1913, n° 47, p. 2185.

M. et S. rappellent qu'ils ont obtenu avec une luétine extraite de ganglions syphilitiques, des intra-dermo-réactions comparables à celles de Klausner et Fischer: réactions presque exclusives en cas de syphilis tertiaire, la syphilis secondaire maligne réagissant aussi cependant, ainsi que la syphilis congénitale. Benedek, puis Faginoli et Fisichello ayant vu que la réaction de Wassermann, après emploi de luétine, pouvait, de négative qu'elle était, devenir positive et l'un des auteurs même, dans un cas de superinfection de Finger-Landsteiner, ayant vu la réaction devenir positive peu de jours après la seconde inoculation, M. et S. ont cherché si le fait n'était pas fréquent après la cutiréaction à la luétine.

Sur onze syphilitiques tertiaires traités antérieurement, et qui présentaient depuis lors une réaction de Wassermann négative durable, ils ont vu dix fois la réaction devenir positive deux semaines après une cutiréaction à la luétine positive. Les cas de syphilis secondaire latente avec réaction de Wassermann positive ne donnèrent aucun résultat. Enfin quelques cas de syphilis tertiaire, qui fournirent une cutiréaction positive, conservèrent une réaction de Wassermann négative en dépit de manifestations avérées.

A. NANTA.

La cuti-réaction dans la syphilis, par R. Burnier. *Annales des maladies vénériennes,* janvier 1914, n° 1, p. 1.

Exposé détaillé de la question. Les statistiques publiées par les principaux auteurs qui se sont occupés de la question sont reproduites dans ce travail.

B. conclut de son étude critique des faits que :

1° La luétine donne souvent une réaction négative dans les cas de syphilis primaire et secondaire.

2° La réaction est habituellement positive dans la syphilis tertiaire en activité.

3° Viennent ensuite par ordre de fréquence l'hérédo-syphilis, la syphilis latente, la syphilis traitée et la parasyphilis.

4° La réaction peut être positive dans des affections non syphilitiques comme la blennorrhagie, le chancre mou, le lupus érythémateux, le lupus tuberculeux, le pityriasis rosé, l'eczéma.

5° La peau de certains syphilitiques, en période tertiaire, le plus souvent, réagit positivement avec d'autres émulsions microbiennes (gonocoque, colibacille, staphylocoque) et avec la tuberculine.

Il semble donc difficile d'admettre la spécifité absolue de la luétine dans le diagnostic de la syphilis. R.-J. Weissenbach.

Technique de la réaction de la pallidine (Zur Technik der Pallidinreaktion), par Klausner. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 2, p. 73.

K. appelle pallidine l'extrait de pneumonie blanche hérédosyphilitique qu'il a employé avec Fischer, en cutiréaction. Il est fabriqué sous ce nom par Merck.

L'inoculation se fait par stries comme dans la vaccination habituelle. La réaction est positive au bout de 48 heures. Elle est constante dans la syphilis héréditaire et tertiaire. Ch. Audry.

Chancres extra-génitaux.

Chancre de la paupière supérieure, par J. Bobrie. *Annales des maladies vénériennes,* février 1914, n° 2, p. 118.

Un cas de chancre de la paupière supérieure droite coexistant avec un chancre du sillon balano préputial. R.-J. Weissenbach.

Deux cas de chancres syphilitiques extra génitaux : chancre narinaire, chancre du doigt, par Payenneville. *Annales des maladies vénériennes,* avril 1914, n° 4, p. 276.

Une observation de chancre de la narine chez une femme de 45 ans contaminée par un nourrisson qu'elle avait en garde.

Une observation de chancre périunguéal du médius droit ; une plaie banale du doigt a servi de lieu d'inoculation. R.-J. Weissenbach.

Les chancres extra-génitaux chez la femme, par Jean Bobrie. *Annales des maladies vénériennes,* janvier 1914, n° 1, p. 31.

B., en retenant dans l'ensemble des 24 097 observations du service et de la policlinique de Gaucher à l'Hôpital Saint-Louis, 2912 observations de femmes syphilitiques, apporte à l'étude des localisations du chancre syphilitique, dans le sexe féminin, une contribution statistique importante.

Sur ce total de 2912 femmes syphilitiques, 762 étaient venues faire soigner des accidents de spécificité trop anciens, pour que l'interrogatoire ou l'examen direct aient permis de retrouver la trace de l'accident primitif.

Sur les 2158 femmes restantes, 801, venues consulter pour des accidents de syphilis récente, déclaraient ne s'être aperçues d'aucun accident primitif. L'examen le plus minutieux ne permettait d'en retrouver aucune trace.

Chez 1357 malades seulement l'accident primitif était connu et noté ; encore faut-il éliminer de ce total 175 observations où l'existence de l'accident primitif n'est connue que par les dires des malades ou notée d'une façon trop imprécise.

Il reste donc 1182 malades dont la situation de l'accident primitif est bien nettement établie. De ces 1182 malades :

834	ont présenté un accident primitif. .		vulvaire.
35	— . .		périgénital.
dont	5 — . .		du méat.
	4 — . . .		de la paroi vaginale.
	11 — . .		région inguinale et face interne des cuisses.
	10 — . .		du col utérin.
	5 — . .		anovulvaire ou périanal.
326	ont présenté un accident primitif. .		*extragénital.*
dont	55 chancres.		de l'anus.
	4 —		de la bouche.
	57 —		de la lèvre supérieure.
	45 —		de la lèvre inférieure.
	10 —		de la langue.
	97 —		de l'amygdale.
	5 —		de la gencive.
	1 —		de la face interne de la joue
	6 —		du menton.
	3 —		de la narine.
	1 —		de la pituitaire.
	3 —		de la cloison nasale
	1 —		de la joue.
	1 —		préauriculaire.
	1 —		de la face.
	1 —		du cuir chevelu
	3 —		du cou.
	21 —		du sein.
	1 —		du dos.
	2 —		de l'aisselle.
	1 —		du poignet.
	4 —		des doigts (sages-femmes).
	1 —		de l'ombilic.
	1 —		du genou.
	1 —		du mollet gauche.
	1 —		talon.
	1 —		espace interdigital.

Résumé statistique :

Chancres génitaux.	70,55	pour 100.
— périgénitaux	2,95	—
— extragénitaux.	26,50	—

Il résulte de l'ensemble de ces recherches que chez la femme, où l'accident primitif passe si souvent inaperçu (37 pour 100 des cas), le chancre, lorsqu'il est dépisté, est extragénital dans 1 cas sur 4 (26,50 pour 100). La multiplicité des points où ces chancres extragénitaux ont été signalés fait une obligation impérieuse de les rechercher partout. R.-J. Weissenbach.

Syphilides.

Sur une manifestation d'immunité artificielle de la peau au cours de la syphilis secondaire (Ueber ein eigentumliches Beispiel künstlich erzeugter Hautimmunität bei sekundär Lues), par G. Stümpke. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 117, p. 97.

Un homme de 35 ans présente une syphilide papuleuse hémorragique généralisée qui a respecté uniquement et exactement l'emplacement d'un emplâtre de capsicum appliqué il y a un mois au niveau de la région lombo-sacrée. Ch. Audry.

Un cas de macrocheilie syphilitique (Case of syphilitic macrocheilia), par Dudley Corbelt. *Proceedings of the Royal Society of medicine (Dermatological Section),* 7 janvier 1914, p. 49.

Homme, fumeur, syphilitique depuis 28 ans, présente une hypertrophie considérable des lèvres et de la langue. Cette hypertrophie date de 2 ans, elle est générale et diffuse, particulièrement marquée à la lèvre supérieure à laquelle elle donne une apparence œdémateuse. La langue très épaissie est fissurée sur les bords mais non ulcérée. La dentition est en très mauvais état mais les dentistes consultés n'ont jamais observé de lésions analogues à la suite d'infections dentaires seules. La réaction de Wassermann est franchement positive. S. Fernet.

Syphilis des os et des articulations.

La syphilis dans l'étiologie de l'ostéite fibreuse (Syphilis in the etiology of fibrous osteitis), par Skillern. *The American Journal of the medical Sciences,* octobre 1913, p. 531.

L'ostéite fibreuse ou ostéomyélite chronique fibreuse (Bloodgood), dans certains cas au moins, est identique à la syphilis héréditaire tardive des os. Les connexions de la syphilis avec les différentes affections des os, dont l'étiologie est obscure, ne pourront être établies qu'avec l'aide de la réaction de Wassermann. L'ostéite fibreuse est curable par les méthodes conservatrices et doit être rayée de la liste des affections osseuses nécessitant l'amputation. Fernet.

Polyarthrite aiguë pendant la deuxième incubation de la syphilis (Ueber akute Polyarthritis im zweiten Inkubationsstadium der Syphilis), par J. Rubin. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 61.

Une femme de 30 ans présente 4 à 5 semaines après l'infection de la céphalée, un syndrome rhumatismal aigu fébrile, polyarticulaire, amé-

lioré par le salicylate, puis récidivant, enfin accompagné d'une éruption papulo-vésiculeuse. Enfin, apparaissent des lésions de la muqueuse buccale, et le tout guérit rapidement et complètement par le traitement antisyphilitique. Ch. AUDRY.

Sur la syphilis des os et des articulations (Beiträge zur Knochen und Gelenksyphilis), par AXHAUSEN. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1913, n° 51, p. 2361.

Il existe des formes osseuses diffuses, et des formes circonscrites pseudo-néoplasiques. Les lésions (acquises ou héréditaires) comportent non seulement des modifications de la forme extérieure, mais encore des altérations profondes de la structure intime de l'os. Mais cette ostéite ne présente ni ramollissement ni suppuration ; mais cependant, on peut observer de la nécrose et des séquestres. La distinction de certaines formes de syphilis dans les sarcomes parostaux est parfois cliniquement impossible ; on y parvient par la réaciion de Wassermann et la radiographie qui donne des images caractéristiques.

L'arthrite syphilitique peut être osseuse ou synoviale et amener des altérations cartilagineuses. Il est parfois presque impossible de les distinguer morphologiquement des arthrites tuberculeuses. A. a vu un cas de pseudo-mal de Pott syphilitique. Enfin, l'existence d'une arthrite déformante chez un jeune sujet doit faire songer à la syphilis. Ch. AUDRY.

A propos de deux cas de mal vertébral syphilitique sous-occipital, par GAUCHER et BORY. *Annales des maladies vénériennes*, avril 1914, n° 4, p. 246.

Deux observations de mal vertébral sous-occipital.

Observation I. — Chez une femme de 27 ans, insuffisamment traitée, se constitue, sept ans après le contage, un mal sous-occipital, à allure spéciale, caractérisé moins par des symptômes fonctionnels douloureux que par une infiltration gommeuse sous-périostée volumineuse à limites imprécises, paraissant envelopper les lames et le corps vertébral. L'indolence au palper de la tuméfaction, son développement à la fois concentrique et irrégulier, la prédominance unilatérale de son évolution marquée bientôt par une compression médullaire du côté correspondant, voilà des caractères qui pouvaient à priori éloigner l'idée de mal de Pott tuberculeux et faire penser à la syphilis. L'influence rapide du traitement mercuriel et ioduré devait donner la confirmation formelle de ce dernier diagnostic.

Observation II. — Chez une femme de 40 ans, insuffisamment traitée, apparaît huit ans après l'accident primitif une tuméfaction de la région de la nuque n'entraînant ni gêne fonctionnelle ni douleur. Celle-ci augmente peu à peu de volume pour se transformer deux ans plus tard en une volumineuse tumeur sous-occipitale, accompagnée de gibbosité et de raideur cervicale. On notait à la même époque une gomme du front et une gomme du sternum.

Mais la radiographie montrait en outre dans ce cas des lésions des corps vertébraux aussi profondes, aussi fragilisantes, aussi redoutables dans leurs conséquences qu'un mal de Pott tuberculeux.

Dans ce cas en particulier le traitement spécifique n'aurait pu supprimer le traitement orthopédique. R.-J. WEISSENBACH.

Syphilis du pancréas.

Gomme syphilitique de la tête du pancréas, par Leuret et Secousse. *Journal de médecine de Bordeaux,* 25 janvier 1914, p. 56.

Il s'agit d'une femme de quarante et un ans atteinte de syphilis tertiaire du nez qui présentait tous les signes d'une cirrhose hépatique ayant débuté dix mois auparavant par un ictère. La réaction de Wassermann était positive. On porta le diagnostic d'hépatite syphilitique sclérogommeuse et on institua le traitement mercuriel. Celui-ci ne fut suivi d'aucune amélioration. La malade succomba deux mois plus tard à une pleurésie hémorragique. A l'autopsie on constata l'existence d'une volumineuse gomme de la tête du pancréas comprimant la veine porte et les voies biliaires. Le foie présentait seulement un léger degré d'hépatite scléreuse. R.-J. Weissenbach.

Syphilis du foie.

Sur les maladies du foie pendant le stade précoce de la syphilis (Zur Kenntnis der Lebererkrankungen im Frühstadium der Syphilis), par A. Buschke et F. Zernik. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1911, t. 106, p. 112.

Depuis qu'Engel Reimers a publié les premières observations d'ictère grave (atrophie jaune aiguë) syphilitique, il en a paru un petit nombre d'autres. Toutes furent suivies de mort, sauf dans un cas de Senator. On sait depuis Frerichs l'importance de l'élimination de la leucine et de la tyrosine par l'urine. B. donne une observation personnelle d'ictère grave bien complet dans ses manifestations et qui s'est aussi terminé par la guérison. Il rappelle à ce propos qu'il a lui-même publié un autre cas d'ictère syphilitique qui s'accompagna d'élimination prolongée de leucine et de tyrosine. Dans un assez grand nombre de cas d'ictère syphilitique ordinaire, il a cherché leucine et tyrosine et les a trouvées plusieurs fois.

B. conclut donc que l'élimination de ces corps qui trahit vraisemblablement une altération parenchymateuse n'appartient pas spécifiquement au syndrome ictère grave comme l'avait indiqué Frerichs. Quant à cette hépatite parenchymateuse, il est probable qu'elle est d'origine toxique, et il faut se demander si, parmi les néphrites syphilitiques précoces, il n'en est pas un bon nombre qui comportent la même signification. Ch. Audry.

Les grosses tumeurs syphilitiques du foie, par Lejars. *La Semaine médicale,* 11 mars 1914, n° 10, p. 109.

En présence d'un cas d'hypertrophie du foie ou d'un cas de grosses tumeurs périhépatiques, il faut toujours songer à la possibilité de lésions syphilitiques. Il faut toujours y songer quand, au cours de l'intervention on trouve à la surface du foie, une tumeur ou une série de tumeurs, qui pourtant affectent toutes les apparences du néoplasme, ou encore qui feraient penser à la tuberculose. R.-J. Weissenbach.

Hérédo-syphilis. Pathogénie de l'ictère hémolytique congénital, par A. Chauffard. *Annales de médecine,* janvier 1914, n° 2, p. 1.

Les faits exposés semblent démontrer que l'ictère hémolytique congénital relève d'une pathogénie à deux degrés : une affection causale, atténuée,

l'*hérédo-syphilis* ou la tuberculose suivant le cas ; et une intervention organique, la réaction spléno-hémolysante. R.-J. WEISSENBACH.

L'ictère hémolysinique de l'hérédo-syphilis tardive, par Jean TROISIER. *Le Progrès Médical,* 14 février 1914, n° 7, p. 73.

On connaît l'ictère hémolysinique de la période secondaire (Gaucher et Giroux) et de la période tertiaire (Roth) de la syphilis. T. rapporte une observation d'ictère hémolysinique de l'hérédo-syphilis tardive.

Observation. — Femme de 40 ans. Jumelle, la sœur est morte à l'âge de 3 semaines. Le père est mort ataxique. Bien portante jusqu'à l'âge de 17 ans, elle présente alors une iritis double, qui guérit au bout de six mois, puis une anémie de type chlorotique qui dure trois ans, puis une crise de colique hépatique, suivie d'un ictère passager avec décoloration des matières. A 21 ans, elle présente une lésion ulcéreuse de la jambe, qui ne disparaît qu'au bout de deux mois. Mariée, elle n'a pas eu d'enfant et n'a pas fait de fausse couche. A 39 ans, elle présente des signes d'anémie grave de type pernicieux avec hypertrophie splénique ; le chiffre des globules rouges est de un million par millimètre cube. Après une courte période d'amélioration l'anémie réapparaît. A ce moment l'affection est caractérisée par l'anémie associée à un léger ictère, l'hypertrophie du foie et de la rate. Les urines contiennent une quantité considérable d'urobiline. Le nombre des globules rouges est de deux millions par millimètre cube. Le taux de l'hémoglobine de 25 pour 100 (Sahli). La résistance globulaire est normale : H_1 à 0,48 ; H_3 à 0,30 NaCl pour 100. On compte 1 hématie granuleuse pour 100 et 1 hématie nucléée pour 100 leucocytes. Globules blancs : 8 000 par millimètre cube.

Le sérum sanguin est jaune, présentant une forte réaction de Gmelin. Il contient une *isolysine* active, mais *ne contient pas d'autolysine.* La réaction de Wassermann est positive.

L'ensemble de ces symptômes permet de porter le diagnostic d'ictère hémolysinique, caractérisé par l'ictère, l'anémie et l'hémolysinhémie.

La malade fut soumise aux injections de sang humain normal (2 injections de 20 centimètres cubes) et à une cure mercurielle (huile grise tous les cinq jours : 7 centigrammes). Au bout d'une quinzaine de jours l'état général s'améliorait, l'anémie et l'ictère diminuaient, les forces revenaient, au point que la malade pouvait se lever. Seule l'évolution ultérieure permettra de dire s'il s'agit d'une rémission ou d'une évolution réellement favorable.

T. expose ensuite les rapports étiologiques qui unissent la syphilis, plus spécialement la syphilis héréditaire, et certains syndromes hématologiques.

Ce travail a pour but de montrer que l'hérédosyphilis tardive est capable de produire des syndromes hémolysants graves, en particulier l'ictère hémolysinique, syndromes qui doivent être considérés et traités comme étant de nature spécifique. R.-J. WEISSENBACH.

Syphilis du cœur et des vaisseaux sanguins.

L'électrocardiographie chez les syphilitiques (Die Elektrokardiographie bei Syphilitischen), par J. PEYRI ROCAMORA et J.-M. BELLIDO. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 117, p. 481.

L'examen électrocardiographique de 300 syphilitiques divers a été pra-

tiqué. Il en résulte que la syphilis ne donne lieu à aucune modification particulière du tracé. Mais les syphilitiques à manifestations générales graves présentent une dépression de la courbe et en particulier blouke l ; et, si les syphilitiques à manifestations torpides ou phagédéniques sans signe cardiaque particulier ne montrent pas de modifications de la courbe, il est recommandé de pratiquer l'examen électrocardiographique dans tous les cas de lésion cardiaque ou vasculaire, et dans tous les cas de syphilis héréditaire. A. NANTA.

Le cœur dans la syphilis (The heart in syphilis. par HARLOW BROOKS. *The American Journal of the Medical Sciences,* octobre 1913, p. 513.

Les complications cardiaques sont fréquentes dans la syphilis. Le péricarde, l'endocarde et le myocarde peuvent être touchés soit individuellement, soit simultanément. Ces complications peuvent se développer précocement, mais elles ne se manifestent souvent que très tardivement. L'étiologie de ces lésions cardiaques ne peut être établie que grâce aux antécédents du malade, à son aspect général ou à la réaction de Wassermann. Le traitement doit être d'abord celui des affections du système circulatoire, mais c'est le traitement spécifique qui donne les meilleurs résultats. Le mercure et le salvarsan sont également efficaces ; les malades bénéficient le plus de l'association de ces deux médicaments. Les iodures sont souvent des adjuvants utiles. Le traitement spécifique doit être pratiqué jusqu'à la réduction de la réaction de Wassermann ; on applique ensuite le traitement classique des affections cardiaques. FERNET.

L'angine de poitrine syphilitique, par GAUCHER et CESBRON. *Annales des maladies vénériennes,* mai 1914, n° 5, p. 321.

Dans ce mémoire G. et C. insistent sur le rôle prépondérant joué par la syphilis dans l'étiologie de l'angine de poitrine.

L'angine de poitrine par angustie coronarienne est presque toujours de nature spécifique, les causes autrefois invoquées comme l'intoxication tabagique, caféique, etc... peuvent aggraver ou révéler la maladie, elles sont incapables de la provoquer.

Au point de vue du pronostic et du traitement il faut envisager deux sortes de cas : ceux où les lésions sont surtout athéromateuses ou fibreuses, plus rarement calcaires, ce sont les artérites para-syphilitiques.

En second lieu, les cas d'artérite syphilitique proprement dite, où on a signalé la présence de tréponèmes, accidents secondaires quelquefois mais le plus souvent tertiaires où le tréponème joue un rôle capital par les poisons histolytiques qu'il produit (poison que l'on peut comparer aux poisons tuberculeux mais qui donne lieu non pas à la nécrose mais à l'histolyse de certaines cellules avec résistance de l'axe conjonctif).

Dans ces dernières formes, le traitement antisyphilitique mixte, mercuriel et ioduré est efficace. R.-J. WEISSENBACH.

Complications oculaires de l'anévrisme de l'aorte. Anévrisme de l'aorte et tabes, par H. FRENKEL et R. DE SAINT-MARTIN. *Société de neurologie de Paris,* 5 décembre 1912. *Revue neurologique,* 30 décembre 1912, p. 689.

Homme de 44 ans ; anévrisme de l'aorte ascendante avec dilatation des

valvules aortiques. Signe d'A. Robertson à droite et paralysie du moteur oculaire commun à gauche ; quelques mois plus tard, tabes plus complet, paralysie du sphincter pupillaire à l'exclusion de l'accommodation à droite, paralysie plus complète de la 3e paire à gauche, début d'atrophie du nerf optique.

F. et S.-M. rappellent que l'association de l'anévrisme de l'aorte et du signe d'A. Robertson est fréquente et vient à l'appui de l'origine syphilitique de l'un et de l'autre. Ils font remarquer que l'association du tabes confirmé et d'un anévrisme de l'aorte se révélant pendant la vie par des symptômes cliniques appréciables est rare, plus souvent les symptômes tabétiques restent frustes chez les sujets atteints d'anévrisme, ou l'anévrisme est une trouvaille d'autopsie chez les tabétiques. G. Thibierge.

Sur l'aortite syphilitique [Ueber die Doehle-Hellersche Aortitis (Aortitis luetica)], par G. Gruber. 1 vol. de 110 pages avec 21 planches, 1914, G. Fischer, éd.

Après un court chapitre historique (où il rappelle les recherches anciennes de Laveran et de Heiberg), G. donne les résultats de l'étude de 120 cas d'aortite syphilitique. Il commence par en reproduire 27 observations d'autopsie. Puis il résume les caractères anatomo-pathologiques de la lésion. Les localisations diffèrent beaucoup de celle de l'artério-sclérose : l'aortite proliférante spécifique occupe la zone thoracique ; elle commence immédiatement au-dessus des valvules, s'étend à des hauteurs variables, généralement circonscrites, et ne frappe qu'exceptionnellement l'aorte abdominale ; il peut du reste arriver aussi que les lésions s'étendent en traînées dans les gros troncs vasculaires avoisinant.

Quand il s'agit de mésaortite, les valvules peuvent être ou n'être pas envahies, ainsi que le sinus de Valsalva.

En quoi consiste essentiellement la lésion ? C'est avant tout en un épaississement de la paroi ; les lésions sont dispersées en taches confluentes ou isolées, grises ou bleuâtres, blanches ou jaunâtres, irrégulières, en réseau, etc.

L'orifice des coronaires peut être resserré par l'épaississement pariétal.

Il y avait anévrisme dans 24 des 110 cas examinés ; au microscope, îlots d'infiltration d'aspect lymphoïde siégeant dans toutes les couches, avec ou sans oblitération ou vaisseaux de la paroi, destruction des fibres élastiques, cellules géantes, dégénérescence et disparition de l'endartère ; et quelquefois on voit de véritables petites gommes miliaires.

9 fois sur 10, la réaction de Wassermann était positive. La lésion paraît plus fréquente chez les hommes, et très fréquente chez les paralytiques généraux. L'alcoolisme joue un rôle favorisant et aggravant.

Il s'agit bien là d'une lésion vraiment syphilitique de nature, dont l'anévrisme est une complication. On a signalé des troubles psychiques. G. évalue à 5 ou 6 pour 100 le nombre des cas d'aortites syphilitiques observées sur l'ensemble des autopsies ; cela donne une idée de l'importance de cette lésion. Ch. Audry.

Du rôle étiologique de la syphilis dans les aortites chroniques avec ou sans insuffisance aortique et dans la néphrite hydrurique,

par Camille Lian et Arthur Vernes. *La Presse médicale,* 14 mars 1914, n° 21, p. 204.

L. et V. ont cherché à dépister la syphilis, soit par l'étude des antécédents ou l'existence de stigmates caractéristiques, soit par la réaction de Wassermann, chez 59 individus atteints des affections suivantes: 1° anévrisme de la crosse aortique (5 cas); 2° insuffisance aortique, sans rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents (22 cas); 3° aortite chronique sans insuffisance aortique (10 cas); 4° hypertension, avec ou sans artério-sclérose, avec ou sans néphrite hydrurique cliniquement appréciables (22 cas).

Ils concluent de leurs recherches:

1° Quel que soit l'âge d'un sujet, s'il n'a pas eu de rhumatisme articulaire aigu et s'il présente une insuffisance aortique, sa lésion aortique est, à quelques rares exceptions près, de nature syphilitique. Une insuffisance aortique syphilitique est une maladie de Hodgson, car les lésions syphilitiques des sigmoïdes aortiques semblent coexister toujours avec des lésions analogues des parois aortiques. Les aortites chroniques non syphilitiques semblent ne s'accompagner pour ainsi dire jamais d'insuffisance aortique.

2° Chez l'adulte, les aortites chroniques sans insuffisance, l'hypertension artérielle, l'artério-sclérose et la néphrite hydrurique sont souvent syphilitiques. Mais au seuil de la vieillesse et chez le vieillard, elles relèvent souvent d'autres causes que de la syphilis. R.-J. Weissenbach.

L'aortite chronique de la syphilis acquise, par Gaucher et M. Brin. *Annales des maladies vénériennes,* février 1914, n° 2, p. 95.

Depuis une quinzaine d'années l'étude des aortites syphilitiques est revenue tout à fait au premier plan, grâce surtout à la découverte du tréponème et de la réaction de Wassermann. Dans ce mémoire important G. et B. reprennent l'étude d'ensemble de l'aortite chronique dans ses rapports avec la syphilis.

En s'appuyant sur la réaction de Wassermann on trouve la syphilis dans l'étiologie de 85 pour 100 des cas d'aortite chronique, chiffre inférieur à la réalité, si on songe qu'une réaction de Wassermann négative ne permet pas d'éliminer d'une manière absolue la syphilis.

Le sexe masculin est le plus souvent atteint (9 fois sur 10), entre 30 et 80 ans, chiffres extrêmes, pour une fréquence maxima entre 30 et 50 ans. La durée de l'intervalle, qui s'écoule entre le début de la syphilis et le début des lésions aortiques, est des plus variables.

Les lésions sont habituellement localisées, segmentaires, parfois disséminées sur toute la longueur du vaisseau; la région le plus souvent atteinte est la crosse de l'aorte. Au point de vue anatomique, on observe en dehors de l'ectasie aortique, soit l'aortite diffuse subaiguë, soit l'aortite fibreuse. Le tréponème a été trouvé dans la paroi aortique par Reuter, puis par Schmore, Wright et Richardson, Longcope.

Le tableau clinique de l'aortite chronique syphilitique comprend un certain nombre de symptômes, les uns fonctionnels, les autres physiques de valeur très différent pour le diagnostic de la lésion. Les auteurs passent successivement en revue les douleurs, la dyspnée, la toux et les vertiges; ils insistent sur la dilatation aortique, l'exagération et la dureté du premier

bruit aortique et surtout le retentissement clangoreux du second bruit. Les souffles systolique ou diastolique existent dans la moitié des cas. L'examen radioscopique est le complément obligatoire de l'examen.

L'évolution de l'aortite syphilitique est essentiellement lente et insidieuse, la guérision est rare, les malades sont exposés à de multiples complications : anévrysme, embolie cérébrale, angine de poitrine, rupture de l'aorte, œdème aigu du poumon. Les malades peuvent encore succomber à l'asystolie.

Au point de vue du diagnostic il est surtout important de reconnaître la nature syphilitique de l'aortite, en s'appuyant sur l'examen complet du malade, en recherchant avec soin les troubles pupillaires (inégalité pupillaire, myosis et signe d'Argyll Robertson) si souvent présents et en pratiquant la réaction de Wassermann.

Le traitement de l'aortite syphilitique est à la fois symptomatique et étiologique. Ce dernier est de beaucoup le plus important: mais si on veut en tirer le maximum de résultats il faut en l'appliquant suivre des règles précises.

1° Le traitement spécifique devra être mixte : mercuriel et ioduré. Le mercure sera administré sous forme de sels solubles, par exemple deux centigrammes de benzoate de mercure. L'iodure de potassium sera donné par voie buccale à fortes doses de 2 à 4 grammes par jour. On prescrira par mois : 10 jours de mercure, 10 jours d'iodure, 10 jours de repos.

2° Le traitement spécifique devra être continué avec persévérance, même si les premiers essais ne donnent aucun résultat ; car l'amélioration peut ne s'observer qu'après des mois de traitement, celui-ci agissant d'autant mieux qu'il aura été appliqué plus tôt.

Les résultats dépendent de la précocité du traitement et pour une large part de la forme anatomique : les cas d'aortite sus-sigmoïdienne sont rapidement améliorés ; les cas d'aortite sigmoïdienne sont plus rebelles ; on a pu cependant observer la disparition des troubles fonctionnels, parfois même des modifications des souffles orificiels. R.-J. Weissenbach.

Syphilis du corps caverneux.

Syphilis gommeuse chancriforme du corps caverneux, par G. Lemnos *Annales des maladies vénériennes,* février 1914, n° 2, p. 121.

Un cas de gomme syphilitique de la verge, ayant l'aspect d'un chancre térébrant chez un homme ayant contracté la syphilis dix années auparavant. R.-J. Weissenbach.

Syphilis de la prostate.

Un cas de syphilis de la prostate? (Ein Fall von Syphilis der Prostata?), par M. Hesse. *Dermatologische Wochenschrift,* 21 juin 1913, n° 25, p. 685.

Un homme de 35 ans, syphilitique depuis 9 ans, présente une pollakiurie très pénible. La prostate grosse et dure présente sur son lobe gauche une tuméfaction de consistance ferme de la grosseur d'une noisette. Un traitement mixte (salvarsan et mercure) amena une prompte disparition des phénomènes douloureux et le retour de l'organe à des dimensions normales. Pellier.

Syphilis du système nerveux.

Comment dépister la syphilis nerveuse? Essai de traitement par les injections intrarachidiennes de néosalvarsan, par Paul Ravaut. *Annales de médecine,* janvier 1914, n° 1, p. 49.

R. fait, dans la première partie de ce mémoire, le bilan et le parallèle des renseignements fournis pour le diagnostic de la syphilis nerveuse, tant par l'étude clinique du malade que par les résultats des recherches de laboratoire. Il montre qu'il faut considérer deux étapes distinctes dans l'évolution de la syphilis nerveuse : la première, *période préclinique ou latente,* ne se traduit par aucun signe clinique et ne peut être diagnostiquée que par l'étude des modifications du liquide céphalo-rachidien ; la seconde, *période clinique,* débute avec le premier symptôme décelable par l'examen clinique. Puis l'auteur résume les modifications du liquide céphalorachidien des syphilitiques, modifications sur lesquelles il a attiré le premier l'attention en 1902 et dont il a depuis montré toute l'importance pratique. L'examen comprend avant tout la recherche de la réaction cellulaire et la recherche des albumines et de la tension du liquide céphalorachidien ; accessoirement la recherche de la réaction de Wassermann. Les modifications diversement associées les unes aux autres constituent une gamme de réactions en rapport avec l'intensité des lésions anatomiques qu'elles représentent. Les modifications successives de ces réactions permettent de suivre l'évolution des lésions anatomiques. Ces réactions constituent l'unique symptôme révélateur de ces lésions. Ce qu'il importe en pratique, c'est de les dépister pendant la phase latente, d'en apprécier l'intensité et, comme pour tout autre symptôme de la syphilis, de les faire disparaître le plus rapidement possible. C'est là la véritable prophylaxie des affections nerveuses syphilitiques. Aussi pour examiner complètement un syphilitique et fixer avec plus de précision son bilan pathologique ne suffit-il pas de constater qu'il n'existe aucun signe clinique d'affection du système nerveux, que le sang présente une réaction de Wassermann négative, mais encore, pratiquer l'examen du liquide céphalorachidien pour dépister les localisations latentes de la syphilis nerveuse et par conséquent les traiter.

R., dans la deuxième partie de son mémoire, rapporte et commente neuf cas de syphilis nerveuse traités par des injections intrarachidiennes de néosalvarsan. La solution utilisée est une solution à 6 pour 100 dans l'eau distillée ; chaque goutte contient trois milligrammes de néosalvarsan. L'auteur recommande d'injecter trois à six milligrammes seulement par injection. Les injections ont été bien supportées. Bien qu'il soit impossible d'avoir une opinion définitive sur les résultats obtenus par cette méthode, on peut dire, au moins, qu'elle n'est pas dangereuse. D'autre part, elle semble avoir donné des résultats suffisamment appréciables : les signes cliniques ont été rapidement modifiés, mais surtout les réactions du liquide céphalorachidien se sont améliorées beaucoup plus vite que par n'importe quelle autre méthode. En particulier, les réactions cellulaires ont diminué très vite d'intensité ; les réactions albumineuses n'ont cédé que beaucoup plus lentement, mais chez tous les malades elles ont considérablement faibli.

R.-J. Weissenbach.

Deux cas d'hémiplégie syphilitique compliquée d'amblyopie par lésion des nerfs optiques, par Noïca et Dimelesca. *Revue neurologique,* 15 octobre 1912, p. 365.

Le nerf optique est rarement intéressé dans la syphilis cérébrale, surtout si on compare la fréquence des lésions des nerfs moteurs oculaires.

N. et D. on ont observé 2 cas, l'un chez un adulte atteint de syphilis dans l'enfance, présentant une hémiplégie droite avec névrite optique double, l'autre chez un enfant de 20 mois, atteint d'hémiplégie gauche avec névrite optique double. G. Thibierge.

Un cas d'atrophie musculaire Aran-Duchenne d'origine syphilitique, par A. Souques et P. Vallery-Radot. *Société de neurologie de Paris,* 6 mars 1913. *Revue neurologique,* 30 mars 1913, p. 405.

Homme de 66 ans, ayant eu la syphilis il y a 20 ans ; non traité ; depuis 18 ans, atrophie Aran-Duchenne ayant débuté par de la parésie de la main droite, et ayant atteint au bout de quelques mois la main gauche ; lymphocytose très marquée du liquide céphalorachidien. Réaction de Wassermann nettement positive. G. Thibierge.

Syndrome de poliomyélite antérieure aiguë au cours de la syphilis secondaire, par Touchard et Meaux Saint-Marc. *Société de neurologie de Paris,* 9 janvier 1913. *Revue neurologique,* 30 janvier 1913, p. 137.

Femme de 19 ans, atteinte depuis 3 mois de syphilis. Brusquement, sensation de malaise général, douleurs assez vives dans les deux membres inférieurs ; le lendemain, paralysie complète du membre inférieur gauche, avec anesthésie remontant jusqu'à la racine de la cuisse et faiblesse du membre inférieur droit ; pendant 3 jours, rétention d'urine.

Il reste une paralysie totale de la jambe et du pied droits, sans contracture, avec atrophie considérable ; à gauche diminution notable de la force musculaire. G. Thibierge.

Méningite syphilitique et méningite tuberculeuse, chez l'adulte, par Louis Petit. *L'Hôpital,* février 1914, n° 3, p. 47.

Exposé des éléments de diagnostic entre ces deux affections, tirés tant de l'étude clinique que de l'étude physique, chimique, cytologique, bactériologique et biologique du liquide céphalorachidien. R.-J. Weissenbach

Syphilis héréditaire.

La réaction au chlorure d'or colloïdal de Lange pratiquée sur le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis congénitale (Lange's colloïdal gold chlorid test on the cerebrospinal fluid in congenital syphilis), par Grulee et Moody. *The Journal of the American Medical Association,* 5 juillet 1913, p. 13.

G. et M. reconnaissent une grande valeur à la réaction au chlorure d'or colloïdal de Lange dans le diagnostic des syphilis congénitales. Ils en indiquent la technique précise et rapportent la statistique importante des réactions qu'ils ont pratiquées. Cette réaction paraît être moins influencée par le traitement spécifique que celle de Wassermann. Fernet.

Les manifestations oculaires de la syphilis héréditaire, par E. Velter. *L'Hôpital,* mars 1914, n° 4.

Étude clinique des manifestations oculaires de l'hérédosyphilis. L'auteur insiste sur la conduite thérapeutique. Le traitement antisyphilitique doit être institué d'urgence. Les injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure, à la dose de 1 centigramme, semblent la méthode de choix. On peut associer, ou mieux faire alterner, les injections mercurielles et les injections intraveineuses de néosalvarsan à faibles doses progressivement croissantes : 0 gr. 15, 0 gr. 20, 0 gr. 30, 0 gr. 40, en solution concentrée suivant la technique de Ravaut, à intervalles de huit jours. Le traitement doit être prolongé au delà du moment de la guérison apparente, car les accidents oculaires de l'hérédosyphilis sont toujours tenaces et récidivent souvent. R.-J. Weissenbach.

Hérédo-syphilis et encéphalopathies infantiles, par Babonneix. *Annales des maladies vénériennes,* février 1914, n° 2, p. 81.

On observe au point de vue clinique soit des accidents moteurs épisodiques : convulsions, crises épileptiformes ; soit des troubles moteurs permanents : hémiplégie spasmodique, diplégie cérébrale, syndrome de Little. On peut encore attribuer à des lésions syphilitiques certains mouvements athétosiques ou choréïques et des troubles intellectuels. Au point de vue anatomique, on observe soit la méningo-encéphalite chronique, soit la sclérose tubéreuse, soit la porencéphalie, soit les malformations cérébrales, soit l'hydrocéphalie. Le tréponème a été trouvé dans le liquide céphalo-rachidien d'un hérédo-syphilitique, et dans la pie-mère. La réaction de Wassermann du sérum est positive chez les idiots dans 15 pour 100 des cas elle est habituellement négative dans le liquide céphalo-rachidien. Dans tous les cas où on a pu la rechercher avec le sérum des parents elle a donné un résultat positif.

La clinique, l'anatomie pathologique et les résultats des examens de laboratoires démontrent donc l'origine syphilitique d'un grand nombre d'encéphalopathies de l'enfance.

Le traitement spécifique bien conduit est capable des plus heureux effets sur ces différentes manifestations. R.-J. Weissenbach.

Mortalité de la syphilis héréditaire (Mortality of hereditary syphilis), par Abner Post. *The Boston Medical and Surgical Journal,* 22 janvier 1914, p. 113.

Post publie une statistique de mortalité dans 30 familles de syphilitiques. Sur 168 grossesses il y a eu 53 fausses couches et mort-nés et 44 morts précoces soit 57 pour 100 de morts immédiates. Sur les 71 enfants vivants, 39 seulement ont atteint l'âge adulte — les autres sont morts à la suite de maladies intercurrentes auxquelles leurs organismes n'opposaient aucune résistance. S. Fernet.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

LUCIEN JACQUET

1860-1914.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Vers la fin de juin 1914, les nombreux amis de L. Jacquet furent douloureusement surpris par de sourdes rumeurs qui circulaient au sujet de la santé du sympathique médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Bientôt elles se précisèrent : on annonça qu'il était entré dans une maison de santé et qu'on venait de l'opérer.

J'appris au même instant sa maladie et son opération. Je fus immédiatement prendre de ses nouvelles : elles étaient mauvaises, et je revins chez moi navré, n'ayant pas voulu insister pour le voir. Deux jours plus tard je fus admis à lui serrer la main, et je le trouvai plutôt gai, confiant, discutant déjà son cas et se félicitant de ses chirurgiens et des soins qu'on lui donnait. Cette sérénité ne fit que s'accroître pendant tout son séjour à la maison de santé. Je l'y vis plusieurs fois, et rien dans son aspect, ses allures, sa conversation, ses raisonnements ne pouvait faire soupçonner la gravité de son état.

Chaque fois je sortais de sa chambre me demandant sérieusement si l'on m'avait dit la vérité sur son cas.

Hélas ! les quelques confidences voilées et discrètes que l'on m'avait faites n'étaient que trop fondées.

Fin juillet arriva l'affreuse tourmente de la guerre. Je perdis de vue mon ami. Puis je n'osai plus lui écrire. Et tout d'un coup, brusquement, apportée par un journal, la nouvelle de sa fin me parvint.

C'était mon plus ancien élève et l'un de mes meilleurs amis qui disparaissait, prématurément, dans toute la force de l'âge et de son génie producteur ! Par une ironie cruelle du sort, c'était lui qui, selon les lois de la nature, aurait dû écrire dans ce journal mon article nécrologique, et c'est à moi qu'est dévolue la triste tâche de dire ici ce que fut notre cher codirecteur !

Lucien Jacquet naquit le 29 octobre 1860 à Sauviat dans la Haute-Vienne. Il fit ses premières études à l'école Saint-Martial, à Limoges. Il commença sa médecine à l'école de cette ville : il y fut interne des hôpitaux et lauréat de son année. Sous la direction de J. Lemaistre, de Mazard, de Maudon et de Chénieux, il y prit goût à la clinique.

Puis il vint à Paris et le 24 décembre 1883 il fut nommé interne des hôpitaux. Ses maîtres furent assez nombreux : citons parmi eux Richet, Le Dentu, Humbert, Schwartz, Quinquaud, mais surtout Sevestre, E. Besnier et Debove. Ce furent ces deux derniers qui, avec leur puissante personnalité, exercèrent sur lui la plus forte attraction.

Pendant qu'il était interne d'E. Besnier à l'hôpital Saint-Louis, j'eus la bonne fortune d'être son chef de service intérimaire. Je fus tout de suite séduit par sa distinction, son esprit critique, sa manière originale d'envisager les faits cliniques ; je nouai avec lui des liens d'une très solide amitié qui persista sans aucun nuage jusqu'à sa mort. Et comme, au point de vue scientifique, rien ne nous séparait, il en résulta tout naturellement plus tard une collaboration qui se traduisit d'abord en 1891 par un *mémoire sur le lichen simplex chronique* auquel nous donnâmes le nom de *Névrodermite chronique circonscrite*, puis par notre *Précis élémentaire de Dermatologie* en 5 petits volumes, enfin par la *Pratique dermatologique*.

Il m'est impossible de dire quel est celui qui eut le premier l'idée de ce gigantesque travail, si c'est E. Besnier ou L. Jacquet. Ce que je puis affirmer, c'est que cette idée ne germa pas dans mon cerveau. Quand Jacquet vint m'en parler et qu'il me demanda d'être le troisième directeur de cette œuvre sans précédent en dermatologie, je répondis tout d'abord par un refus catégorique, et ce ne fut que devant l'insistance patiente et persévérante de mon ami que je finis par accepter. Ce fut lui d'ailleurs qui assuma toute la besogne matérielle de la publication, tandis qu'E. Besnier la dirigeait au point de vue scientifique. Je me contentai d'être leur premier et, je crois pouvoir ajouter, leur plus assidu collaborateur. C'est donc à eux que revient tout l'honneur de ce monument élevé à la dermatologie par la science française.

Mais ce n'étaient là pour L. Jacquet que des hors-d'œuvre surtout destinés à le faire connaître du grand public médical. L'originalité de son esprit l'éloignait des ouvrages didactiques et des compilations : aussi n'en a-t-il jamais signé qu'en collaboration avec ses maîtres, ses élèves ou ses amis.

Il n'a pas non plus cherché à donner des descriptions minutieuses des maladies et à en distinguer des variétés nouvelles. Mais il s'est attaché à l'étude de plusieurs grandes questions : il a poursuivi la solution de problèmes passionnants d'étiologie et de pathogénie, et il l'a fait avec une telle pénétration d'observation, une telle puissance de dialectique qu'on peut dire sans crainte d'être taxé d'exagération qu'il a renouvelé la face des sujets qu'il a abordés.

Son premier travail de réelle importance fut celui qu'il fit paraître d'abord en collaboration avec Sevestre sous le nom de *Erythèmes papuleux fessiers post-érosifs* (1886), puis, seul, sous celui de *Syphiloïdes post-érosives* (1888). Parrot avait considéré ces éruptions comme des manifestations de la syphilis : il démontra que c'était une erreur, et il établit d'une manière irréfutable que la syphilis ne joue aucun rôle dans leur production.

C'était déjà de la dermatologie et de la syphiligraphie, mais ce fut surtout à partir de son internat chez E. Besnier que l'étude des affections cutanées devint son sujet de prédilection. Dès lors en s'appuyant sur des faits d'observation et sur des expériences cliniques solidement établis, il songea incessamment à la pathogénie des dermatoses et, guidé par des idées directrices, il aborda toute une série de travaux.

Ce n'est pas au hasard des malades rencontrés dans les salles d'hôpital qu'il publie : certes dans son œuvre si considérable on relève bien des observations intéressantes qu'il a trouvées sur sa route, mais on peut dire que ce ne sont là que des exceptions. Son cerveau était trop fortement organisé pour consentir à battre ainsi les buissons : ses travaux sont pour la grande majorité le résultat de recherches méthodiquement pensées et poursuivies avec une inlassable ténacité.

Si l'on veut bien comprendre son œuvre scientifique et sa véritable portée, il faut se pénétrer de ce qu'il a écrit dans un de ses plus beaux mémoires sur la pelade :

« ..... Beaucoup pensent que l'observation du malade a livré son secret et que la clinique est morte : Erreur grossière ! Notre effort a creusé la plus superficielle couche du sol clinique, et, déjà, nous le laisserions en friche !

« Cette jachère, certes, est momentanée : nous touchons à la fin de la crise de pan-microbisme qui fut la rançon du génie de Pasteur, et qui, en dépit de tant d'efforts brillants ou simplement honorables, aura été, en dermatologie, peu féconde : chacun bientôt sentira qu'il est vain de chercher des causes distinctes, spéciales ou spécifiques, et

matériellement isolables, à des troubles, à des lésions dont le plus grand nombre résulte de la viciation lointaine, progressive, et complexe infiniment, du jeu organique. L'on rendra sa place, *la première,* et pour la difficulté et pour la valeur, à l'étude attentive, minutieuse, et sans gloire, de l'homme *malade,* et aussi, comme je le demande et comme je tâche de le faire, de l'homme *sain* ou dans l'illusion de la santé.

« Pour moi, j'ai toujours eu le sentiment profond que le progrès en notre science viendra seulement de la juxtaposition des données de la biologie générale à celles de la clinique, et de leur pénétration réciproque..... » (*Annales de Dermatologie,* 1902, p. 98).

C'est un acte de foi et un programme, et ce programme magnifique Jacquet s'est efforcé pendant toute sa vie scientifique de le réaliser.

Dès 1888, il aborde l'étude du difficile problème des prurits et de la pathogénie des éruptions prurigineuses, et il fait paraître une note lumineuse sur le *mode de production des élevures de l'urticaire.* Ses expériences le conduisent peu à peu à reprendre les idées de Cazenave et de Canuet sur le prurigo, et à formuler sa *Pathogénie de quelques dermites artificielles* (1890). « La vraie maladie est la névrose vasomotrice et la manifestation cutanée n'est que secondaire..... *Le prurit est devenu prééruptif.* »

Viennent ensuite, toujours dans le même ordre d'idées, les mémoires suivants : *Sur la pathogénie de la lésion cutanée dans quelques dermatoses vaso-motrices* (1890); *Prurit et urtication* (1890); toute sa série de mémoires sur *Le lichen plan et sur son traitement par l'hydrothérapie* (1891-1892); enfin ses superbes monographies de la Pratique dermatologique : *Prurigo, Prurit,* et *Troubles de la Sensibilité.* En lisant ces articles on peut entrevoir la pensée de l'auteur dans son germe en 1888, suivre son développement de 1890 à 1896, et en apprécier le complet épanouissement en 1904.

Une deuxième série fort importante de ses travaux est celle de la Pelade : elle a été peut-être la plus retentissante. Il commença à s'occuper de cette question le 3 juin 1897 à la séance de la Société de dermatologie où l'on discuta les résultats des célèbres recherches de M. le Dr Sabouraud sur cette maladie. Ces résultats, L. Jacquet ne pouvait les admettre dans leur absolutisme : son orientation médicale s'y refusait, et dès lors il entreprit sur cette affection des recherches cliniques et physiologiques qu'il poursuivit pendant plusieurs années avec une sorte d'acharnement.

Le 8 décembre 1898 il fait à la Société de dermatologie sa première communication sur ce sujet : il s'agit du *traitement de la pelade par l'irritation simple aseptique.* C'était une prise de position dans la question. Dès lors communications aux diverses sociétés et mémoires se succèdent presque sans interruption jusqu'en 1904 : nous en avons relevé 19 et sûrement nous en avons oublié. Citons parmi les

plus importants : *Nature et traitement de la Pelade* (1900); *Rapports de la pelade avec les lésions dentaires* (1900); *Troubles du chimisme sanguin et urinaire dans la pelade* (1901); *Sur la nature et le traitement de la pelade; La pelade d'origine dentaire* (1902); *Les sommations peladogènes* (1902) : c'est dans ce dernier travail que se trouve le passage suivant qui résume admirablement les idées de Jacquet sur la pelade : « J'ai montré en une série d'études publiées depuis deux ans que la pelade n'est pas une dermatose spécifique, mais une lésion *banale*, favorisée par une viciation complète des tissus et des humeurs, déterminée et *fixée* par des irritations locales diverses dont l'éruption et les lésions dentaires constituent les plus communes. Mais si je pense que l'irritation peladogène est *banale*, je ne crois pas qu'elle soit *simple*; je pense au contraire que le plus souvent une série de causes, agissant dans le même sens s'associent, s'additionnent pour constituer une somme ou *Sommation peladogène*, la dépilation n'étant ainsi qu'une *résultante*. Cette sommation elle-même peut se faire suivant des modalités différentes, une ou plusieurs conditions d'ordre général s'associant à une ou plusieurs conditions d'ordre *local*. On conçoit à quel point ces combinaisons pathogènes peuvent être variées..... La pelade est une dermatose où se trouve réalisée *l'unité* du mécanisme pathogénique de la mort du poil, sous *la diversité et la multiplicité* étiologiques. »

Enfin le 22 juillet 1904, il fait connaître le résultat de ses nombreuses tentatives d'inoculation de la pelade dans son travail intitulé *Échec de l'inoculation peladique sur terrain optimum*.

Mais que l'énumération de ces recherches paraît froide quand on a assisté comme moi à ces communications si vivantes, où avec sa parole précise, d'une parfaite netteté, notre ami exposait ses idées, réfutait les objections, tenait tête à ses contradicteurs !

Jamais je n'oublierai ses discussions étincelantes de verve, d'esprit, de bon sens et de logique sur la contagion de la pelade. Qu'on lise pour se faire une idée de cet incomparable feu d'artifice son rapport sur une petite épidémie de pelade (Société de dermatologie, 3 nov. 1904).

Certes la question de la pelade n'est pas encore résolue, mais quel que soit le sens dans lequel elle le sera, on devra toujours tenir compte de l'énorme masse de documents humains présentés par Jacquet, étudiés et fouillés par lui avec la plus pénétrante sagacité. Ces beaux travaux suffiraient à eux seuls à illustrer sa mémoire.

Non moins importante est la troisième grande série de ses recherches : elle porte en effet sur l'étiologie et la pathogénie générales des dermatoses et sur leur traitement logique. On en trouve le premier germe dans une communication à la Société de biologie du 30 janvier 1897 : *Sur le mécanisme de l'hypérémie cutanée, pseudo-érysipèle vaso-moteur*. Peu à peu ses idées se précisent. Le 4 mai 1905, il

lit à la Société de dermatologie un travail *sur l'importance des soins accessoires dans la cure du lupus*. Le 14 avril 1905 dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux sur un *syndrôme cutané d'origine gastro-intestinale guéri par l'hygiène alimentaire* il déclare qu'il existe toute une catégorie de troubles réflexes imputables à l'excitation directe de la muqueuse gastro-intestinale. En 1908 il fait paraître en collaboration avec le Dr Debat son travail sur *la surdistension et le surtravail gastrique* et en 1909 son mémoire sur *l'influence expérimentale comparée de la tachyphagie et de la bradyphagie*. En 1911 il publie dans les *Annales de dermatologie* en collaboration avec Jourdanet son Étude étiologique, pathogénique et thérapeutique des dermites professionnelles des mains où il montre l'importance considérable que jouent les troubles digestifs dans le développement de ces accidents.

D'autre part en 1907 il expose à l'Académie de médecine son traitement simple de certaines dermatoses et déformations de la face par le massage plastique ; en 1911 il formule son massage plastique à double action dans le traitement des dermatoses ; en 1912 et en 1913 il précise son traitement de l'Erythrose faciale par le massage plastique, le brossage, la gymnastique faciale.

Dès lors les grandes bases de sa thérapeutique des affections cutanées sont établies : l'hygiène alimentaire et gastrique d'une part, le massage et la gymnastique musculaire, autrement dit sa méthode biokinétique d'autre part.

Ici encore on pourra juger diversement son œuvre ; il est impossible de ne pas en voir la logique et de méconnaître les effets salutaires de ses méthodes hygiéniques que certes il n'a pas inventées de toutes pièces, mais qu'il a eu le grand mérite d'étudier scientifiquement, de préciser, de perfectionner et de vulgariser.

A côté de ces trois grandes séries de travaux ses autres publications dermatologiques perdent de leur importance. Certaines d'entre elles sont cependant du plus haut intérêt. Citons ses recherches sur le *vernix caseosa*, sur les *Hidradénomes éruptifs* en collaboration avec M. le Dr Darier, sur le *Bromisme cutané*, sur les *Ulcérations trophiques*, sur le *Rhinosclérome*, sur la *Sclérodermie*, sur la *Morphée tubéreuse*, sur l'*Acanthosis nigricans*, sur le traitement du *psoriasis*, *de l'eczéma et des névrodermites chroniques par les scarifications*, sur l'*Urticaire pigmentée*, sur le *Pemphigus végétant*, sur la *Pathogénie du lupus érythémateux*, sur la *Pathogénie de l'herpès vulgaire*, sur le *granulome hypertrophique bénin*, etc., etc.....

Jacquet était considéré par le public médical comme un dermatologiste, et ce qui précède montre que cette réputation était largement méritée. Mais la nature et l'ampleur des travaux que nous venons d'énumérer prouve jusqu'à l'évidence qu'il était un médecin complet

dans toute la belle acception de ce terme. Aussi son activité s'est-elle aussi exercée sur la vénéréologie, la médecine générale, la physiologie, et l'hygiène.

En vénéréologie, la gonococcie et la syphilis lui doivent d'intéressantes recherches. Ce fut lui qui le premier rattacha à la blennorrhagie les accidents cutanés bizarres, sorte de dermite hyperkératosante, qu'E. Vidal a le premier décrits : citons en outre ses mémoires cliniques et bactériologiques sur le rhumatisme blennorrhagique (1897), sur la talalgie blennorrhagique (1897) dont il retrouva plus tard les lésions osseuses sur des statues antiques pendant son voyage en Italie, sur les hyperesthésies névro-musculaires de la blennorrhagie (1898), etc.....

Orienté par sa thèse inaugurale vers la syphilis, il a publié de nombreux mémoires sur la syphilis héréditaire et acquise : il est inutile de les énumérer ici. Dès que Schaudinn et Hoffmann eurent fait connaître le tréponème, il l'étudia avec soin et le rechercha dans les accidents tertiaires (1905), dans les glandes surrénales (1906) : il en décrivit les formes atypiques et dégénératives (1907). En 1910 il fit paraître un travail sur l'action trophique du mercure et du salvarsan chez les syphilitiques, et en 1911 il formula d'une manière définitive son traitement des syphilis rebelles par sa méthode surintensive plurimercurielle. Rappelons qu'en 1909 il avait fait paraître en collaboration avec le Dr Ferrand un volume sur le *Traitement de la syphilis.*

Ses travaux de *pathologie générale* et de *physiologie* intéressent beaucoup moins que les précédents les lecteurs des *Annales.* Ils se relient pour la plupart aux grandes idées directrices qui le guidèrent dans ses recherches et que nous avons exposées plus haut.

Il a étudié avec prédilection les *troubles nerveux et réflexes qui accompagnent le zona* (1898-1904) : citons aussi ses mémoires sur l'*action de la pilocarpine sur les muscles lisses de la peau et l'excrétion sudorale* (1877), sur le *traitement de la pleurésie sèche par l'iodure de potassium* (1906), sur l'*étiologie, la pathogénie et la thérapeutique de la migraine,* en collaboration avec M. le Dr Jourdanet (1909), sur *l'hémihyperesthésie névro-musculaire avec hémiparésie et hémianesthésie sensitive sensorielle du même côté* (1897-1909), sur le *bégaiement complexe à spasme pharyngo-œsophagien* (1898), sur *la maladie d'Addison fruste et l'extériorisation de la mélanodermie latente* (1901), etc.....

La physionomie de L. Jacquet serait tout à fait incomplète si l'on s'en tenait à l'énumération précédente de ses travaux scientifiques. A côté du savant pénétrant et sagace il y avait l'orateur. Il parlait lentement, avec une incomparable netteté et une extrême précision, et il aimait prendre la parole. Il a donné sa mesure à la Société de biologie, à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, à la Société

médicale des hôpitaux, et surtout à la Société de l'Internat de Paris dont il fut l'un des fondateurs et le premier président.

Mais il n'était pas seulement un orateur de premier ordre, il était avant tout un apôtre. Certes ce terme paraîtra à beaucoup exagéré et inexact : certains pourront penser que c'est une critique. Je répète que Jacquet était un véritable apôtre dans toute la noble signification de ce terme. Quand il avait bien examiné une question, quand il croyait l'avoir pénétrée dans toutes ses parties, quand il s'était fait une opinion mûrement réfléchie à son sujet, il devenait un convaincu ; et il disait sa conviction avec toute son énergie, avec toute la puissance de sa dialectique et de son beau talent de parole.

Il a été l'apôtre du prurit prééruptif, de la pelade amicrobienne, de la bradyphagie, de la méthode biokinétique, etc... : il a été surtout celui de l'*antialcoolisme*.

Ce sera son éternel honneur d'avoir été l'un des membres les plus actifs et les plus ardents de cette ligue antialcoolique qui, nous en avons le ferme espoir, finira par sauver les populations françaises de la terrible déchéance morale et physique dont l'alcool les menace.

Son père était distillateur, et ce fut aux ressources apportées par ce commerce dans sa famille qu'il dut de pouvoir faire ses études ; mais, après mûr examen de la question, il vit nettement le rôle néfaste de l'alcool dans la société, et il sacrifia sans hésiter ses intérêts matériels et ceux de ses proches à ce qu'il croyait être son devoir. Son âme de patriote était épouvantée des ravages exercés par cet effroyable fléau, et il se jeta à corps perdu dans la lutte, négligeant tout pour mener le bon combat. Ai-je besoin de rappeler ses communications aux diverses sociétés savantes, ses brillantes conférences populaires ? Mais il me paraît indispensable d'insérer dans cet article destiné à consacrer sa mémoire la phrase célèbre du début de son beau rapport sur l'alcoolisme dans les hôpitaux parisiens, rapport qu'il avait intitulé, pour frapper les esprits, d'une manière dramatique : « Alcool, Maladie, Mort ! — *La lutte contre l'alcoolisme est le premier devoir social de ce temps.* »

Ce devoir il l'a rempli avec toute l'énergie dont il était capable : il n'a cessé de réclamer des mesures prohibitives contre les bouilleurs de cru, l'interdiction de la fabrication et de la vente de l'absinthe. Il a été l'un des plus ardents à protester le 16 février 1912 contre le vote « *ignominieux* » de la Chambre des députés renvoyant à la Commission le projet de loi relatif à la limitation du nombre des débits de boissons adopté par le Sénat.

Si nous commençons à entrevoir à l'heure actuelle la possibilité d'arriver un jour à enrayer dans notre pays « *l'alcoolisme, ses ravages, ses scandales et ses hontes* », c'est à l'initiative et aux efforts de bons et courageux citoyens comme L. Jacquet que nous le devrons.

Et maintenant toute cette généreuse ardeur vers le bien et la vérité, ce verbe admirable, tout cela n'est plus ! On me dit que sa mort fut belle, le contraire m'eût étonné, car c'était une âme d'élite. Il s'est éteint pieusement, gardant son entière lucidité, s'occupant de son entourage, de sa famille et de ses amis. Il envisagea sa fin sans faiblesse, avec une résignation et un courage d'autant plus admirables qu'il ne quittait pas la vie sans regrets.

Cette œuvre scientifique considérable que nous venons de rappeler, il ne la trouvait pas suffisante : il avait des ambitions encore plus hautes. Son cerveau avait conçu d'autres travaux, et il paraît que ce fut pour lui une poignante douleur de ne pouvoir les parachever, et « *de partir au moment où il aurait pu rendre le plus de services à son pays et à la science.* »

Ceux qui n'ont pas pénétré dans l'intimité de L. Jacquet ne peuvent comprendre la profonde estime et l'entière sympathie qu'éprouvaient pour lui tous ceux qui l'ont approché. Dès qu'on le connaissait on se sentait attiré par cet esprit cultivé, délicat et charmant. Passionné d'art, de musique, de littérature, exquis causeur, il avait en outre le rare mérite d'être d'un absolu désintéressement. Il aurait seulement voulu ne pas avoir le souci du lendemain pour pouvoir se livrer en toute liberté à ses recherches scientifiques et vivre une vie intellectuelle raffinée.

Par malheur la dure nécessité était là qui l'obligeait à faire de la clientèle, à en subir les exigences et les ennuis pour vivre, et sa santé très chancelante paralysait sans cesse ses efforts. Jamais on ne saura ce qu'un caractère comme le sien a dû souffrir de ces soucis matériels de l'existence.

Grâce à sa persévérance, à son énergie, l'avenir s'était fait moins sombre pour lui depuis quelque temps. Il voyait son influence grandir, des élèves dévoués commençaient à vulgariser ses idées. Son rêve scientifique allait enfin se réaliser, et ce fut alors que le destin vint le frapper !

Pour nous, ses amis, c'est une perte cruelle et c'est un peu de notre cœur qu'il emporte avec lui : mais en analysant son œuvre nous avons la joie mélancolique de nous dire que son nom ne sombrera pas dans l'oubli.

Les *Annales de Dermatologie* ont eu le grand honneur de publier ses plus importants mémoires et de le compter parmi ses directeurs. Au nom de notre comité nous nous inclinons devant le désespoir de cette famille désolée, et nous adressons à notre brillant et sympathique collaborateur l'expression émue et sincère de notre admiration et de notre profonde douleur.

L. Brocq.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU KRAUROSIS VULVÆ

Par **L. Brocq.**

Préambule.

C'est en 1885 que Breisky a décrit pour le première fois une affection des organes génitaux de la femme à laquelle il donna le nom de *kraurosis vulvæ* (1). Ce nouveau type morbide était essentiellement caractérisé au point de vue objectif par une rétraction atrophique de toute la vulve, et en particulier des petites lèvres qui n'existent plus qu'à l'état rudimentaire, du frein et du capuchon clitoridien, du vestibule, de la surface interne des grandes lèvres, de la commissure postérieure : l'orifice vaginal est rétréci et inextensible. Malheureusement, comme l'a fort bien relevé Jayle dans son mémoire capital sur cette affection Breisky (2) « observant une certaine variété de kaurosis » a élevé au rang de caractère fondamental de cette affection des symptômes qui n'existent que dans quelques cas, et a indiqué, à tort selon Jayle et selon nous, comme étant caractéristiques du kraurosis l'existence de plaques de leucoplasie vulvaire.

En réalité Breisky a décrit sous le nom de kraurosis vulvæ un état particulier d'atrophie des parties génitales de la femme coïncidant avec de la leucoplasie vulvaire.

Sa description était juste cliniquement puisque cette forme morbide existe. Mais l'auteur allemand n'a pas vu que ce n'était pas une forme morbide simple, que c'était au contraire une forme morbide mixte constituée par la superposition de deux processus qui peuvent évoluer séparément ou se superposer selon les sujets.

Il y avait là bien évidemment une source d'erreurs, et nombre d'auteurs les ont commises.

En effet la plupart de ceux qui ont étudié après Breisky le kraurosis vulvæ ont confondu le processus atrophique vulvaire et la leucoplasie vulvaire, et n'ont vu dans ces deux processus qu'une seule et même affection. Il est inutile de donner à cet égard une bibliographie oiseuse :

(1) J. Jayle, Le kraurosis vulvæ : Livre d'or du Prof. Pozzi, 8 juillet 1906, et *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale,* août 1906, p. 633.

(2) Breisky, Ueber Kraurosis vulvæ, etc. *Zeitschrift f. Heilkunde,* 1885, p. 29.

on n'a qu'à se reporter à la thèse d'Arnoux (1), au mémoire de Perrin (2), etc.

Cette idée était tellement ancrée dans l'esprit des dermatologistes qu'au Congrès français de médecine de 1904 MM. Gaucher et Louste ont pu déclarer que pour eux le kraurosis vulvæ est une affection d'origine syphilitique, car 1° on a noté dans ces cas la coexistence de la syphilis, 2° on trouve toujours de la leucoplasie vulvaire, 3° il s'agit de lésions dermo-épithéliales portant d'abord sur le derme qui se sclérose, puis sur l'épiderme qui subit un processus d'hyperkératinisation, etc., 4° comme la leucoplasie le kraurosis vulvæ peut dégénérer en épithéliome, 5° le traitement mercuriel en a arrêté l'évolution chez un malade.

La confusion que nous relevons ici est allée même assez loin pour que certains auteurs aient parlé d'un *kraurosis du pénis* chez des sujets atteints de leucoplasie du gland avec des processus atrophiques du derme qui s'observent si fréquemment dans le cours de la leucoplasie (3).

Avec le travail fondamental de Jayle la question du kraurosis est entrée dans une nouvelle phase. Je n'hésite pas à dire que cet auteur a traité ce difficile sujet avec un sens critique et clinique absolument merveilleux. Il a nettement indiqué qu'il fallait décrire à part : 1° le processus atrophique vulvaire ; 2° le processus leucoplasique ; que ces deux processus pouvaient coexister souvent, mais qu'il était possible de les voir évoluer isolément. Il a posé en fait que le kraurosis vulvæ n'est pas une entité morbide, mais un syndrome clinique pouvant relever de causes diverses.

Pour fixer les idées, résumons en quelques mots la conception générale de ces états d'après le Dr Jayle. Il décrit :

1° *Un kraurosis leucoplasique ou kraurosis blanc* (kraurosis de Breisky) qui n'est autre que la eombinaison du processus atrophique vulvaire et de la leucoplasie : cette forme peut être *simple*, s'accompagner de prurit, de cuisson, surtout après les mictions, d'une sorte de tension douloureuse ; — elle peut se développer chez les syphilitiques (kraurosis leucoplasique syphilitique), et l'on sait que pour certains auteurs parmi lesquels il convient de citer au premier rang les Prs Landouzy et E. Gaucher, toute leucoplasie est d'origine syphilitique.

(1) Arnoux, Contribution à l'étude du kraurosis vulvæ. Paris, juillet 1899.

(2) L. Perrin, Contribution à l'étude de la leucoplasie vulvo-anale. Ses rapports avec le kraurosis vulvæ ; son traitement. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1901, p. 21.

(3) Voir à ce propos le mémoire de C. Bohac, Sur la leucoplasie et le kraurosis des muqueuses et de la peau. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1911, t. 105, p. 179, et celui de Pellier. A propos d'un cas de leucoplasie pénienne (kraurosis). *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1912, p. 349.

2° *Un kraurosis inflammatoire ou kraurosis rouge*, dans lequel l'aspect de la vulve est celui d'une muqueuse enflammée « soit qu'il y ait développement anormal de petits vaisseaux dont la couleur rouge tranche sur le fond pâle de la muqueuse, soit par congestion intense et même suppuration des follicules glandulaires », d'où deux sous-variétés :

a) *Kraurosis inflammatoire vasculaire* ou kraurosis de Lawson-Tait, d'après le nom de l'auteur qui l'aurait le premier décrit en 1877 (1);

b) *Kraurosis inflammatoire folliculaire* dans lequel on constate « une inflammation des follicules glandulaires qui occupent le vestibule de l'urètre ou l'entrée du vagin. Dans ces cas outre les symptômes du kraurosis on constate des points rouges dus à l'inflammation des follicules, et situés sur la ligne médiane entre le clitoris et le méat, de chaque côté du méat dans une dépression que l'on observe chez la plupart des femmes et au niveau de l'orifice du canal de Bartholin ».

3° *Un kraurosis sénile ou présénile* qui se développe assez fréquemment chez la femme après la ménopause, et parfois, quoique rarement, entre 30 et 40 ans.

4° *Un kraurosis post-opératoire* qui s'observe assez souvent après l'ablation des ovaires.

Il est inutile, je pense, de faire remarquer que dans les deux dernières variétés décrites par Jayle il s'agit de simples processus atrophiques sans coexistence d'autres processus pathologiques. Aussi l'auteur fait-il observer que, tandis que l'épithéliome est relativement fréquent comme aboutissant ultime du kraurosis leucoplasique, il s'observe au contraire fort rarement dans le kraurosis sénile ou présénile et pour ainsi dire jamais dans le kraurosis postopératoire.

Nous devons aussi faire remarquer qu'on ne saurait accepter comme étant une affection de nature vraiment inflammatoire ce que les auteurs ont décrit sous le nom de kraurosis inflammatoire vasculaire, il n'y a là qu'un processus télangiectasique et nullement inflammatoire au sens clinique du mot.

Pour ceux qui se donnent la peine de lire avec quelque soin les travaux scientifiques, le mémoire de Jayle est parfaitement clair et décisif; cependant il ne frappait peut-être pas encore assez l'esprit du public en ce sens que l'auteur n'y met pas suffisamment au premier plan, en vedette, le processus pur et simple d'atrophie vulvaire qu'il a cependant nettement dégagé.

C'est ce qu'a fait en 1908 notre excellent ami M. le Dr Thibierge dans son bel article sur le kraurosis vulvæ qu'il a fait paraître dans les *Annales*

(1) A cette époque le travail de Breisky n'avait pas paru et on ne connaissait pas le mot de kraurosis. Lawson-Tait a décrit ces lésions sous le nom de *dégénérescence vasculaire de la vulve avec atrophie de la muqueuse.*

de Dermatologie et de Syphiligraphie (1). L'auteur y a uniquement étudié et minutieusement décrit ce que je proposerais d'appeler le *kraurosis pur* ou *kraurosis simple* (Marion), c'est-à-dire un état accentué d'atrophie de la vulve, avec rétraction et presque disparition des petites lèvres, diminution de volume des grandes lèvres et du capuchon clitoridien, rétraction et état fibreux du vestibule et de la fourchette, atrésie de l'orifice vaginal qui est dur et inextensible, aspect lisse brillant et comme vernissé du tégument vulvaire, dont la couleur est d'un jaune clair rappelant la teinte de la surface d'un foie gras ; parfois la vulve est parsemée de fines arborisations vasculaires, parfois de petites taches pigmentées. Si quelques malades du Dr Thibierge ont présenté du prurit vulvaire, ce prurit ne lui a paru être qu'un épiphénomène : de simples soins locaux ont suffi pour le faire disparaître sans que la physionomie de la vulve ait été le moindrement modifiée.

M. le Dr Thibierge, en examinant systématiquement un grand nombre de malades, a pu observer tous les stades possibles entre l'état normal et le kraurosis pur constitué. Avant la constitution complète du kraurosis, existe une « période plus ou moins longue dans laquelle l'atrophie et l'état lisse de la muqueuse vulvaire existent seuls et sans coarctation appréciable de l'orifice (stade prékraurosique ou préstrictural). » Il établit de la manière la plus irréfutable que ce kraurosis pur est simplement une manifestation de l'involution des organes génitaux, un stade et un cas particulier de la sénilité des téguments. Avec le kraurosis vulvæ coexistent souvent des lésions analogues de la muqueuse vaginale, du col utérin, parfois même de la muqueuse du voile du palais et de la voûte palatine. Comme Jayle il croit que le kraurosis vulvæ pur est surtout lié à la suppression des fonctions menstruelles.

Je ne saurais trop dire à quel point je m'associe aux constatations cliniques et aux conclusions de M. le Dr Thibierge. J'ai assez souvent observé chez des femmes non menstruées le kraurosis pur tel que MM. les Drs Jayle et Thibierge l'ont décrit. Ce point là nous paraît à l'heure actuelle hors de doute. Il existe bien un *kraurosis vulvæ pur* uniquement caractérisé par les lésions atrophiques, les rétractions et les colorations que nous venons de mentionner et indépendant de tout autre processus morbide.

Nous sommes heureux de voir que ces idées ont été soutenues par M. le Dr Marion (2) dans un travail récent. Il y adopte nettement la division suivante des kraurosis : A. *Kraurosis simple* caractérisé par l'atrophie et la rétraction de toutes les parties de la vulve avec sténose de l'orifice vaginal : la région est sèche et pâle ; il n'y a pas de leuco-

(1) Georges Thibierge, Étude sur le kraurosis vulvæ. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1908, p. 1.

(2) M. Marion, A propos d'un cas de kraurosis vulvæ. *Bulletin médical*, 6 avril 1911, p. 275.

plasie : il diffère de l'atrophie sénile pure par ce fait que les petites lèvres disparaissent et que les glandes de la région n'existent plus. — B. *Kraurosis simple* dans lequel il y a à la fois kraurosis simple et leucoplasie. — C. *Kraurosis rouge folliculaire ou vasculaire,* ce dernier décrit en 1875 par Lawson-Tait sous le nom de dégénérescence vasculaire de la vulve avec atrophie de la muqueuse. — D. *Kraurosis compliqué de cancer.*

Que devons-nous conclure de l'exposé qui précède ?

Ceci tout d'abord : qu'il existe un état particulier d'atrophie spéciale de la vulve qui se produit surtout chez les femmes qui n'ont plus leurs règles et auquel certains auteurs, Jayle, Thibierge, Marion, veulent attribuer le nom de *kraurosis vulvæ simple.*

Ces faits sont réels ; ils sont même relativement fréquents. Nous les avons assez souvent observés.

Le tout est de savoir si on peut en bonne et saine nomenclature leur assigner le nom de *kraurosis.*

Breisky a désigné ainsi une affection de la vulve dans laquelle il y avait à la fois atrophie et leucoplasie. Peut-on détourner ce terme de son sens primitif, dénommer kraurosis pur ou simple le seul processus atrophique vulvaire, et kraurosis blanc ou leucoplasique le type décrit par Breisky ? Au fond ce premier point se réduit à une querelle de mots.

Une autre question plus grave se pose. Est-il bien sûr que le processus atrophique simple mis en vedette par Jayle et Thibierge soit bien de même nature que le processus atrophique qui accompagne la leucoplasie dans le type de Breisky ? Tout en le pensant, nous déclarons que nous n'en sommes pas absolument sûrs.

Il n'en est pas moins vrai que, jusqu'à preuve du contraire, il nous semble qu'on peut être autorisé dans l'état actuel de la science à considérer que dans l'immense majorité des cas quand la leucoplasie vulvaire se développe sur fonds d'atrophie vulvaire, elle le fait sur une atrophie du type que Jayle, Thibierge et Marion ont décrite sous le nom de kraurosis simple.

Ce kraurosis simple se compliquerait parfois de télangiectasies (kraurosis vasculaire), d'inflammation des follicules glandulaires (kraurosis rouge inflammatoire folliculaire).

Il pourrait surtout se compliquer de leucoplasie vulvaire, et ce sont ces cas qui ont été le plus étudiés ; ce sont de beaucoup les plus importants : ils aboutissent en effet parfois à l'épithéliome.

Mais il peut aussi se compliquer d'autres états morbides soit transitoires, soit permanents, et c'est pour attirer plus spécialement l'attention sur ces faits assez négligés jusqu'à ce jour que nous nous sommes décidés à écrire cet article.

I

Kraurosis et prurit.

Dans un assez grand nombre de cas de kraurosis qui ont été publiés, on trouve notée l'existence du prurit.

M. le Dr Thibierge le signale comme un épiphénomène possible, mais sans importance dans le kraurosis simple. Il peut être beaucoup plus intense, beaucoup plus tenace dans les kraurosis compliqués de lencoplasie.

Or ici il convient de faire une distinction capitale. Elle a déjà été esquissée par M. le Dr Thibierge dans son article : « Certaines lichénifications de la vulve peuvent déterminer, par suite de la tuméfaction des petites lèvres, une atrésie de l'orifice vulvaire qui en impose à première vue pour le kraurosis, et j'ai vu porter par un gynécologue le diagnostic de kraurosis chez une jeune fille qui n'avait autre chose qu'une lichénification de la vulve provoquée par le diabète. La tuméfaction et l'infiltration des replis vulvaires, la présence au voisinage immédiat des grandes lèvres des plaques lichénifiées, le prurit intense qui accompagne l'affection permettent d'éviter la confusion » (Thibierge, *loc. cit.*).

La remarque précédente de M. le Dr Thibierge est parfaitement juste : mais les faits ne sont pas toujours aussi faciles et aussi simples.

Nous avons vu le prurit vulvaire s'installer chez des femmes après la ménopause et coïncider avec un état notable et réel d'atrophie de la vulve. Sur cette vulve ainsi atrophiée et effroyablement prurigineuse, le grattage avait déterminé des lésions de lichénification reconnaissables à un examen minutieux par le quadrillage qui sillonnait les faces internes et externes des grandes lèvres, par un état pseudo-velvétique de leur partie muqueuse, des petites lèvres et du capuchon clitoridien. Mais toute la muqueuse avait au premier abord un aspect d'un blanc grisâtre dû à l'hyperacanthose et qu'un œil non exercé pouvait fort bien prendre pour de la leucoplasie véritable.

Cette erreur de diagnostic n'a-t-elle jamais été faite ? D'après la lecture de certaines observations je serais tenté de croire qu'elle a pu l'être.

D'autre part, n'est-il pas possible que des états leucoplasiques viennent se développer sur des muqueuses prurigineuses ainsi traumatisées ? Ces faits n'ont pas encore été, que je sache, décrits à la vulve ; mais ce qui se passe à la bouche chez les grands fumeurs, chez les ouvriers verriers, nous portent à croire par analogie qu'ils sont possibles.

Qu'on comprenne bien notre pensée : nous ne croyons pas que la leucoplasie vulvaire soit par elle-même prurigineuse. Nous avons vu de la leucoplasie vraie se développer à la vulve sans qu'il y ait eu de

prurit antérieur, sans que le prurit existe une fois la leucoplasie constituée : nous avons d'ailleurs vu la leucoplasie se développer à la vulve sans qu'il y ait kraurosis.

Mais nous pensons que des traumatismes incessants, et parmi eux les grattages consécutifs au prurit vulvaire, peuvent chez certains sujets être des causes provocatrices d'états leucoplasiques.

Donc, d'après ce que nous avons observé, nous croyons : 1° que le kraurosis vrai de la vulve peut exister sans qu'il y ait ni prurit, ni leucoplasie ; 2° que le kraurosis vrai peut se compliquer de prurit, et que, dans certains de ces cas, il peut alors se compliquer de lichénifications vulvaires qui parfois font croire à des observateurs peu dermatologistes qu'il existe de la leucoplasie ; 3° qu'il n'est pas impossible que le prurit vulvaire compliqué de lichénifications puisse faciliter dans une certaine mesure le développement du kraurosis vulvæ simple ; 4° et surtout celui de la leucoplasie.

De nouvelles recherches sont nécessaires pour préciser : 1° Dans quelles proportions le prurit est lié au kraurosis vulvæ ; 2° Sous quelles conditions le prurit vient s'adjoindre au kraurosis, s'il y a un rapport direct entre l'atrophie vulvaire et ce prurit ; si ces deux symptômes sont intimement reliés par des troubles trophiques, ou si le prurit dépend de modifications générales de l'organisme, et se localise au niveau du kraurosis point faible du sujet ; 3° Dans quelles proportions la leucoplasie du kraurosis quand elle existe dépend du prurit et des traumatismes qui en sont la conséquence ; 4° Dans quelles proportions on observe de la lichénification vulvaire chez les sujets atteints de kraurosis avec prurit.

II

Kraurosis vulvæ et lichen plan.

Les faits qui précèdent sont connus de quelques médecins ; ceux dont nous allons maintenant nous occuper sont presque entièrement nouveaux.

Nous en avons mentionné pour la première fois l'existence le 19 mars 1912 à la réunion des Samedis de l'hôpital Saint-Louis. M. le Dr Balzer en a parlé, après en avoir conféré avec nous, à la séance de juillet 1913 de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Il s'agit de la coexistence possible du lichen planus et du kraurosis vulvæ.

Notre attention avait été déjà attirée dans notre clientèle de ville sur des cas dans lesquels nous avions cru reconnaître cette coexistence, quand nous avons pu étudier dans notre service de l'hôpital Saint-Louis en mars 1912 une malade qui était manifestement atteinte d'un kraurosis typique de la vulve et qui présentait au niveau du périnée.

dans le pli interfessier, et au niveau de la vulve des lésions caractéristiques du lichen plan.

Mme X..., âgée de 59 ans, entre à l'hôpital, salle Rayer, en janvier 1912, pour du prurit vulvaire, qu'elle a depuis l'âge de 48 ans. En l'examinant nous constatons que la vulve a subi un processus accentué d'atrophie. Les petites lèvres sont réduites à deux petits replis indurés, à peine apparents ; les grandes lèvres sont à peine saillantes ; le clitoris est bien visible ; le capuchon est dur, volumineux, comme œdématié. L'orifice vaginal est étroit, inextensible, il laisse à peine passer le bout du petit doigt ; la fourchette est lisse et rigide ; les poils du pubis sont très rares, clairsemés, blancs.

Mais ce qui frappe surtout c'est la coloration de toutes ces parties. Leur teinte est d'un jaune un peu bistre, ressemblant assez à celle du foie gras d'oie comme l'a fait remarquer M. le Dr Thibierge à propos du kraurosis simple, — mais en outre sur ce fond se voient çà et là de nombreuses arborisations blanchâtres présentant par places des sortes de renflements nodulaires ressemblant à de petites papules tout à fait analogues aux arborisations de la face interne des joues qui sont caractéristiques du lichen plan buccal.

Ces lésions s'étendent en arrière de la fourchette, occupent tout le périnée, le pourtour de l'anus, et remontent même un peu dans le fond du sillon interfessier. Seulement en ces régions la teinte jaunâtre des téguments est moins nette, et on y observe plutôt une teinte un peu rosée, blanchâtre, avec aspect nettement atrophique.

A la partie interne et supérieure des cuisses s'observent quelques éléments isolés, minuscules, identiques de forme et d'aspect à des papules de lichen plan ayant de la tendance à l'atrophie ; d'autres éléments ont formé par confluence des plaques irrégulières de contour, mais à bords nettement arrêtés : leur teinte générale est blanchâtre ; on y retrouve à un examen minutieux quelques stries d'un blanc plus mat ; le derme est atrophié à leur niveau. Bref ces lésions ont tout à fait les caractères du lichen plan atrophique.

Discutant le diagnostic de ce cas avec nos excellents collègues et amis, MM. les Drs Thibierge et Darier, nous n'avons pas cru pouvoir admettre pour cette malade ni le diagnostic de simple lichénification consécutive au prurit et aux grattages (1), car il n'y avait pas de lichénification véritable, car il y avait les stries blanches caractéristiques du lichen planus, ni le diagnostic de sclérodermie en plaques pour des motifs analogues.

Nous avons donc conclu à la coexistence d'un lichen plan à tendances atrophiques avec un kraurosis vulvæ et nous nous sommes demandés, à ce propos, s'il ne convenait pas de décrire une nouvelle variété de kraurosis intimement liée au développement du lichen plan sur les organes génitaux.

Or cette opinion ne nous paraît pas soutenable, *car ces lésions de lichen plan semblent avoir été passagères chez cette malade,* et il est

(1) Par une heureuse coïncidence nous avons pu présenter dans la même séance un cas de lichénification de la vulve simulant la leucoplasie et consécutive au prurit et aux grattages. L'aspect des deux affections était radicalement différent.

infiniment plus logique d'admettre une superposition d'un lichen plan à un kraurosis ordinaire, plutôt que de créer une variété nouvelle de kraurosis qu'en réalité rien ne légitime.

Dans le cas suivant nous avons pu assister très nettement à l'évolution et à la disparition de lésions analogues à celles que nous avions observées chez la malade précédente.

Le 30 janvier 1913 j'ai vu dans mon cabinet une femme de 59 ans, couturière, qui souffrait depuis 3 ans environ d'un prurit vulvaire.

Il y a environ un an elle avait consulté un médecin qui lui avait dit qu'elle « avait par en bas la maladie des fumeurs ».

Depuis une dizaine de jours souffrant de plus en plus de prurit, et étant forcée de se gratter presque continuellement elle était allée voir un autre médecin qui l'avait beaucoup améliorée en lui donnant un régime alimentaire fort sévère, analogue à celui de l'eczéma, et en lui prescrivant des lotions au bicarbonate de soude.

Malheureusement ce même docteur, il y a 3 jours, après un nouvel examen minutieux, lui dit qu'il pensait qu'elle avait un cancroïde vers le clitoris et qu'il était nécessaire de l'opérer.

Le chirurgien à qui il l'avait adressée pour pratiquer cette intervention, ne trouvant pas que les symptômes étaient suffisamment accentués pour agir d'emblée, me l'avait envoyée pour décider si oui ou non il fallait le faire.

Or voici ce que je constatai.

Tous les organes génitaux externes y compris l'anneau vulvaire sont un peu indurés et inextensibles : les petites lèvres sont atrophiées, le volume des grandes lèvres est fort réduit. Tous ces phénomènes de rétraction et d'atrophie ne semblent pas s'accompagner de sensations de douleur ou même de gêne. Il n'y a que du prurit.

Vers le clitoris il existe une production blanchâtre assez épaisse, dont l'aspect, la coloration, la consistance sont tout à fait analogues à ceux de la leucoplasie vraie. Mais on ne constate pas à ce niveau de bourgeonnement papillomateux ; il n'y a pas d'induration nette ; rien enfin ne permet de conclure à un début de transformation épithéliomateuse.

Toute la face interne des grandes lèvres, et les petites lèvres, sont d'un blanc grisâtre, à peine rosé, et sur ce fond se voient des stries d'un blanc plus mat formant des arborisations avec çà et là des sortes de nodules blanchâtres plus ou moins réguliers. Le tout est parfaitement identique comme aspect à celui du lichen plan de la face interne des joues.

Au niveau des grandes lèvres, à la hauteur du clitoris, tout autour de la plaque leucoplasique que nous avons mentionnée plus haut, se voient des télangiectasies simulant tout à fait celles qui se développent à la suite de l'application des rayons X. Or la malade n'a jamais été traitée par la radiothérapie.

Nous prescrivimes du repos, le séjour à la campagne, de la valériane associée à la jusquiame, la suppression totale du café et du thé que la malade absorbait en grande quantité, des boissons diurétiques, et localement des soins de propreté minutieux pris avec de l'eau de camomille coaltarée, des badigeons au bleu de méthylène et une pâte d'oxyde de zinc additionnée d'un dixième d'ichthyol.

Nous avons revu cette malade le 5 novembre 1913. Sous l'influence de la simple médication que nous venons d'indiquer, presque tous les phénomènes morbides s'étaient progressivement atténués. Les démangeaisons avaient disparu. La malade avait pu vivre à la campagne de la vie de tout le monde. Mais elle était revenue en octobre à Paris, elle y avait repris ses occupations et, pour pouvoir supporter des excès de travail, elle avait repris du café. Au bout de 15 jours le prurit vulvaire avait reparu. En outre elle avait été prise de certains malaises, d'un peu de fièvre : les urines étaient devenues cruentées, elle avait eu des envies incessantes d'uriner, et les parties génitales étaient de nouveau enflammées et douloureuses. C'est dans ces circonstances qu'elle s'était décidée à me revoir.

Je constate que le kraurosis existe toujours, plus de capuchon de clitoris, plus de clitoris, plus de petites lèvres visibles : l'orifice du vagin est rétréci et inextensible.

Mais les lésions que j'avais notées en janvier ont notablement diminué. Les parties sont plus souples, moins rigides, il y a toujours de la leucoplasie nette vers la fourchette ; il y a même de petits lambeaux blanchâtres qui ont été en partie détachés par les récents grattages, mais les stries blanches qui existaient sur tout le reste de la vulve ont à peu près complètement disparu. D'ailleurs la crise actuelle est en voie de décroissance. La malade a spontanément repris depuis quelques jours le traitement que je lui avais donné en janvier et déjà les parties sont moins tendues, le prurit a diminué, la pollakiurie a cessé et les urines ont leur couleur et leur abondance normales.

Cette observation demande à être discutée. Elle nous paraît être des plus importantes.

On peut en effet y saisir en quelque sorte sur le vif la superposition des quatre processus suivants : le kraurosis vrai, le prurit, la leucoplasie vraie, et les stries blanches que nous avons pour notre part de la tendance à rattacher à du lichen plan.

Reprenons ces divers points :

Tout d'abord il est certain que la malade en question était atteinte d'un début de kraurosis vulvæ type simple ou pur, avec tendance à voir se développer des télangiectasies ; par suite il s'agit ici d'une forme de passage entre le kraurosis vulvæ pur et la forme décrite sous le nom de kraurosis inflammatoire vasculaire, laquelle, comme nous l'avons dit plus haut, n'est nullement inflammatoire au sens clinique du mot.

Il nous paraît d'autre part évident qu'il y a eu ici au niveau du clitoris et de la fourchette, soit spontanément, soit sous l'influence des grattages provoqués par le prurit, production de plaques de leucoplasie, identiques d'aspect aux éléments de leucoplasie typique que l'on voit se produire au niveau de la muqueuse vaginale ou de la muqueuse buccale. Cette femme ne paraissait pas avoir d'antécédents de syphilis, mais nous ne pouvons rien affirmer de précis à cet égard : nous n'avons pas pu lui faire une réaction de Wassermann.

Tout ce qui précède paraît assez net : il n'en est pas de même pour

le diagnostic de la lésion de la face interne des grandes lèvres et des petites lèvres. Il est certain que la plupart de ceux qui liront ce travail auront l'impression que nous nous sommes trompés et que nous avons diagnostiqué du lichen plan vulvaire alors qu'il ne s'agissait que d'un début de leucoplasie.

Nous sommes les premiers à reconnaître que toutes les apparences sont contre nous. Nous avons dit qu'au niveau du clitoris existait une plaque nette de leucoplasie ; pourquoi dès lors faire intervenir une deuxième affection pour expliquer les éléments blanchâtres des grandes et des petites lèvres? Il est évidemment plus simple et plus logique de les rattacher à un début de l'affection qui a atteint son complet développement du côté du clitoris. Si encore il avait existé quelque part, sur le corps, sur le haut des cuisses, des éléments caractéristiques du lichen plan, on pourrait accepter notre diagnostic, mais l'examen auquel nous avons procédé ne nous a pas permis de trouver le moindre vestige de papule.

D'autre part, il semble prouvé que parfois la leucoplasie peut s'accompagner de tractus blanchâtres simulant le lichen plan (Voir la communication de MM. Nicolas et Moutot. *Bulletin, de la Société Française de Dermatologie*, 3 juill. 1913 ; p. 403).

Tous ces arguments sont très forts, nous le reconnaissons, et cependant nous maintenons d'une manière absolue notre diagnostic de lichen plan vulvaire, et cela pour une raison majeure, péremptoire, c'est que les éléments de la face interne des grandes lèvres et des petites lèvres n'étaient pas objectivement de la leucoplasie, mais du lichen plan des muqueuses.

Il peut en effet exister des stries blanches dans les leucoplasies vraies des muqueuses, mais NON DES ARBORISATIONS TYPIQUES AVEC RENFLEMENTS NODULAIRES BLANCHATRES. Ce dernier aspect est bien pathognomonique du lichen plan, et c'est celui qui existait chez notre malade.

Je le répète : Pour un dermatologiste quelque peu exercé, le lichen plan des muqueuses a une symptomatologie objective bien spéciale qui est d'ailleurs maintenant parfaitement bien décrite dans les ouvrages classiques, et les arborisations avec renflements nodulaires par lesquels il se caractérise à la face interne des joues, arborisations qui correspondent aux stries blanches des lésions cutanées, n'ont rien de commun avec les plaques uniformes et les stries blanches linéaires et comme radiées de la leucoplasie vraie. Et nous le répétons encore : Certes on peut bien voir autour des plaques leucoplasiques, en particulier au niveau des commissures, des rayonnements en étoiles, mais jamais ces rayonnements ne prennent la forme délicate des arborisations dendritiques du lichen plan, et surtout on n'y trouve pas nettement de renflements nodulaires.

Ces différences sont tellement nettes que, sur une muqueuse buccale

présentant à la fois du lichen plan et de la leucoplasie vraie, on peut dire : ceci est du lichen plan pur, ceci de la leucoplasie pure, ceci une combinaison des deux affections. Or cette coexistence chez un même individu du lichen plan buccal et de la leucoplasie, sans être fréquente, peut cependant s'observer, et, pour notre part, nous en avons constaté d'irréfutables exemples.

Pourquoi n'en serait-il pas de même à la vulve? Nous savons en effet que la plupart des affections de la muqueuse buccale s'observent à la muqueuse vulvaire.

Nous ne faisons pas intervenir le prurit comme argument dans cette discussion, car d'une part le lichen plan des muqueuses est le plus souvent non prurigineux, d'autre part le prurit de la vulve est loin de s'accompagner toujours de lichen plan vulvaire. Il est vrai qu'il n'est nullement non plus un épiphénomène constant de la leucoplasie. Le diagnostic auquel conduirait l'existence du prurit est celui de lichénification. Or il ne s'agissait certainement pas ici de lichénification de la vulve. Nous les connaissons, et nous en avons déjà parlé plus haut.

Le travail récent de M. le Dr Balzer (1) vient donner un certain poids à l'opinion que nous venons de soutenir. Il s'agissait dans le cas qu'il a présenté le 3 juillet 1913 à la Société française de Dermatologie d'une femme de 63 ans, atteinte de prurit vulvaire depuis 5 ans, qui présentait un certain degré de kraurosis vulvæ, et des lésions de la muqueuse vulvaire qui rappelait la leucoplasie, mais dont la nature véritable était décelée par l'existence à la face interne des deux cuisses de plaques un peu atrophiques avec aspect nacré, un peu pigmentées par places, qui étaient nettement des plaques de lichen plan atrophique. La réaction de Wassermann était négative.

M. le Dr Balzer s'est demandé à ce propos si ce processus de lichen plan atrophique n'avait pas pu contribuer dans une certaine mesure à faciliter l'évolution des lésions atrophiques de la vulve.

Et notre excellent collègue conclut très sagement de la manière suivante : « Nous avons des raisons importantes d'admettre que le kraurosis vulvæ est le résultat de l'involution sénile des organes génitaux qui accompagne et suit la ménopause chez une femme affaiblie et nettement rhumatisante. A cette cause principale est venue s'adjoindre une neuro-dermatose localisée dans la région affectée et dans son voisinage, dermatose encore en évolution et qui nous paraît devoir être rattachée au groupe du lichen atrophique. Cette dermatose a ici puissamment contribué à donner au kraurosis vulvæ sa physionomie spéciale. »

Dans ce cas si intéressant de M. le Dr Balzer, on ne peut en effet parler de leucoplasie seule, puisqu'il existe sur les cuisses des plaques

(1) F. Balzer et Mlle Landesmann, Un cas de kraurosis vulvæ; ses relations avec le lichen plan atrophique. *Bulletin Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 3 juillet 1913, p. 406.

de lichen atrophique. Voilà donc un cas dans lequel la coexistence du lichen atrophique et du kraurosis a été démontrée.

D'autre part, dans les deux cas qui nous sont personnels, nous répétons qu'il nous paraît impossible d'admettre qu'il n'y ait eu que leucoplasie simple et non lichen plan, car l'aspect d'une part, et, ce qui est plus important encore, l'évolution d'autre part, ont été ceux du lichen plan des muqueuses.

Les faits qui précèdent semblent donc prouver que du lichen plan peut se développer sur une vulve affectée de kraurosis. Ce kraurosis présente-t-il des caractères spéciaux ? est-il distinct du kraurosis vulvæ simple et du kraurosis vulvæ qui s'accompagne de leucoplasie vraie ?

En somme doit-on considérer le kraurosis simple, le kraurosis vulvæ avec prurit, le kraurosis vulvæ avec prurit et lichénifications, le kraurosis vulvæ avec leucoplasie, le kraurosis vulvæ avec lichen plan comme constituant autant de formes morbides différentes, ou bien doit-on les concevoir comme n'étant que des kraurosis vulvæ simples compliqués d'une des dermatoses que nous venons d'énumérer ?

Et tout d'abord le kraurosis vulvæ est-il, comme l'ont prétendu certains auteurs, toujours de nature et d'origine syphilitique ?

Nous avons vu plus haut qu'on a émis cette opinion en s'appuyant sur ce fait que l'on trouve de la leucoplasie vulvaire dans certains cas de kraurosis et, comme pour ces auteurs la leucoplasie est toujours de nature syphilitique, on en a conclu à la nature syphilitique du kraurosis.

Mais on ne saurait trop faire remarquer que dans beaucoup de cas le kraurosis vulvæ ne s'accompagne nullement de leucoplasie. Pourquoi vouloir dans ces cas en faire une lésion de nature syphilitique ? Aucun argument décisif ne peut être invoqué en faveur de cette opinion.

Faut-il en conclure que le kraurosis vulvæ simple peut ne pas être syphilitique, mais que le kraurosis vulvæ avec leucoplasie est au contraire une lésion de nature syphilitique ?

Certes la leucoplasie vraie est pour ainsi dire toujours d'origine syphilitique ; cependant nous croyons que l'on peut présenter aux muqueuses buccales et vulvaires des plaques blanches analogues d'aspect à celles de la leucoplasie vraie sans avoir d'antécédents syphilitiques : des traumatismes incessants, tabac, insufflation du verre, etc..., peuvent suffire pour développer de ces lésions chez des sujets prédisposés. Nous reconnaissons néanmoins que c'est relativement exceptionnel et que dans l'immense majorité des cas c'est surtout sur terrain syphilitique qu'évolue la leucoplasie vraie.

Mais nous pensons que beaucoup de médecins qui portent le diagnostic de leucoplasie ne le portent pas avec toute la rigueur voulue. Pour certains dès qu'il y a une tache blanche sur une muqueuse il s'agit d'une leucoplasie, et c'est ainsi que nous voyons publier des faits de guérison rapide de la leucoplasie par tel ou tel agent thérapeutique.

La leucoplasie vraie ne guérit pas ainsi, ni sous l'action de topiques locaux, ni sous l'action des injections intra-musculaires de calomel, ou intra-veineuses de salvarsan.

Il ne faut pas confondre la leucoplasie vraie ni avec de simples enduits blanchâtres éphémères, ni avec certaines desquamations épithéliales des muqueuses, ni avec certaines atrophies cicatricielles superficielles suites d'inflammations ou de traumatismes répétés, ni avec les nodules épidermiques blanchâtres qui s'observent si souvent dans la langue scrotale, ni avec la desquamation aberrante en aires de la langue, ni enfin avec le lichen plan des muqueuses.

Pour dévoiler toute ma pensée j'estime qu'en fait de leucoplasie on a commis beaucoup plus d'erreurs de diagnostic en trop qu'en moins, c'est-à-dire qu'on a bien plus souvent diagnostiqué des leucoplasies qui n'en étaient pas qu'on n'a méconnu de réelles leucoplasies.

Je crois même pouvoir affirmer que, jusque dans ces dernières années, tout médecin non spécialiste et non averti, mis en présence de lichénifications des muqueuses ou d'un lichen plan des muqueuses a diagnostiqué sans hésitation une leucoplasie. Depuis quelque temps les dermatologistes ont tellement insisté sur la fréquence du lichen plan buccal que nombre de médecins non spécialisés s'en défient, le reconnaissent, ou tout au moins le soupçonnent.

Or il faut vraiment savoir le diagnostiquer par lui-même, d'emblée, et l'on ne doit pas pour le reconnaître attendre qu'on en ait trouvé un élément typique en un point quelconque des téguments. Nous savons en effet que le lichen plan peut se développer primitivement sur les muqueuses, s'y cantonner, y évoluer exclusivement sans envahir les téguments externes. Ce fait est hors de doute pour la muqueuse buccale. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la muqueuse vaginale.

Si encore des faits irréfutables ne nous avaient pas appris que le lichen planus peut exister sur les grandes et les petites lèvres, on pourrait discuter. Mais nous savons que cette affection peut envahir la vulve et qu'elle y revêt des caractères analogues à ceux qu'elle présente à la face interne des joues. On ne peut donc opposer à tout ce qui précède une fin de non recevoir.

D'autre part nous savons depuis longtemps et nous avons dit plus haut que sous l'action de certains traumatismes, du grattage incessant en particulier, il peut se développer sur la vulve des états blanchâtres, des pseudo-leucoplasies avec stries blanches qui ne sont que des lésions traumatiques et qu'il ne faut pas confondre avec le lichen plan des muqueuses. Or ces stries blanches peuvent elles aussi s'atténuer ou même disparaître par des soins locaux appropriés, par la cessation du prurit et du grattage.

Il ne s'agit donc pas de dire d'emblée en présence de plaques blanches ou de stries blanches vulvaires, que c'est une leucoplasie et par

suite une séquelle de la syphilis, il s'agit d'analyser minutieusement l'aspect des lésions, de les diagnostiquer d'après les symptômes qu'elles présentent et de tirer les conclusions voulues de ce diagnostic objectif.

A la vulve comme à la muqueuse buccale il peut se produire des lésions de natures diverses qui simulent la leucoplasie vraie. Leur différentiation s'impose désormais.

Je crois donc que le nombre des kraurosis vulvæ qui sont compliqués de leucoplasie vraie est beaucoup moins considérable qu'on ne l'a dit jusqu'ici. Il y en a cependant, et ceux-là doit-on vraiment les considérer comme étant de nature et d'origine syphilitique ?

Il ne me paraît pas logique d'adopter cette manière de voir : le kraurosis vulvæ sur lequel la leucoplasie vraie se développe est analogue d'aspect au kraurosis vulvæ simple, au kraurosis vulvæ qui se complique de prurit, puis de lichénifications, à celui sur lequel se greffe du lichen plan. Pourquoi vouloir que dans chacun de ces cas il s'agisse d'une forme morbide différente ? N'est-il pas infiniment plus simple et plus naturel d'admettre qu'il s'agit d'une seule et même altération des tissus sur laquelle d'après les idiosyncrasies du sujet, d'après les infections qu'il a subies, d'après les intoxications auxquelles il s'est exposé, viennent se greffer diverses lésions secondaires, qui s'accrochent à ce point faible de l'organisme, et qui d'ailleurs, dans certains cas, par leur développement graduel ou leur transformation, peuvent même arriver à masquer complètement la lésion primitive ?

Cette conception est évidemment la plus simple, la plus séduisante. On pourrait cependant à la rigueur se demander s'il ne peut pas exister d'une part un kraurosis vulvæ simple sénile ou post-opératoire, puis des atrophies vulvaires d'autre nature que la précédente et liées les unes à l'évolution d'une leucoplasie vraie, les autres au prurit vulvaire et aux lichénifications, les autres au lichen plan, d'autres peut-être aux divers processus sclérodermiques, etc... ; enfin s'il n'y a pas des cas où les dermatoses précédentes se développent sur un kraurosis simple véritable, d'autres dans lesquels elles s'accompagnent de processus atrophiques spéciaux ?

Toutes ces questions, au fond assez peu importantes, sont des plus difficiles à résoudre, et ne pourront l'être qu'à la longue quand on aura recueilli un nombre suffisant de documents. Nous ne dirons donc que quelques mots à leur sujet.

Posons d'abord en fait que la leucoplasie vraie, que les lichénifications, que le lichen planus peuvent se développer sur la vulve au niveau de la face interne des grands lèvres, sur les petites lèvres, sur le capuchon du clitoris, sur le clitoris, à la fourchette, sans qu'il y ait du côté des organes génitaux aucune lésion qui rappelle les atrophies et les rétractions du kraurosis vulvæ. Nous en avons observé d'irréfutables exemples. Il est donc bien entendu que, par cela seul qu'une personne

a de la leucoplasie, des lichénifications ou du lichen planus de la vulve, elle n'est point par cela seul atteinte de kraurosis vulvæ.

Et à cet égard il convient d'ouvrir une parenthèse. Quand par l'examen histologique de tissus vulvaires atteints de leucoplasie ou de lichen plan, on trouve sur les coupes des lésions histologiques d'atrophie du derme, cela ne suffit nullement pour qu'on soit autorisé à porter un diagnostic de kraurosis. La leucoplasie, le lichen plan sont en effet des affections qui par leur évolution même peuvent aboutir à un processus d'atrophie plus ou moins accentué du derme. Il faut, pour porter le diagnostic de kraurosis tel que nous l'entendons, qu'il existe les lésions macroscopiques que nous avons mises en lumière au début de cet article.

Donc lorsqu'à la vulve on constate soit macroscopiquement soit histologiquement des atrophies cicatricielles de la muqueuse analogues à celles que peuvent laisser après leur guérison des plaques de leucoplasie vraie, ou des éléments de lichen planus, on ne peut parler de kraurosis, on ne peut parler que d'atrophies limitées, circonscrites, consécutives soit à la leucoplasie soit au lichen planus.

Voilà donc un premier point de fixé.

Mais n'est-il pas possible que des processus morbides du type des sclérodermies en plaques ou morphées, ou du type lichen plan atrophique, se développent à la vulve et y déterminent des lésions atrophiques analogues au kraurosis vulvæ? Cette question est beaucoup plus épineuse.

Nous avouons que chez notre première malade nous avons cru un moment à un processus sclérodermique; et nous n'avons porté le diagnostic de kraurosis avec lichen plan qu'en présence d'une part des arborisations pathognomoniques, d'autre part de la teinte jaunâtre générale de la région. Cependant il y a certaines sclérodermies en plaques dont la teinte se rapproche assez de celle du kraurosis. Et d'autre part il nous a bien semblé chez la malade de M. le Dr Balzer qu'il aurait pu s'agir uniquement chez elle de plaques de lichen plan atrophique. D'ailleurs notre éminent confrère a réservé ce point particulier dans sa communication, puisqu'il la termine (voir plus haut) en disant: « Cette dermatose (le lichen plan atrophique) a ici puissamment contribué à donner au kraurosis vulvæ sa physionomie spéciale. »

Toutes ces questions sont donc à reprendre ; et il faudra désormais examiner chaque cas d'atrophie et de rétraction de la vulve en s'inspirant des remarques qui précèdent.

Résumé et conclusions.

Il existe une forme spéciale d'atrophie de la vulve qui a été bien décrite par MM. Jayle et Thibierge et qui mérite le nom de *kraurosis*

vulvæ simple ou pur. Elle est caractérisée par une disparition complète ou à peu près complète des petites lèvres, par une diminution considérable du volume des grandes lèvres et du capuchon du clitoris, par une rétraction considérable du clitoris, du vestibule, de la fourchette, par une rigidité toute spéciale de tous les tissus vulvaires qui sont lisses, sans glandes, et d'une coloration d'un jaune un peu bistre analogue à celle du foie gras, par une atrésie et une inextensibilité plus ou moins complète de l'orifice vulvaire, par une déglabration des grandes lèvres et du pubis. Cet état s'observe surtout après la suppression des règles : il est donc ou sénile ou post-opératoire. Dans la majorité des cas il ne s'accompagne d'aucune sensation douloureuse.

Parfois on constate sur la muqueuse vulvaire ainsi altérée des arborisations télangiectasiques qui peuvent simuler les télangiectasies post-radiothérapiques. On a, à tort, donné à cette forme le nom de kraurosis inflammatoire vasculaire.

La leucoplasie vraie, les lichénifications, le lichen plan peuvent s'observer à la vulve sans aucun processus d'atrophie concomitant.

Les mêmes dermatoses peuvent s'y développer en même temps que certains processus d'atrophie qui ont été englobés sous le nom de kraurosis vulvæ leucoplasique ou de kraurosis blanc.

Il convient désormais de ne pas décrire sous le nom de leucoplasie toutes les productions blanches qui peuvent se développer au niveau de la muqueuse vaginale : cette muqueuse se comporte au point de vue des diverses dermatoses comme la muqueuse buccale avec cette différence qu'elle est assez souvent le siège de violents prurits et de lichénifications que l'on ne connaît pas à la bouche.

Les processus atrophiques qui peuvent être consécutifs à l'évolution au niveau de la muqueuse vulvaire d'éléments de leucoplasie vraie ou de lichen plan, en particulier de lichen plan atrophique, ne peuvent être assimilés au vrai kraurosis vulvæ tel que l'ont compris MM. les Drs Jayle et Thibierge.

Il semble que la leucoplasie vraie et l'épithéliome d'une part, que le lichen plan ordinaire ou atrophique d'autre part, puissent venir se greffer sur le kraurosis vulvæ simple.

Ces affections ne peuvent-elles pas s'accompagner d'autres processus atrophiques simulant le kraurosis vulvæ simple, mais n'en étant pas ? Cette question nous paraît devoir être réservée pour le moment. Elle réclame de nouvelles recherches plus précises que celles qui ont été faites jusqu'ici.

Il est donc nécessaire de reprendre de fond en comble et sur des bases plus larges l'étude de tous les processus d'atrophie vulvaire et des dermatoses qui les accompagnent, les compliquent ou en favorisent le développement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SOI-DISANT FAITS DE GELURE DES PIEDS(1)

Par le Dr **L.-A. Longin.**

J'ai eu l'occasion d'observer dès la fin du mois de novembre un assez grand nombre de malades qui m'arrivaient avec la mention « pieds gelés » et étaient atteints de lésions plus ou moins profondes des extrémités inférieures. J'ai été frappé du fait que ces manifestations se produisaient par une température supérieure à celle de la congélation de l'eau, très supérieure par conséquent à celle qui est nécessaire pour produire la congélation des humeurs et des tissus. Par ailleurs elles ne réalisaient pas le tableau classique de la gelure des téguments. A ne considérer que les accidents en eux-mêmes, sans idée toute faite comme sans parti pris de pathogénie, il me semblait incontestable que nous étions en présence du syndrome : *asphyxie et gangrène des extrémités,* dont il fallait rechercher l'origine. C'est ce que nous nous sommes efforcés de faire dans ce travail. Sans doute, en rejetant l'explication simple fournie par une congélation supposée, on ne facilite pas l'étude de ces faits, mais il me semble qu'on a l'avantage de les situer d'une manière plus conforme à la réalité et d'en tirer des déductions pratiques plus utiles.

Au point de vue anatomique, il y a lieu de décrire trois degrés aux lésions observées :

1° Premier degré : *Œdème.* C'est un œdème qui n'est ni mou ni résistant ; le doigt n'y entre pas profondément, y marque simplement un léger godet dont la profondeur n'est pas à proportion de l'enflure

(1) L'heure et le lieu d'où j'envoie ces pages ne sont guère propices aux recherches de bibliographie, mais pour m'excuser de ne pas faire état des autres travaux parus sur la question, j'ai une autre raison : au moment où ces lignes ont été écrites, la liste en eût été vite dressée : c'est en effet vers le 15 décembre que j'ai eu l'occasion d'exposer ma manière de voir : un rapport m'a été demandé : j'ai fourni d'abord à la date du 2 janvier une longue note consacrée surtout à la pathogénie de ces accidents, quelques semaines plus tard une étude détaillée. On ne trouvera rien dans les lignes qui vont suivre qui n'ait été dit — et de la même manière — dans l'une ou l'autre de ces pièces. La communication de M. le Dr Témoin à l'Académie de médecine qui est, je crois, le premier document publié sur la question prend place entre la note préliminaire et l'étude plus complète qui lui a fait suite. Cette dernière était écrite au moment où j'ai eu connaissance de la communication de l'éminent chirurgien de Bourges. S'il y a quelque analogie dans les idées émises de part et d'autre, il s'agit d'une rencontre dont je suis heureux, mais uniquement d'une rencontre, comme le prouvent d'ailleurs les divergences que l'on peut relever entre nos deux interprétations.

des parties molles : il me semble que le mot de « succulence » emprunté à la terminologie neurologique le caractérise bien. On ne peut mieux le comparer qu'à l'infiltration que l'on relève chez certains sujets d'amphithéâtre. Sa teinte est habituellement blanche, beaucoup plus rarement cyanique par places, parfois rosée par superposition de lymphangite.

2° Deuxième degré : *Œdème avec bulles ou décollement de l'épiderme* par la sérosité là où la nature des téguments comme à la plante

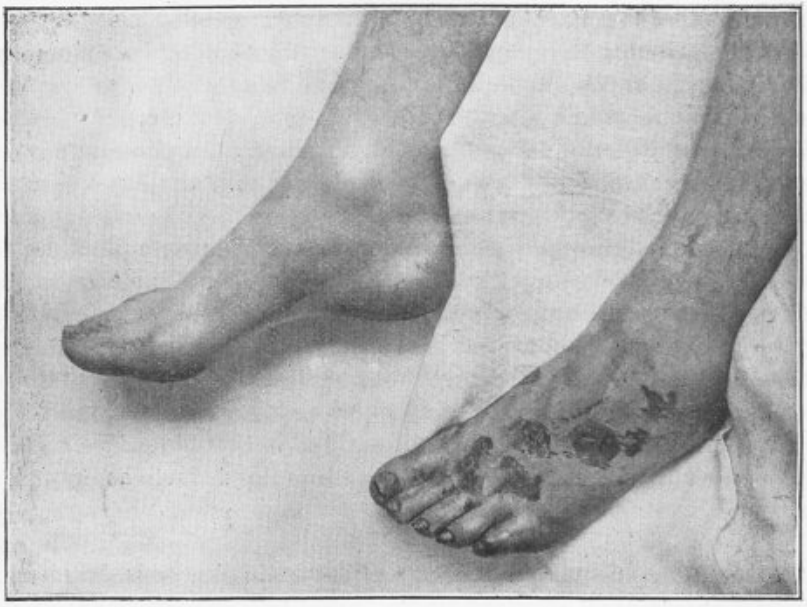


Fig. 1. — On constate immédiatement au-dessus des orteils trois plaques insulaires de sphacèle et plus haut des bulles séro-sanguinolentes affaissées. Les orteils sont œdématiés, la peau apparaît lisse et tendue à leur niveau, surtout pour les deux derniers.

des pieds, ne permet pas la production des bulles. Ce sont souvent de grosses bulles bien tendues, à sérosité citrine, parfois hématique ; ces bulles reposent sur des téguments œdématiés donnant l'impression de plénitude, de tension complète ; d'où l'apparence lisse et vernissée de la peau.

3° Troisième degré : *Gangrène* : elle peut être plus ou moins étendue, plus ou moins profonde, Parfois, il s'agit simplement de plaques insulaires de sphacèle, d'autres fois, il y a mortification complète d'un segment plus ou moins important du pied.

Formes. — Ces différentes variétés anatomiques peuvent se combiner

de manière à donner naissance à différentes formes d'envahissement qui constituent autant d'apparences cliniques de l'affection.

Nous en décrirons plusieurs :

1° Constituée uniquement par le 1er degré : l'extrémité inférieure est le siège d'un œdème souvent très accusé remontant jusqu'au niveau des malléoles, déformant les lignes du pied ; il semble bien que ce soit un œdème de toute l'épaisseur du membre et non une simple infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, les orteils sont en effet augmentés de volume d'une manière parfois saisissante et leurs différentes articulations sont distendues par une sérosité qui en se résorbant laissera une laxité très marquée des ligaments.

2° Constituée par la coexistence de l'œdème et de bulles. Dans ce cas, l'œdème apparaît comme plus tendu, la peau sous l'influence de la distension prend une apparence lisse, brillante, comme vernissée : en différents points, apparaissent des bulles habituellement grosses, ayant souvent la dimension d'une noix et même plus, parfois plus petites, mais toujours tendues quand elles sont intactes ; sur les points où l'épaisseur des téguments ne laisse pas la distension des téguments se traduire par la production des bulles, il se produit un décollement en masse de l'épiderme qui est soulevé par la sérosité ; c'est ce qui arrive à la plante des pieds. D'autres fois, les bulles présentent une teinte hématique et c'est généralement l'indice de lésions plus profondes.

3° Constituée par l'adjonction aux précédentes, c'est-à-dire à l'œdème avec bulles ou saus bulles, de plaques insulaires de gangrène qui siègent généralement aux points de pression ou de frottement : souvent cette lésion est superficielle et donnera par la suite lieu à une simple ulcération cutanée ; mais parfois, elle est plus profonde qu'il ne semble au premier abord, c'est ce qui arrive quand elle siège sur les orteils. Dans ce cas, en tombant, elle peut mettre à nu l'articulation et préluder ainsi à la chute de la phalange intéressée.

4° Cette quatrième forme est constituée par l'apparition de gangrène massive sur un segment plus ou moins étendu du pied. Suivant qu'elle remonte plus ou moins loin, on peut lui décrire différentes variétés ; parfois, elle est simplement parcellaire, affectant un ou deux doigts, habituellement le gros orteil et le petit, elle peut ne prendre qu'une portion d'orteil, laissant subsister la première phalange. Mais d'autres fois, elle envahit un segment de membre entier et affecte alors une topographie bien déterminée.

On peut à cet égard schématiser trois variétés différentes suivant l'extension de la gangrène :

A) Tous les orteils sont pris ; le sillon d'élimination siège à la racine des orteils aussi bien à la région plantaire qu'à la région dorsale.

B) En plus des orteils, le pied est atteint de la manière suivante : à la face dorsale, le sillon dessine une sorte de V à pointe dirigée en

avant, laissant par conséquent un prolongement de peau saine entre deux parties latérales sphacélées ; ce V correspond aux métatarsiens. Il s'agit d'une gangrène superficielle n'intéressant pas les plans profonds et permettant dans la suite la conservation au moins partielle du métatarse. A la face plantaire, la gangrène intéresse le bourrelet sous-jacent à la tête des métatarsiens.

C) Les lésions affectent à la face dorsale la même disposition générale qne dans la variété précédente, mais sont à la fois plus *profondes*

Fig. 2. — Grangrène massive de l'extrémité du pied.

et plus *étendues*. A la face plantaire, elles peuvent envahir la totalité de la sole ; il y a alors gangrène de toute l'épaisseur du métatarse dont la perte sera la conséquence, et dans les cas où la sole plantaire est trop envahie pour permettre la reconstitution d'un point d'appui utile, la conservation du pied deviendra presque impossible.

D) Enfin dans une quatrième variété, on peut voir la gangrène frapper d'emblée la totalité du pied jusqu'au niveau des malléoles.

Dans certains cas, la gangrène est sèche et il semble qu'elle soit telle d'emblée ; mais il en est ainsi dans les formes où il y a apparence qu'elle s'est installée lentement en remontant de la périphérie au centre : cette forme sèche d'emblée ne se voit d'ailleurs que dans les deux premières variétés, mais non dans les deux dernières. C'est que dans celles-ci, il y a eu suppression brusque de la circulation dans un territoire artériel important, alors que le pied était distendu par l'œdème ; la sérosité qui infiltre les téguments ne va plus pouvoir être résorbée ;

nous allons donc assister aux modifications d'apparence et de consistance suivantes. Tout d'abord, rien ne traduirait en apparence la lésion profonde sans les symptômes fonctionnels caractéristiques sur lesquels nous aurons à revenir ; et à la simple inspection, on pourrait croire à une lésion du premier degré ; mais au palper, on se rend compte que l'épiderme glisse sur les téguments sous-jacents ; rien n'est plus facile que de l'enlever aux ciseaux, le derme apparaît alors absolument livide. Ce n'est que dans le voisinage des orteils qu'il est rouge noirâtre. Disons

Fig. 3. — Même malade que fig. nº 2.
Grangrène de la totalité de la sole plantaire à droite, de l'extrémité antérieure seulement à gauche.

tout de suite que cette ablation de l'épiderme est absolument indispensable au point de vue du traitement : elle va permettre l'évaporation de la sérosité qui infiltre le pied ; elle évitera la macération des téguments avec l'odeur infecte qui en est la conséquence ; elle empêchera dans la mesure du possible l'infection de se développer. Grâce à l'application de la douche d'air chaud à température hyperhémiante qui non seulement chauffe mais encore dessèche, nous allons pouvoir assister rapidement aux modifications d'apparence qui autrement seraient excessivement lentes à se produire : la chair mortifiée prend d'abord, de livide qu'elle était, une apparence teinte bronze clair à la surface de laquelle se dessinent progressivement, comme dans une injection

cadavérique, les artérioles et les veinules superficielles, puis la teinte fonce passant par toutes les teintes du bronze ; en même temps, le pied désinfiltré par la chaleur et l'évaporation se rétracte pour prendre par momification l'apparence bien connue de la gangrène sèche. Mais avant qu'il ne soit arrivé à ce stade de mortification, on comprend aisément quel milieu de culture va constituer le membre ainsi infiltré de sérosité.

Ces lésions primitives vont, en effet, de pair avec des lésions d'infection en apparence secondaire, mais dont l'importance au point de vue du traitement et de l'évolution est absolument capitale ; les articulations sont quelquefois gorgées de pus ; on trouve encore des fusées purulentes dans les gaines tendineuses remontant souvent très haut ; parfois même, on observe une myosite septique transformant les muscles en une sorte de déliquium grisâtre. Ces lésions sont remarquablement précoces, évoquant l'idée d'un processus infectieux plutôt simultané que consécutif à celui de la gangrène.

Symptômes fonctionnels. — Au début, les symptômes fonctionnels sont extrêmement peu accentués ; le soldat ne perçoit qu'une sensation d'engourdissement et se rend compte que son pied est gonflé ; parfois, la marche est devenue impossible, mais ce n'est pas la règle ; le plus souvent elle a continué jusqu'à ce que le pied ait été déchaussé ; alors l'impotence fonctionnelle a été complète ; c'est à cette époque le plus souvent que le blessé fait remonter la date des premières manifestations douloureuses ; sensations d'élancements, de brûlures, *douleurs* mal caractérisées, soit qu'elles échappent à l'analyse, soit que ceux qui en sont atteints ne soient pas bien accoutumés à analyser leurs impressions ; au début, d'ailleurs, ces troubles fonctionnels ne sont pas intenses ; ils iront en augmentant dans les jours qui suivent ; mais ici il faut distinguer deux cas suivant que nous avons affaire à des formes légères ou à des formes graves ; nous donnons ce nom aux cas où il y a de la gangrène massive ; dans ce dernier cas, les manifestations douloureuses seront d'autant plus accusées que le segment de membre envahi sera moins considérable ; elles paraissent être liées à l'existence de lésions du 1er et du 2^{e} degré accompagnant la gangrène ; quand la gangrène est presque à l'état de lésion isolée, il peut n'y avoir aucune douleur : une simple sensation d'engourdissement ou bien des souffrances de même ordre que celles qu'éprouvent les amputés ; on peut voir les malades ayant les deux pieds momifiés, ne présentant plus la moindre sensibilité superficielle ou profonde, se plaindre de leurs doigts de pied ; d'autres fois ils accusent de la douleur au-dessus de la partie malade, ce qui s'explique parce que, en ce point, existe toujours une zone de lésion du premier degré, ou bien parce qu'il y a irritation des nerfs profonds non encore nécrosés.

Dans les formes légères, les douleurs sont souvent intenses et très variées dans leurs formes ou tout au moins dans l'expression qu'elles revêtent de la part des malades ; sensations d'arrachement, de distorsion, de brûlure, d'eau chaude qui coule, parfois au contraire, d'eau froide. Elles sont accrues par le frottement et le contact. Le poids des couvertures devenu intolérable nécessite l'usage d'un cerceau ; la chaleur du lit est difficilement supportée ; on voit alors les « frigorifiés » laisser leurs pieds à l'air pendant la nuit ; dans ce cas, les applications chaudes : bains chauds ou air chaud, sont mal accueillies alors que d'autres en éprouvent une sensation de soulagement ; il est difficile de savoir à quelle cause rattacher des effets aussi contradictoires.

La marche est douloureuse, provoquant une sensation d'aiguilles sous la plante des pieds ; le plus souvent, elle est impossible avant quelques jours de repos et de traitement ; et quand elle est reprise, elle est gênée et maladroite pendant assez longtemps, les malades étant obligés de marcher sur les talons.

Il va de soi que tous les cas de formes légères ne présentent pas des symptômes douloureux aussi accusés ; ils sont au contraire l'apanage de ce que nous pourrions appeler des *formes légères intenses,* c'est-à-dire de ceux où il semble que les lésions d'œdème aient été profondes et étendues créant ainsi des désordres plus accusés.

Si on explore la sensibilité, on constate que dans les formes légères elle est habituellement diminuée à proportion de l'intensité des lésions, et cela sous tous ses modes ; parfois, il peut y avoir de l'hyperesthésie superficielle.

Quand il y a gangrène, la sensibilité est totalement abolie ; au commencement, on peut provoquer une sensibilité sourde par une pression profonde, mais il s'agit de la sensibilité osseuse qui est éveillée ou encore de celle des nerfs profonds qui ont encore résisté au processus de gangrène. En même temps, on constate sur les mêmes points une température très au-dessous de celle du reste des téguments.

Nous pouvons donc dire que nous retrouvons les trois symptômes auxquels se reconnaît la gangrène avant l'apparition de la teinte noire caractéristique, la pâleur des téguments, leur froideur et l'abolition de la sensibilité.

État général. — Plusieurs points sont à noter au point de vue de l'état général : d'une manière générale plus les lésions sont profondes, plus l'état général est touché ; ce fait peut être une conséquence tout à fait banale si on voit dans l'atteinte de l'état général une conséquence de la lésion locale ; mais il prend plus d'intérêt si on se demande, comme nous aurons à le faire tout à l'heure, si la lésion locale n'est pas fonction de l'atteinte de l'organisme.

Ce qu'on relève au premier abord dans ces cas, c'est une impression

générale de fatigue et de surmenage donnée par le malade: les traits tirés, le teint plombé des infectés; au premier examen, ils ne semblent pas avoir pâti et le tissu cellulaire n'a pas fondu, mais si on prend les masses musculaires à pleine main, on décèle une atrophie chez certains très marquée et très aisément constatable.

J'ai cherché chez eux la tension artérielle; mais je n'ai pu le faire d'une manière assez précoce pour pouvoir tabler d'une manière ferme sur les données ainsi acquises: aussi c'est en me défendant d'une généralisation prématurée que je donnerai les chiffres obtenus chez trois soldats qui arrivaient du front et chez lesquels, il n'y avait pas apparence que le développement d'une infection secondaire ait pu modifier l'état initial de la circulation. J'ai noté, dans ces conditions, les chiffres suivants: MX15 — MN12, MX13 — MN10, MX13 — MN9, c'est-à-dire une élévation de la tension minima, un abaissement probable de la tension maxima et comme conséquence, une pression différentielle très faible. C'est l'indice d'un cœur soumis à un travail exagéré auquel il suffit mal. Pour avoir une valeur réelle, ces examens demanderaient à être faits sur un grand nombre de cas et d'une manière aussi précoce que possible, pour ainsi dire sur place.

Très souvent, il y a de la diarrhée dysentériforme; un de nos malades avait même été évacué pour ce motif et ce n'est qu'une fois évacué qu'il s'est aperçu que ses pieds étaient *gelés*.

La fièvre est extrêmement fréquente dans les cas graves, au point que l'on peut dire qu'elle est la règle.

Nous aurons à revenir sur ce point, aussi me contenterai-je ici de renvoyer aux courbes de température qui accompagnent cette étude (1).

J'attirerai l'attention simplement sur sa persistance: elle persiste après l'ablation des parties malades, après le drainage des gaines infectées, présentant ainsi les allures d'une véritable septicémie à disparition lente; mais il est légitime de se demander si elle ne préexiste pas dans certaines cas aux lésions auxquelles on la voit survivre, et s'il n'existe pas une infection générale de l'organisme de cause X dont l'importance serait capitale sur la production des accidents gangreneux.

Complications. — Il en est une qui a une importance capitale: c'est le tétanos; elle est d'autant plus à noter que ces malades n'étant pas des blessés, on ne songe guère à leur injecter du sérum antitétanique. Or, nous avons perdu deux de nos malades, l'un le lendemain, l'autre le surlendemain de son arrivée, de tétanos suraigu; même fait s'est produit dans une formation voisine de la mienne, enfin un autre de

(1) Par suite d'une circonstance fortuite ces courbes ont été égarées: les caractères en sont les suivants: fièvre à prédominance vespérale, à remissions matinales oscillant pour le matin entre 37°-38°5, le soir entre 39°-40°5; durée très longue de cette fièvre, jusqu'à six semaines et plus.

nos malades à qui nous avions fait heureusement une injection, malgré des lésions minimes, a présenté un tétanos atténué avec trismus et contracture des grands droits, phénomènes qui ont persisté pendant une semaine et ont fini par disparaître sans incident. Je crois donc que l'indication de faire une injection de sérum antitétanique est absolument formelle, dans tous les cas ou il y a gangrène ou même simple effraction des téguments.

Il suffit d'avoir résumé rapidement cette symptomatologie pour se rendre compte que nous ne sommes pas là en présence du tableau classique de la congélation des extrémités; c'est un syndrome d'asphyxie et de gangrène symétrique des extrémités par artérite, souvent accompagnés d'infection. D'ailleurs quand nous aurions le moindre doute à cet égard, les conditions mêmes dans lesquelles ont apparu ces redoutables accidents suffisent à éliminer l'idée de gelure des pieds pour la raison bien simple que la température dans la totalité des cas n'était pas descendue au-dessous de zéro ; les soldats sont très catégoriques à cet égard, dans les tranchées, il y avait de l'*eau* et de la *boue,* mais pas de *glace*.

Conditions pathogéniques. — Il faut donc pour arriver à élucider la pathogénie de ces accidents, voir dans quelles conditions ils apparaissent et examiner si du rapprochement de ces conditions et des lésions produites, on peut tirer des déductions qui apportent quelque éclaircissement à ces faits singuliers.

Tout d'abord, c'est à la suite du séjour dans les tranchées que les manifestations que nous avons décrites se produisent. C'est de plus, presque toujours à la suite d'un séjour *prolongé, atteignant* et *dépassant* le plus souvent six jours ; nous n'avons relevé que deux ou trois cas légers qui se soient produits plus tôt.

Ce sont en général de jeunes soldats qui le plus souvent n'ont pas une apparence robuste. Dans les cas exceptionnels où on a affaire à des soldats ayant dépassé la trentaine, on remarque qu'il s'agit de sujets malingres ou dans un état de santé défectueux.

L'œdème des jambes est dans les conditions où les soldats se trouvent placés dans les tranchées, un phénomène constant, presque banal ; l'un de mes malades me donnait ce détail que couramment après le séjour dans les tranchées, il leur fallait attendre deux jours une fois au repos pour pouvoir se déchausser, tant les pieds étaient gonflés. Cet œdème nous paraît jouer un rôle capital ; il est la conséquence de différentes causes combinées: en première ligne, la fatigue générale et la tension continue du système nerveux qui entraînent la fatigue du cœur, puis la stase produite par la station debout prolongée, sans contraction musculaire.

Les chaussures détrempées par l'eau se raccornissent sur ces pieds enflés et contribuent encore à les serrer davantage; il est à remarquer que souvent, elles ont été choisies trop étroites: des officiers que j'ai interrogés m'ont dit qu'ils devaient souvent s'opposer aux désirs de leurs hommes qui recherchent de préférence des chaussures étroites « *par coquetterie* ».

Il faut faire une certaine part aux bandes molletières mal mises, serrant trop la jambe; c'est un élément de plus pour gêner la circulation du sang, mais ce n'est pas un élément indispensable.

A remarquer que je n'ai pas dans mes malades des chasseurs alpins, c'est-à-dire des soldats habitués à mettre correctement la bande molletière et cependant il y a de nombreux chasseurs alpins à l'hôpital où je suis affecté. Mais toutefois, je n'ai pas les éléments voulus pour donner à cet égard des conclusions précises. Quoi qu'il en soit, les bandes molletières mal mises m'apparaissent comme un facteur qui agit à la fois en étant une cause d'œdème *du pied* et une cause de compression des *vaisseaux* de la jambe.

Bref, des hommes jeunes, souvent malades, toujours physiologiquement surmenés de par la fatigue continue de l'organisme et de par la tension ininterrompue du système nerveux, présentent un œdème considérable des pieds provoqué par la fatigue, augmenté parfois par la compression des bandes molletières; les chaussures souvent trop étroites sont encore rétrécies par l'humidité qui les imprègne et se resserrent sur le pied; les pieds sont immergés pendant plusieurs jours dans la boue ou l'eau, l'une et l'autre également froides mais non gelées.

Telles sont les conditions dans lesquelles apparaissent et évoluent les accidents lamentables que nous avons décrits.

Je crois donc que ces différents éléments ainsi analysés peuvent se relier les uns aux autres de la manière suivante :

Le facteur initial nous apparaît comme étant la compression du pied (œdème, chaussures raccornies par l'eau); il a pour résultat la diminution de calibre des vaisseaux du pied, probablement même dans bien des cas, leur oblitération.

Dans le même sens agit l'immersion dans l'eau froide ou la boue froide; laquelle détermine un réflexe angiospastique; le spasme continu provoqué par le froid ajoute son action à celle de la compression des vaisseaux.

Il semble bien probable qu'il faille faire intervenir un ralentissement du cours du sang par fatigue du muscle cardiaque, résultant de l'épuisement nerveux produit par le surmenage de l'organisme ou par la maladie, souvent par l'un et l'autre.

Ces différents facteurs ont pour résultat l'ischémie des territoires artériels intéressés; si l'ischémie est peu accusée et si elle est peu durable, on verra se produire des lésions des deux premiers degrés

(œdème et bulles). Si elle est au contraire considérable et prolongée, on observera de la gangrène par le mécanisme commun à toutes les gangrènes par oblitération ; c'est-à-dire que le segment de membre où n'existe plus de circulation sera envahi par des microbes anaérobies et cela d'autant plus facilement que le pied distendu par l'œdème offre un milieu de culture extrêmement propice à leur pullulation. Ces micro-organismes peuvent venir de l'extérieur par les effractions des téguments ; on doit penser aussi qu'ils peuvent venir de l'intérieur par voie sanguine, en raison du mauvais état général de beaucoup de ces soldats.

Peut-être peut-on, en outre, faire jouer un certain rôle au traumatisme, en raisonnant par analogie avec ce qu'on observe dans les lésions trophoneurotiques. Jacquet a montré que si on laisse marcher un chien dont le sciatique a été irrité, on voit apparaître des ulcérations et des plaques de sphacèle ; si, au contraire, on protège le membre par un pansement qui le mette à l'abri des frottements et des contacts, on observe une simple atrophie. On peut penser que le fait de se maintenir sur des pieds malades, à circulation troublée, à innervation sans doute compromise au moins d'une manière dynamique par la compression ou l'imbibition, n'est pas sans jouer un rôle dans les lésions que l'on voit apparaître : ceci donnerait la clef de ces plaques insulaires de sphacèle qui se produisent aux points de pression.

En interprétant ainsi les faits qui nous occupent, ainsi que je le disais dans la première note que j'ai remise, on voit qu'ils s'apparentent très étroitement à certains cas de maladie de Maurice Raynaud ; sans doute, l'évolution de ce syndrome chez la plupart de ceux qui en sont atteints évoque l'idée d'une affection chronique à poussées répétées, n'aboutissant qu'à la longue à la gangrène et à l'élimination des parties atteintes ; ceci est incontestable, mais à côté de ces cas à allure chronique, il en est d'autres qui ont été étiquetés maladie de Raynaud à évolution rapide dans lesquels le succession des phénomènes a été très brusque et alors, à ne considérer que les accidents en eux-mêmes, abstraction faite de toute interprétation pathogénique, on est frappé de l'analogie clinique qui existe entre ces deux groupes de faits ; et que nous envisagions les conditions dans lesquelles la maladie de Raynaud se produit, nous ne pouvons manquer d'être frappés des similitudes de pathogénie que nous allons relever. Dans les deux cas, influence prédisposante du spasme produit par le froid, influence des émotions morales, influence prédisposante d'un organisme jeune (de 20 à 30 ans dans les deux cas), influence des états organiques dyscrasiques, influence tropho-neurotique de certaines lésions nerveuses. L'assimilation que nous établissons ainsi ne nous amène pas à conclure que les malades que nous étudions soient atteints de maladie de Raynaud à évolution brusque, puisque aussi bien ce serait

une explication purement verbale; la maladie de Raynaud n'est qu'un syndrome, une réaction cutanée et sous-cutanée, dont suivant toute vraisemblance la cause peut être extrêmement variée; cette dénomination ne vaut que pour le groupe de faits spécialement visés par celui qui les a décrits, mais du moins, puisque nous devons rejeter l'explication simple et simpliste de la congélation, nous voyons que nous pouvons dans le cadre nosologique situer ces faits tout à côté du carrefour morbide auquel Raynaud a laissé son nom. Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de phénomènes d'asphyxie et gangrène des extrémités qui nous apparaissent comme la résultante des différentes causes que nous nous sommes efforcé de dégager.

Existe-t-il une grande dominante étiologique à la faveur de laquelle les autres causes peuvent développer leurs actions? Faut-il faire jouer un rôle capital à l'infection que nous avons constatée? C'est une question qu'il est plus facile de poser que de résoudre.

A cet égard, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que pour Ehlers (de Copenhague) tous les cas de maladie de Raynaud ne seraient que des faits d'ergotisme méconnus. Il ne semble pas qu'une généralisation aussi absolue soit justifiée; mais il semble bien résulter du travail du dermatologiste danois que son explication soit assez souvent légitime. Il ne semble guère que l'on puisse étendre ce raisonnement aux cas qui nous occupent. Il ne paraît pas que le seigle soit employé dans la nourriture des armées. Mais nous croyons devoir signaler la possibilité de cette hypothèse quand ce ne serait que parce que nous n'avons pas les éléments voulus pour la discuter. D'ailleurs, aurait-elle quelque fondement, cela n'infirmerait en rien l'importance des causes occasionnelles ou prédisposantes qui font des extrémités inférieures le point de moindre résistance où les manifestations gangreneuses apparaissent et évoluent.

Traitement. — Je n'ai pas l'intention d'indiquer tous les modes de traitement qui s'offrent au médecin, mais simplement les méthodes que j'ai employées et qui m'ont semblé efficaces.

Le traitement variera essentiellement suivant la forme anatomique en présence de laquelle on se trouvera.

Dans les cas où il n'y a que de l'œdème, il faudra commencer par faire une asepsie soigneuse des téguments : bains de pieds, nettoyage à l'alcool, éther; il ne semble pas que les enveloppements ouatés, très employés dans certaines formations, méritent la faveur dont ils sont l'objet. Les applications de compresses imbibées de liqueur d'Hoffmann, au contraire, m'ont paru soulager beaucoup nos malades dans les quelques jours qui ont suivi l'apparition des accidents; il va de soi que si le cas est léger, aucun pansement ne s'impose. La douche d'air chaud a très souvent une très heureuse influence ainsi que les bains

de pieds chauds, donnés en élevant progressivement la température de l'eau. Je suis tenté d'attribuer à l'air chaud une action plus heureuse, mais ayant à traiter beaucoup de malades, j'étais obligé de réserver la ressource de l'aéro-thermothérapie pour les cas les plus sérieux où son action est vraiment merveilleuse.

Certains malades éprouvent une exacerbation des douleurs après les applications chaudes quelqu'en soit la source ; il ne faut pas persister. On se contentera alors de recourir aux manœuvres bien simples de la méthode bio-kinétique de mon regretté maître Jacquet dont le Dr Gourcoux a signalé à juste titre les bons effets. Ils sont utiles dans tous les cas, mais surtout dans ces formes hyperesthésiques où tous les modes de pansements et de traitement semblent réveiller ou augmenter les souffrances.

Dans les cas où il existe des lésions du 2e degré, l'asepsie des régions atteintes s'impose encore davantage ; une fois qu'elle sera faite, on percera les bulles et on fera des enveloppements de compresses imbibées de liqueur d'Hoffmann ; dans la suite, le traitement sera le même que dans le premier cas.

La question du traitement est infiniment plus importante dans les faits de gangrène ; mettons tout de suite à part les cas où il y a seulement des îlots de gangrène, il n'y a qu'à attendre l'élimination de la plaque gangrenée et à panser ensuite l'ulcération qu'elle laisse à sa place par les moyens d'usage. Les applications d'air chaud à température hyperhémiante activent bien l'élimination des parties nécrobiosées et stimulent beaucoup la réparation des ulcérations consécutives.

Mais dans les cas de gangrène massive, on peut se trouver en présence de deux opinions extrêmes :

Ou laisser l'élimination se faire naturellement, attendre que le mort se sépare du vif et en attendant faire des pansements, des applications antiseptiques variées comme nature et comme forme.

Ou intervenir chirurgicalement d'une manière précoce, après s'être rendu compte de l'étendue approximative du mal et faire une opération régulière, aussi loin que possible de la partie gangrenée.

En suivant la première ligne de conduite, il semble qu'on laisse au malade toutes les chances possibles de s'en tirer avec le minimum de dégats, quitte à attendre très longtemps le résultat, car c'est par semaines qu'il faudra attendre l'élimination, par mois qu'il faudra attendre la réparation. La question de longueur de traitement n'aurait qu'une valeur secondaire ; c'est pourquoi dans les gangrènes par artérite ordinaires il est sage de suivre cette ligne d'expectative ; mais les cas que nous étudions ici ne rappellent que de loin les gangrènes sèches ordinaires ; si quelques faits, ainsi que nous l'avons vu, s'en rapprochent, la plupart du temps nous avons affaire à des gan-

grènes humides, non envahissantes, il est vrai, mais accompagnées d'infections graves des gaines; attendre, c'est exposer le malade à des suppurations à distances interminables, lesquelles seront d'autant plus graves que l'attente aura été plus longue.

Le même argument peut être retourné contre l'intervention précoce; pour faire une opération typique qui ait chance de succès, nous allons nous éloigner le plus possible de la limite du mal, enlever le métatarse, alors que peut-être il eût suffi de sacrifier les orteils; enlever le tarse alors que l'élimination n'eût pas dépassé les métatarsiens, faire une désarticulation tibio-tarsienne alors qu'on eût pu peut-être conserver le massif du tarse, faire une amputation de jambe dans un cas où on aurait peut-être pu ne sacrifier que le pied.

Serons-nous récompensés de ces sacrifices d'autant plus redoutables qu'ils seront presque toujours bilatéraux. Eh bien, non, l'infection est si précoce, accompagne la gangrène d'une manière si immédiate que nous risquons d'avoir une suppuration là où nous aurions pu espérer une réunion par première intention, ou bien même nous allons tomber sur des muscles que nous croyions sains et qui sont baignés d'une sérosité septique, quelquefois même détruits par avance par une myosite purulente.

Je crois que le traitement par l'air chaud nous met à l'abri des inconvénients que l'expectative comme l'intervention précoce nous permettent de craindre. Voici comme je le pratique. Dès que le malade est arrivé, l'épiderme est découpé aux ciseaux partout où son ablation est aisée; on aperçoit alors la teinte livide du derme que nous avons décrite, les doigts seuls dans la règle, ayant déjà subi un commencement de momification; on fait une longue application quotidienne d'air chaud à température hyperhémiante; comme nous l'avons indiqué, le dessèchement des parties malades est rapide, l'apparence du pied de momie est obtenue en deux ou trois jours; le sillon d'élimination se dessine très vite; on se rend compte ainsi de ce qu'il sera possible de conserver et de ce qui est irrémédiablement détruit; une fois que le sillon sera dessiné, il faudra intervenir par carbonisation, en employant l'air surchauffé à 700 ou 750 degrés; ce travail évidemment pourrait être fait au bistouri, mais alors on risquerait, en sectionnant les vaisseaux, d'ouvrir des voies plus larges à l'infection, tandis que la carbonisation aseptise tout ce qu'elle touche et arrête immédiatement les hémorragies qui pourraient se produire; elle laisse une escarre superficielle qui se détachera après le premier ou le second pansement et au-dessous de laquelle les téguments apparaîtront rouges et de bonne apparence. Au cours de la séance de carbonisation, on pourra explorer les clapiers purulents qui auraient pu se produire dans les gaines, les ouvrir, les stériliser par un jet d'air surchauffé.

Dans la suite, les applications d'air chaud à température hyper-

hémiante activeront d'une manière très remarquable le travail de réparation: entre chaque séance, on aura grand avantage de recouvrir la plaie de baume de copahu et à employer les enveloppements au moyen de compresses imbibées de liqueur d'Hoffmann. Nous avons fait un très large usage de baume de copahu dans toute sorte de plaies à l'imitation de ce qui avait été fait en chirurgie de guerre sud-américaine, non pas que nous considérions le baume de copahu comme supérieur au baume de Pérou dont les bons résultats ne sont plus à

Fig. 4. — Gangrène massive de l'extrémité des pieds traitée par carbonisation : les surfaces cruentées commencent à bourgeonner (elles apparaissent en noir sur la photographie surtout à droite); à droite on aperçoit nettement la lisière de la cicatrisation. Malade arrivé en fin novembre, opéré au commencement de décembre ; cicatrisation complète en mars. Il a été revu en juillet marchant d'une manière tout à fait satisfaisante et *sans nouvelle intervention*.

démontrer, mais il a le double avantage d'être bon marché et de figurer sur la nomenclature des hôpitaux militaires. Dans certains cas, nous avons eu à nous louer de recourir à une préparation qui est de la pratique courante de mon maître Brocq ; elle consiste en une pâte faite avec du camphre finement pulvérisé et du jus de citron ; elle trouve son indication quand la plaie prend une apparence grisâtre et sanieuse ; le nitrate d'argent en solution faible peut également être recommandé dans les mêmes circonstances.

En procédant ainsi, on arrivera très vite à obtenir une cicatrisation en conservant tout ce qui est susceptible d'être conservé ; sans doute, il pourra arriver que le moignon ainsi obtenu soit sans valeur, et

il sera nécessaire de réopérer pour obtenir un point d'appui convenable ; mais sans compter que l'on aura donné au malade la conviction que tout a été tenté pour lui conserver tout ce qu'il était possible de conserver, on aura à la seconde intervention le bénéfice d'opérer dans un milieu propre, sans avoir la crainte de voir l'infection envahir la partie amputée et nécessiter par la suite un sacrifice plus considérable.

Nous n'insistons pas sur le traitement général qui visera à désintoxiquer le malade (purgations), à lutter contre l'infection (quinine, collargol en injections intra-veineuses), à soutenir un organisme en déficit : la strychnine en injections sous-cutanées me paraît tout particulièrement indiquée à cet égard.

En ce qui concerne le traitement préventif, il semble sans vouloir y insister trop longuement, que plusieurs considérations sont à retenir. Celles qui commandent toutes les autres sont les suivantes :

Éviter la compression.

Éviter le surmenage de l'organisme. A ce point de vue, je crois que le séjour moins prolongé dans les tranchées serait l'élément le plus utile, mais peut-être y a-t-il là une nécessité devant laquelle il faut s'incliner.

Pour éviter la compression, il faudra s'assurer que les soldats savent correctement mettre les bandes molletières : il serait bon de les leur faire enlever de temps à autre pour éviter qu'elles soient trop serrées. Il faudra donner tous les soins à la chaussure et s'assurer qu'elle est large, ce qui ne plaît pas au soldat.

Je reproduis à cet égard la note que j'ai remise sur sa demande à M. le général gouverneur de Dijon :

« La chaussure doit être large, contrairement à ce qu'on imagine souvent. Il y a un préjugé assez répandu, en vertu duquel les chaussures larges blessent les pieds. C'est exact d'une chaussure où le pied serait trop libre et frotterait d'une manière exagérée contre l'intérieur. Mais entre les deux excès, mieux vaudrait celui d'une chaussure trop large.

Il arrive souvent que dans la chaussure réglementaire, il y a un rapport non conforme aux données anatomiques entre la place réservée au point d'appui antérieur (orteils et métatarse) et celle qui est réservée au reste du pied. De telle sorte que pour éviter que le pied ne soit trop au large au niveau du cou-de-pied et sur les parties latérales, on comprime l'extrémité antérieure, celle qui a le plus besoin de place et de mobilité.

La règle doit être en effet la suivante : pour que les orteils aient toute leur liberté dans la chaussure, il faut s'assurer qu'il est possible de les mouvoir dans tous les sens (les fléchir et les étendre, les écarter et les rapprocher) exactement comme si le pied était à nu.

On s'assurera d'autre part que l'extrémité des orteils n'arrive pas jusqu'à l'extrémité de la chaussure. Dans ce but, il sera bon de laisser un espace libre qu'on pourra estimer à 3 centimètres environ.

Ces considérations doivent guider avant tout dans le choix d'une chaussure, l'extrémité antérieure du pied est, en effet, la partie la plus accessible aux compressions vasculaires et la plus exposée au froid. C'est le siège initial des accidents gangreneux que nous avons décrits.

Il serait en outre utile de faire l'essai d'une chaussure soit le matin au réveil, soit après une marche prolongée, de manière que le pied soit gonflé. Il faudrait toujours le faire avec le pied recouvert d'une chaussette épaisse. Les chaussettes portées par les soldats, d'après ce qu'il m'a été permis de constater, constituent un moyen de protection insuffisant.

Ainsi que l'a rappelé le Dr Fernet, le but à se proposer est de ménager une couche d'air isolante autour du pied. Il faut pour cela une laine très épaisse ou, comme l'a exposé le Dr Fernet, la superposition de deux chaussettes. Je crois, en outre, que l'adjonction à la chaussure d'une semelle de liège ou d'une semelle de paille, voire même de l'une et l'autre, aurait un grand avantage, d'une part pour protéger contre le froid en tant que corps isolant, d'autre part pour permettre lorsque l'eau a rétréci le soulier, de conserver une chaussure large en les retirant.

Mais toutes ces précautions n'auront qu'un effet médiocre ou nul, si on n'obtient pas l'aisance complète du pied à l'intérieur de la chaussure. Je rappellerai que cette condition est d'abord nécessaire pour permettre la circulation, une circulation active étant la meilleure protection contre le froid, qu'elle est nécessaire ensuite pour éviter la constriction qui résulte de l'enflure du pied.

Ce sont les conditions grâce auxquelles on pourra avoir une chaussure qui ne blesse pas le pied. Sans doute, une jambière qu'on puisse enlever et remettre immédiatement, du modèle de certaines « leggins », serait-elle très utile. Sans doute aussi une chaussure qu'on pourrait desserrer très vite pour la resserrer aussi vite, c'est-à-dire fermant avec des boucles ou avec une crémaillère, serait-elle préférable au point de vue qui nous occupe. Mais même avec le modèle actuel, je crois qu'on éviterait ces redoutables complications, en tenant la main à l'observation de *la liberté absolue du pied dans la chaussure.* »

Telles sont les considérations qui me paraissent se dégager de l'étude de ces faits. Je me suis basé sur une quarantaine de cas traités dans mon hôpital; ce que j'ai pu savoir des malades hospitalisés dans les autres formations de la ville ou du voisinage ne fait que confirmer l'observation de mes propres malades.

Sans doute ce travail aurait réclamé de plus longs développements. Nul plus que moi n'en saisit toutes les lacunes et, à l'écrire, j'ai eu le

regret de constater surtout ce qu'il aurait dû être. Il y aurait, je crois, des précisions intéressantes à demander à l'étude des pressions sanguines : je n'ai pu que l'indiquer. La recherche de la formule hématologique, des hémocultures pratiquées en séries restent entièrement à faire. Mais ces différentes données, et ceci ne peut diminuer en rien les regrets que j'ai de ne pouvoir les apporter, ne modifieraient certainement pas les quelques conclusions pratiques que je crois pouvoir tirer et qui me paraissent de nature à remédier à d'aussi graves complications.

P. S. — Depuis que ces lignes ont été écrites, j'ai dû quitter l'hôpital où j'avais pu suivre ces cas de froidures pour une autre formation où le hasard a voulu que je retrouve d'autres malades qui avaient été atteints des mêmes lésions et exactement à la même époque. J'ai pu vérifier chez eux les mêmes conditions pathogéniques que chez les premiers : mais au point de vue thérapeutique, j'ai pu faire chez eux une remarque qui me paraît permettre de juger la valeur du traitement que je propose et que j'ai suivi : tous ces malades rigoureusement contemporains des miens présentaient encore des ulcérations alors que tous les autres avaient vu sous l'influence de l'air chaud leurs plaies se cicatriser depuis un mois ou deux. C'est bien le traitement qui avait activé la guérison, car les lésions de la seconde catégorie de « pieds gelés » étaient sensiblement moins sérieuses que celles de la première. Par ailleurs du reste elles avaient été traitées d'une manière absolument correcte et rationnelle. — D'autre part, les multiples occupations de la vie militaire m'ont mis à même d'examiner nombre de soldats amputés pour gangrène, suite de froidure, et j'ai pu constater chez eux le bien-fondé de ce que j'écrivais sur l'étendue excessive des sacrifices nécessités par l'amputation précoce.

RECUEIL DE FAITS

INTOXICATION MERCURIELLE A FORME SCORBUTIQUE CONSÉCUTIVE A UNE CURE D'HUILE GRISE. — MORT

Par **Ch. Audry.**

L'observation que voici a été recueillie dans des conditions qui n'ont pas permis de la rédiger aussi complète qu'il eût été désirable. Cependant elle reste instructive et nous pensons qu'il faut toujours faire connaître les cas de ce genre.

X..., âgé de 58 ans, a contracté la syphilis en 1885. Depuis 2 ou 3 ans, il présentait des signes de tabes : signe d'Argyll Robertson, abolition des réflexes rotuliens, etc. Il a subi pour cela 2 cures d'huile grise, l'une fort ancienne (?) ; l'autre, la dernière s'est terminée le 25 septembre dernier. Je ne sais pas par quel médecin elle a été administrée, ce qui ne m'a pas permis d'avoir de détails sur les doses et le temps du traitement. Le malade disait que chaque injection comportait 10 gouttes, et qu'il avait reçu six injections.

Mais, sur ce point, je ne possède aucun détail, et il est donc impossible de savoir s'il y a eu faute technique. J'ai seulement pu savoir qu'au début de juillet le malade paraissait en bonne santé et, que vers la fin de ce même mois, il se mit à pâlir, à s'affaiblir. En août, ces symptômes s'accusèrent ; l'entourage du malade avait remarqué sa faiblesse, sa pâleur, des accès de dyspnée, et même, l'après-midi, de subdélire passager.

Je l'ai vu pour la première fois le mardi 17 novembre ; à ce jour, c'était un homme petit, intelligent, énergique, mais pâle, affaibli, respirant avec peine, du reste parfaitement au courant de la nature des accidents qu'il présentait ; c'est-à-dire une tuméfaction gingivale énorme étendue à toute les gencives, une salivation nocturne d'intensité modérée, une tuméfaction notable des glandes salivaires sous-maxillaires surtout à droite. Aucune lésion viscérale. Pas d'albumine. T. 39,2. Pas d'odeur de la bouche, ni d'œdèmes. Aucune ulcération.

Le malade entre à l'hôpital le lendemain. Les symptômes sont les mêmes, mais la faiblesse a augmenté ; la polypnée est vive ; T. 39,5. Le 19, la nuit a été mauvaise, épistaxis, crachats sanguinolentes. Ecchymoses spontanées développées sur le voile et la voûte du palais. État stationnaire des gencives. Le soir, délire. T. 40,5 (théobromine, pyramidon, soins de la bouche, etc.).

Le lendemain, léger mieux ; le malade urine bien ; mais toujours des crachats sanglants d'origine bucco-pharyngée ; le cœur, les poumons, les reins sont intacts. Le 21, état stationnaire. Le 22, aggravation de l'état

général ; T. 39,4 le soir, infiltration hémorragique du bord gingival qui n'est ni ulcéré, ni malodorant. Le 22, cet infiltrat est remplacé par de véritables caillots sous-muqueux. Le 23 au matin, état général très mauvais ; fièvre et délire, le soir ; le malade se plaint de vives douleurs dans les épaules ; sur l'une et l'autre mains, 3 ou 4 petits infiltrats hémorragiques circonscrits, collectés, gros comme un pois, et une véritable ecchymose sur le dos de la main gauche ; vers 10 heures du matin, hémorragies buccales et mort rapide, peut-être par hémorragie intra-abdominale. Pas d'autopsie.

Ces formes « scorbutiques » d'empoisonnement mercuriel sont maintenant bien rares. Il n'en est pas moins certain que cet homme a succombé à une intoxication tardive consécutive à une crise d'huile grise.

Il faut toujours être prudent dans l'administration du mercure aux femmes et aux hommes âgés de plus de 50 ans ; l'emploi des préparations insolubles exige certainement dans ces cas des indications précises et valables.

GLOSSITE LOSANGIQUE MÉDIANE DE LA FACE DORSALE DE LA LANGUE

par **W. Dubreuilh.**

Il y a quelques mois MM. Brocq et Pautrier (1) ont décrit une altération chronique de la langue que tout le monde a probablement vue comme eux mais que personne n'avait songé à étudier ni à décrire. La chose est cependant d'importance parce que beaucoup de ceux qui l'ont rencontrée ont dû la prendre pour une manifestation syphilitique quand ils la voyaient chez un syphilitique — comme je l'ai fait moi-même — ou même baser leur diagnostic de syphilis sur cette seule lésion.

Depuis la publication de MM. Brocq et Pautrier, le hasard m'a fait rencontrer deux anciens malades qui en présentaient des cas parfaitement typiques. C'étaient des syphilitiques avérés, j'avais constaté la lésion linguale presque depuis le début de la maladie et reconnu la complète impuissance du traitement spécifique. Ce qui fait l'intérêt de ces observations c'est leur longue durée. Mes souvenirs du début sont un peu vagues et mes notes anciennes sont un peu sommaires mais il est très certain que la lésion qu'elles mentionnent est la même qu'ils portent encore très peu modifiée. Je l'avais simplement notée sans y attribuer grande importance et en la considérant comme syphilitique.

Il y aurait beaucoup à dire sur les plaques dépapillées de la langue, car si les simples plaques fauchées sont le plus souvent de nature syphilitique, il en est beaucoup qui, pour le moment. me paraissent tout à fait semblables, et dont l'origine est certainement différente.

Obs. I. — M. T. a eu en octobre 1892 un chancre induré de la verge qui a été excisé par von Sehlen à Hambourg. En février 1893 il a eu de la roséole puis quelques lésions muqueuses. Il a été traité d'abord par des frictions mercurielles puis par des pilules, enfin par du sirop de Gibert ; en 1904 et 1906 il a été à Luchon où le Dr Ferras lui a fait des injections.

Je le vois pour la première fois en septembre 1894 et je note une petite papule suspecte à la base de la langue. En décembre 1894 je note une plaque dépapillée sur le dos de la langue qui persiste encore en mai 1895.

Je le revois en mai 1912 et je constate sur la partie moyenne de la langue une bande mamelonnée et légèrement indurée. Je lui fais une série de six injections de 0,04 de biiodure de mercure puis une injection intra-veineuse de 0,60 de salvarsan. La plaque mamelonnée et dépapillée de la langue devient peut-être un peu plus souple mais ne change nullement d'aspect. En novembre 1913 deux injections de 0,90 de néosalvarsan.

(1) Brocq et Pautrier, *Annales de Dermalologie*, janvier 1914

La réaction de Wassermann est positive en octobre 1913 et positive atténuée en janvier 1914.

En février 1914 l'état de la langue est toujours pareil. C'est une plaque ovalaire de la grandeur d'une petite olive à grand axe longitudinal, siégeant exactement sur la ligne médiane au milieu de la langue, bien limitée et faisant un léger relief ; sa surface est rosée et le gazon papillaire y est remplacé par un état mamelonné. Cette plaque est totalement indolente elle est souple à la palpation, mais donne l'impression d'un léger épaississement et d'une consistance un peu plus accusée que celle de la muqueuse normale.

Entre temps mon malade m'a consulté en 1894 pour une urticaire, en 1913 pour une talalgie rhumatismale avec douleur siégeant à l'insertion du tendon d'Achille et à plusieurs reprises pour de l'acné du dos.

La lésion de la langue n'a donc été nullement modifiée par le traitement antisyphilitique énergique appliqué en 1912 et 1913 et, d'après les notes très succinctes prises autrefois, elle existait déjà probablement en 1894, c'est-à-dire il y a 20 ans.

Obs. II. — M. Lej..., voyageur de commerce, a contracté la syphilis en juin 1896, à l'âge de 40 ans ; en septembre de la même année il a eu une éruption généralisée de grosses papules, puis en septembre 1899 une éruption de syphilides tuberculeuses du coude et de la jambe.

En juin 1908 il vient me présenter une plaque dépapillée au centre de la langue qui, dit-il, est apparue depuis une dizaine de jours. Il est certain que je ne l'avais pas remarquée antérieurement bien que j'aie suivi le malade depuis 1896 mais d'une façon très intermittente, restant parfois plusieurs années sans le voir.

En 1909 il a une crise d'hémorroïdes. La plaque dépapillée de la langue persiste sans changement. Il en est de même en 1910, 1911 et 1913. La réaction de Wassermann faite en février 1913 est négative.

Le traitement mercuriel assez énergique au début a été toujours continué d'une façon intermittente jusqu'à ce jour.

En 1913 il se plaint d'une sensation de fatigue et de faiblesse du membre inférieur gauche. Les réflexes papillaires et rotuliens sont normaux.

En juin 1914 il revient encore pour le même tremblement. Quand il reste un moment debout sa jambe gauche est prise d'un mouvement de tremblement très fin et rapide surtout perceptible au genou. Il remarque aussi parfois un peu de tremblement dans la main gauche, mais je ne puis le constater. Les réflexes sont toujours normaux. M. le Dr Cruchet consulté à ce sujet croit qu'il s'agit d'une maladie de Parkinson fruste.

La langue est toujours dans le même état. Au milieu de la face dorsale de la langue, à 2 centimètres en avant du V lingual et juste sur la ligne médiane, se trouve une plaque dépapillée, lisse, ovalaire, de 1 centimètre et demi de long sur 1 centimètre de large, allongée suivant l'axe de la langue. Sa surface est rose, unie, très légèrement surélevée de sorte qu'elle atteint à peu près le sommet des papilles des parties voisines. Sa consistance est légèrement parcheminée mais sans infiltration profonde.

Le reste de la langue est tout à fait normal, il est parfaitement souple, normalement papillaire, sans aucune cicatrice.

Anesthésie locale.

De l'anesthésie locale. Les nouveaux mélanges de novocaïne et sels potassiques, leur pouvoir analgésique (De anestesia local. Las nuovas mezclas de novocaïna y sales potásicas, y su poder analgésico), par E. A. Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* janvier 1913, n° 2, p. 88.

S. a employé les mélanges proposés par Hoffmann et Stochmann : novocaïne 0,25, 0,125, 0,1, 0,05, solution de sulfate de potasse à 2/1000 — 20, solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000 XII gouttes, sérum à 9/1000 ad 100 c/c/. L'anesthésie, complète au début, cesse avec l'action de la novocaïne. Pour l'avoir absolue, il faut une infiltration parfaite et complète du champ opératoire, point par point. Les praticiens, peu accoutumés à ces techniques, feront mieux d'employer les solutions à 1/100 et 1/200 pour les petites interventions. Pour les grandes, on recourra aux solutions plus faibles, surtout chez les cardiaques, les hépatiques et les rénaux. L'incorporation du sulfate de potasse aux solutions de novocaïne élève considérablement leur pouvoir analgésique. J. Méneau.

Cholestérinémie dans les dermatoses.

Sur la teneur du sérum sanguin en cholestérine chez les individus chez les individus porteurs de dermatoses (Ueber den Cholesteringehalt der Serum bei Dermatosen), par F. Fischl. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1914, n° 27, p. 983.

F. a trouvé une augmentation du taux de la cholestérine dans le sérum d'individus atteints d'urticaire, d'eczéma chronique, de différentes variétés de pemphigus, de prurit sénile, de mycosis fongoïde. Il est à noter que ce phénomène coïncide presque habituellement avec un état éosinophilique plus ou moins prononcé ; or peut-être les éosinophiles contiennent-ils des lipoïdes (cholestérinémie et éosinophilie coexistant aussi chez les asthmatiques et les porteurs de ténias).

Il est possible que cette éosinophilie soit en rapport avec des états anaphylactiques, avec des altérations des albuminoïdes ; peut-être aussi les influences nerveuses qui ont été invoquées à propos des « toxicoses » y jouent-elles un rôle (vagotonie de Eppinger, etc.).

On peut aussi croire que la cholestérine dont le rôle hémolytique et antitoxique est parfois évident répond à une exaltation des moyens de défense de l'organisme contre les poisons de certaines albumines.

Il y a au contraire hypocholestérinémie au cours de manifestations cutanées d'origine infectieuse (érysipèle, carcinomes, zona, etc.), de même qu'on en a noté un certain syndrome hyperépinéphrique, de telle sorte que cette diminution de cholestérine traduit peut-être une moindre énergie de l'or-

ganisme. S. n'a pas de documents suffisants pour étudier la cholestérinémie des syphilitiques, et chez les psoriasiques, cette modification du sang lui a paru très inconstante. Ch. AUDRY.

Eczéma.

Sur l'insuffisance sécrétoire du rein dans l'eczéma vulgaire et dans l'eczéma parasitaire (Ueber sekretorische Niereninsuffizenz bei dem vulgären und beim parasitären Ekzem), par D. BERNHARDT et S. RYGIER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 120, p. 309.

Avec l'injection de phénolphtaléine, B. et R. ont constaté qu'il existait de l'insuffisance sécrétoire du rein 6 fois sur 11 cas d'eczéma vulgaire et 2 fois 6 cas d'eczéma parasitaire. Ch. AUDRY.

Érythème noueux.

Association de l'érythème noueux et de la tuberculose (The association of erythema nodosum and tuberculosis), par FOERSTER. *Journal of the American Medical Association,* 10 octobre 1914, p. 1266.

OBS. I. — Fillette de 13 ans présente, à la suite d'une rougeole, un érythème noueux typique et simultanément des adénopathies cervicales et des lésions bacillaires manifestes d'un sommet.

OBS. II. — Enfant de 4 ans présente à la suite d'une rougeole un érythème noueux accompagné de fièvre. La réaction de von Pirquet est positive. Trois semaines après l'enfant meurt d'une méningite tuberculeuse.

F. ne se prononce pas sur la nature de l'érythème noueux ; il pense qu'il s'agit d'une manifestation cutanée d'infections diverses (tuberculose, syphilis, blennorrhagie, etc.). Il croit cependant, qu'en particulier chez l'enfant, lorsqu'aucune autre infection n'est évidente, la tuberculose doit être incriminée. S. FERNET.

Fibromolluscum.

Note clinique sur le fibromolluscum des femmes enceintes (A clinical note on fibroma molluscum gravidarum), par SUTTON. *American journal of the medical sciences,* mars 1914, p. 419.

Contrairement à l'opinion de Brickner, qui a décrit cette affection, l'observation rapportée par S. paraît montrer que l'affection s'atténue mais ne disparaît pas complètement après l'accouchement. Histologiquement, les éléments de l'affection sont identiques à ceux constatés dans la maladie de Recklinghausen. S. FERNET.

Injections sous-cutanées (Lésions cutanées consécutives aux).

Lésions cutanées d'allure lupoïde après injections sous-cutanées (Lupoïdähnliche Hauterkrankungen nach subkutanen Injektionen), par M. OPPENHEIM. *Dermatologische Wochenschrift,* 1er novembre 1913, nº 34, p. 1289.

Il s'agit de nodules hypodermiques de grosseur très variable que O. a rencontrés chez 3 sujets : une morphinomane et deux syphilitiques traités par le salicylate de mercure. Histologiquement ces tumeurs consistent en

amas de cellules épithélioïdes et de cellules géantes ; on n'y trouve point de cellules rondes, ni de tissu de granulation, ni de nécrose. Les cellules épithélioïdes sont grandes, riches en protoplasme, le plus souvent polygonales. La recherche du bacille de Koch n'a point donné de résultats.

Pour O. le diagnostic différentiel histologique est limité entre la tuberculose vraie et les tumeurs à cellules géantes. Ces deux hypothèses étant éliminées, il se considère autorisé à ranger ces lésions dans les sarcoïdes sous-cutanés. PELLIER.

Lupus.

Une nouvelle méthode de traitement du lupus vulgaire (A new method of treatment of lupus vulgaris), par HEIDINGSFELD. *Journal of the American Medical Association,* 17 octobre 1914, p. 1352.

Un petit tampon de coton, monté sur une baguette en bois, est imbibé d'une solution saturée d'acide trichloracétique et appliqué pendant quelques secondes sur chaque tubercule isolément et sur les endroits les plus congestifs.

Les séances sont répétées tous les 8 à 15 jours. H. a obtenu par ce procédé des résultats surprenants, supérieurs à ceux de tous les procédés employés à l'heure actuelle y compris la finsenthérapie et les scarifications. Les cicatrices obtenues sont absolument souples. L'attouchement avec l'acide est un peu douloureux mais absolument supportable. S. FERNET.

Lymphogranulomatose.

Transmission d'une lymphogranulomatose (maladie de Hodgkin) au cobaye (Uebertragung von Lymphogranulomatosis (Hodgkin'scher Krankheit) auf Meerschweinchen), par S. SCHAEFFER. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1914, n° 26, p. 1215.

Par injection d'un ganglion lymphogranulomateux, dans lequel on pouvait encore retrouver des granulations acidophiles de Much, S. a obtenu chez un cobaye une tumeur à tissu de granulation avec cellules géantes du type Sternberg-Paltauf, tumeur qui atteignit la grosseur d'un œuf de poule.

Le tissu granulomateux se retrouvait dans les ganglions lymphatiques, le foie, la rate et les poumons.

On découvrait des granulations acidophiles intracellulaires dans les granulomes. Ch. AUDRY.

Milium.

Un cas de milium congénital chez un enfant mâle de 3 mois (Case of congenital milium in a male infant aged 3 months), par G. LITTLE. *Proceedings of the royal Society of medicine of London (Dermatological Section),* mars 1914, p. 109.

L'éruption de milium a été observée dès la naissance de l'enfant et s'est développée depuis envahissant toute la surface du corps. Tous les autres membres de la famille en sont indemnes. S. FERNET.

Nævi.

Quelques remarques sur les nævi zoniformes ou segmentaires

(Some remarks upon zoniform or segmental nævi), par Adamson. *British Journal of Dermatology,* octobre 1914, p. 380.

Le nævus verruqueux linéaire n'est pas la forme unique du nævus zoniforme ; celui-ci peut-être constitué par différents éléments histologiques tels que : pigment, cheveux, vaisseaux, lymphatiques, fibres musculaires lisses, glandes sébacées et sudoripares, etc. Les nævi zoniformes ne sont pas nécessairement unilatéraux, ils peuvent être symétriquement ou non symétriquement bilatéraux. Les traits communs à ces nævi sont leur tendance à apparaître non à la naissance mais à une période ultérieure, la possibilité d'une disparition spontanée, leur fréquente association à d'autres malformations congénitales ; ces nævi peuvent intéresser les muqueuses ; on observe au cours de leur existence des périodes inflammatoires. Il existe certainement une relation intime entre les différentes variétés de nævi zoniformes et il est probable que les recherches histologiques ultérieures prouveront qu'ils sont tous des formations secondaires développées sur une lésion première toujours identique qui est une lymphangiectasie ou une télangiectasie. S. Fernet.

Pelade.

Alopécie en aire épidémique (Epidemic alopecia areata), par Davis. *British Journal of Dermatology,* juin 1914, p. 208.

Trois mois après l'apparition d'un premier cas de pelade dans un orphelinat on en comptait 174. L'épidémie fut enrayée en l'espace d'un mois grâce à l'isolement des enfants atteints et à une désinfection rigoureuse des cuirs chevelus. L'année suivante on relevait un nouveau cas et, à la suite, 40 enfants furent atteints. Cette épidémie fut enrayée aussi rapidement que la première. Aucun parasite ne put être découvert ni dans les cheveux ni dans les squames et aucune intoxication ne put être incriminée. D. pense que l'agent pathogène de ces pelades épidémiques ne peut être un champignon étant donnée la rapidité avec laquelle il est détruit par les antiseptiques. S. Fernet.

Radiodermites.

Traitement des dermatites consécutives aux rayons X (Behandlung der Röntgendermatitiden Ein Fall von Röntgenulkus behandelt nach Pfannenstills methode), par S.-L. Bogrow. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 120, p. 523.

(Il s'agit de la méthode indiquée par Pfannestill pour le traitement du lupus des muqueuses : applications locales d'eau oxygénée et administration interne d'iodure de potassium.)

B. a eu un bon résultat dans un cas de large ulcère arrondi de l'hypochondre gauche consécutif à des examens radiologiques répétés motivés par une chute de cheval. De nombreux traitements étant restés sans effet, cette méthode amena une guérison complète en 7 mois. Ch. Audry.

Sarcomes cutanés.

Sarcomatoses cutanées idiopathiques multiples (un cas hémorrhagique pigmentaire, type Kaposi, et un autre à localisation périostée, hypodermique et cutanée, non pigmentaire) (Sarcomatosis

cutaneas, idiopáticas multiples (un caso hemorrágico pigmentario, tipo Kaposi, y otro de localización perióstica, hipodermica y cutanea, un pigmentario), par J. DE AZUA. *Actas dermo-sifiliográficas*, janvier 1913, n° 2, p. 37.

Ce travail très complet est basé sur 2 observations.

La 1re a trait à un jardinier de 60 ans. Le début, la marche de la maladie, l'examen histologique permettent de conclure sans hésitation à un sarcome type Kaposi. La généralisation cutanée survint au bout de 5 ans, sans la moindre trace d'invasion viscérale. Depuis que le malade a quitté l'hôpital, l'évolution de l'affection aurait plutôt subi, paraît-il, un temps d'arrêt.

La 2e observation est plus intéressante. Elle concerne un employé âgé de 44 ans, syphilitique, qui eut 24 ans après le chancre des douleurs ostécopes avec périostoses que le traitement spécifique n'améliora pas. Une biopsie démontra qu'il s'agissait de sarcomatose multiple idiopathique, à localisation périostée, hypodermique et cutanée. L'évolution, la précocité du mauvais état général, la perte des forces, l'invasion viscérale, l'histologie rapprochent ce cas de la sarcomatose de Perrin. La seule anomalie clinique est le début par le périoste.

A. étudie ensuite minutieusement le diagnostic différentiel et l'étiologie des sarcomatoses. La difficulté de différencier les sarcomes des sarcomatoses idiopathiques multiples provient de ce que, très ressemblantes histologiquement, ces affections sont cliniquement très distinctes, comme l'épithélioma et le pseudo-épithélioma. La sarcomatose de Kaposi est une maladie infectieuse de parasite inconnu. La sarcomatose idiopathique multiple de Perrin serait une sarcomatose d'emblée, sans sarcome initial, cliniquement voisine de la sarcomatose cutanée généralisée secondaire à une tumeur non mélanique. La sarcomatose de Spiegler-Polland est tout à fait distincte. A. réserve le nom de sarcoïdes aux maladies sans étiologie connue, ressemblant histologiquement et cliniquement au sarcome vulgaire: c'est-à-dire les sarcomes idiopathiques multiples types Kaposi, Perrin, Spiegler, que l'on ferait mieux d'appeler: sarcomes multiples hémorragiques pigmentaires de Kaposi, sarcomes multiples hypodermiques malins de Perrin, sarcoïdes multiples bénins de Spiegler. J. MÉNEAU.

Sécrétions internes et dermatoses.

Sur les rapports de quelques maladies de la peau avec les sécrétions internes (Ueber die Beziehungen einiger Hautkrankheiten zu der « inneren Sekretion »), par F.-V. POOR. *Dermatologische Wochenschrift*, 5 et 12 juillet 1913, nos 27 et 28, p. 779 et 826.

La relation de cause à effet entre les troubles fonctionnels déterminés par les altérations thyroïdiennes et surrénales et les modifications cutanées observées au cours du myxœdème et de la mélanodermie d'Addison, semble actuellement bien démontrée. P. considère comme vraisemblable de rechercher dans des anomalies fonctionnelles des organes à sécrétion interne, la cause de l'évolution sénile de la peau, du stade atrophique du xeroderma et de la sclérodermie.

Dans la maladie de Basedow, le myxœdème, l'acromégalie, les troubles portent sur le système sudoripare et sur la kératinisation. Rien ne permet d'admettre encore que des dermatoses analogues, jusqu'ici individualisées,

comme l'ichtyose, aient un même point de départ. Il faut d'ailleurs se méfier de se laisser entraîner dans un cercle vicieux, car si l'équilibre des hormones peut agir sur le système nerveux, des modifications fonctionnelles de cet appareil peuvent également entraîner des altérations des organes sécréteurs. PELLIER.

Tuberculose cutanée.

Sur une variété spéciale de tuberculose due à un bacille aviaire; remarques sur les rapports existant entre les divers types de bacilles tuberculeux et les formes variées de tuberculose cutanée (Ueberein eigenartiges, durch den Typus Gallinae hervorgerufems Krankheitsbild der Tuberkulose, nebst Bemerkungen über den Nachweis und Bedeutung der einzelnen Typen des Tuberkelbazillus bei klinisch verscheidenartigen Formen der Hauttuberkulose), par B. LIPSCHUTZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 120, p. 387.

Un jeune bosniaque de 20 ans présente une infiltration ulcérée du nez et de la lèvre, sans nodules, avec une ulcération de la voûte palatine et une destruction de la luette, etc., et avec des altérations du bras gauche et de l'épaule droite (gommes ramollies et ulcérées). Douleurs, fièvre, cachexie, mort.

A l'autopsie, tuberculose pulmonaire, de l'intestin, etc.

Au microscope, outre les lésions histologiques habituelles à la tuberculose, nombreux bacilles acidophiles.

Inoculations positives au cobaye, etc.; chez des poulets, l'inoculation donne les lésions typiques et abondantes de la tuberculose des poules.

L. résume ensuite les divers travaux suscités par les affirmations de Koch relatives à la distinction de la tuberculose bovine et humaine.

Il conclut que chez l'homme on peut retrouver les différentes variétés humaines, bovines et aviaires du bacille tuberculeux.

Il peut y avoir échange réciproque d'infection entre l'homme et les animaux.

Le plus souvent, c'est le type humain qu'on trouve dans la tuberculose cutanée.

Dans la tuberculose verruqueuse, il s'agit habituellement du type bovin, et il a peu ou pas de tendance à se généraliser, à l'encontre de la tuberculose anatomique qui est du type humain : ainsi que le lupus.

Mais il faut tenir compte aussi de la possibilité du rôle du bacille aviaire, qu'on peut élucider en ne se contentant pas de faire des inoculations au cobaye, mais aussi au poulet.

Cette tuberculose cutanée aviaire est remarquable par l'abondance des bacilles, leur localisation presque exclusivement intracellulaire et des altérations cliniques et histologiques notablement spéciales. Ch. AUDRY.

La tuberculose cutanée à petites papules chez les enfants (Die kleinpapulösen Haut-Tuberkulide beim Kinde), par E. FEER. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte,* 1914, n° 39, p. 1217.

Dans le groupe des tuberculides, F. distingue la tuberculose à petites papules d'avec la variété papulo-nécrotique habituelle à éléments plus volumineux et nécrotiques au centre.

La variété à petites papules n'est pas rare chez les enfants. Elle est

constituée par une éruption disséminée sans systématisation de petits éléments papuleux bruns qui se surmontent d'une petite squame adhérente au sommet; celui se déprime légèrement, et la lésion grossit en laissant une tache brillante. Pas de prurit. Quelquefois un peu de suppuration donne à la lésion un aspect tout à fait acnéique.

Au microscope, lésions typiques.

Des 8 malades de F. le plus âgé avait 2 ans, le plus jeune 3 mois et demi. La plupart présentaient par ailleurs (poumon, cerveau, etc.) d'autres manifestations bacillaires Ch. Audry.

Varicelle.

Varicelle chez les adultes (Ueber Vorkommen von Varizellen bei Erwachsenen), par P. Krause. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, nº 19, p. 881.

Les classiques disent volontiers que la varicelle ne s'observe pas chez l'adulte. K. en donne une observation, et montre que l'on peut arriver plus facilement à un diagnostic parfois difficile en pratiquant la revaccination qui peut en ce cas donner un résultat positif, ce qui élimine la variole. Ch. Audry.

Verrues.

Verrues juvéniles (Verrucose juvénil), par Rabello. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* 15 mars 1912, p. 62.

Verrues confluentes et nombreuses sur les pieds et les jambes, moins nombreuses sur le dos des mains d'un enfant de 12 ans. Au microscope, lésions propres aux verrues avec hyper et dyskératose cellulaires, type psorospermie. J. Méneau.

Vitiligo.

Deux cas de vitiligo, par Rabello. *Boletim da Sociedade brasileira de Dermatologia,* 3 avril 1913, p. 33.

1er cas : chez un laboureur mulâtre de 23 ans, les plaques envahissent les membres inférieurs et supérieurs, le tronc, le pourtour de la bouche et des narines, les paupières, le pavillon des oreilles et le front. 2e cas : chez un laboureur de 24 ans, l'achromie a débuté il y a 14 ans à la main gauche et s'est propagée à tout le corps n'épargnant que le visage. J. Méneau.

Xanthome.

Sur la signification de la cholestérine dans la formation du xanthome (Ueber die Bedeutung der Cholesterins für die Xanthombildung), par G. Schmidt. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, p. 137.

Il y a de la cholestérine en excès plus ou moins grand dans le sang des xanthomateux. La graisse du xanthome interne est très riche en cholestérine. Le xanthome est une infiltration cholestérinique de la peau consécutive à une cholestérinémie constitutionnelle souvent héréditaire. Ch. Audry.

Zona.

Découvertes de bactéries dans un ganglion de Gasser au cours d'un zona frontal (Herpes zoster frontalis mit Bakterienbefund im Gan-

glion Gasseri), par A. Sande. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1er mai 1913, nº 18, p. 849.

Un homme de 81 ans atteint de zona frontopalpébral droit, sans lésions de la cornée, meurt de bronchopneumonie. Au microscope, diplocoques encapsulés abondants sur les coups du ganglion de Gasser du côté correspondant qui présentait d'ailleurs les traces d'une inflammation aiguë. C'est la première fois qu'on fait une constatation de ce genre. Ch. Audry.

Sur la pathologie du zona (Zur Pathologie des Herpes Zoster), par W. Kursteiner. *Correspondenz-blatt für Schweizer Aerzte,* 1913, nº 45, p. 1438.

Un paysan de 66 ans est atteint de zona cervico-scapulaire droit de forme vésiculeuse, hémorragique et gangreneuse, et meurt de catarrhe pulmonaire (tuberculose). Le septième ganglion cervical droit présente un petit kyste ; rien dans le huitième.

Petits kystes dans les 1, 2, 3, 4 et 5 ganglions dorsaux. Taches hémorragiques dans les ganglions thoraciques. Kyste dans le premier ganglion dorsal gauche et dans la plupart des suivants, etc.

Au microscope, ces cavités sont constituées par des ectasies lymphatiques, d'origine probablement inflammatoire chronique.

Dans ce cas, il n'y avait aucun rapport entre la distribution des lésions ganglionnaires et la manifestation cutanée.

Il semble qu'ici, il se soit agi d'un zona réflexe consécutif à la caverne pulmonaire, réflexe facilité ou provoqué par les lésions kystiques antérieurement développées dans les ganglions.

Il est à noter que l'on a signalé des altérations ganglionnaires nerveuses du même genre dans le pemphigus. Ch. Audry.

Herpes zoster généralisé dans la leucémie lymphatique (Herpes zoster generalisatus bei Leucaemia lymphatica), par F. Fischl. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 553.

Un homme de 61 ans présente depuis 12 jours des douleurs, et depuis 5 jours une éruption vésiculeuse sur le côté droit du cou, qui s'étend sur la tête, puis à tout le corps. En outre, tous signes d'une leucémie lymphatique dont l'existence a été confirmée par l'autopsie.

Histologiquement, les vésicules ont présenté la structure des vésicules du zona. Les ganglions de Gasser présentaient un infiltrat leucémique, à droite et à gauche, surtout à droite ; mais en outre, on constata que pardessous des altérations épidermiques classiques, le derme présentait des infiltrats lymphocytaires. Faut-il admettre que cette dissémination de foyers leucémiques dans la peau ait constitué des loci minoris resistantiæ capables d'expliquer la généralisation de l'éruption, — ou bien l'infiltrat leucémique est-il venu se développer au-dessous des vésicules des efflorescences primitives de zona ? Ch. Audry.

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

ANNALES DE DERMATOLOGIE

—3395—

Les ANNALES DE DERMATOLOGIE ont publié les 7 premiers numéros du tome V au cours des 7 premiers mois de 1914, elles ont publié les 5 derniers numéros de ce volume en 1915. Le tome V, actuellement terminé, porte donc le millésime " Année mixte 1914-1915 ".

En 1916, les " Annales de Dermatologie " paraîtront régulièrement. Mais en raison des circonstances, leur périodicité restera ralentie; le tome VI sera, comme le tome V, publié en deux ans, à raison d'un numéro tous les 2 mois.

Les abonnements souscrits pour 1916 sont donc valables pour le tome VI entier, c'est-à-dire jusqu'en décembre 1917, si d'ici là la périodicité n'a pas repris son cours normal.

FACULTÉ DE MÉDECINE BORDEAUX

TRAVAUX ORIGINAUX

LA LÈPRE DE LA BIBLE

Par

W. Dubreuilh, et **A. Bargues,**
Professeur de Clinique dermatologique — Chef de Clinique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Jusqu'à ces derniers temps, il était de notion courante et vulgaire, aussi bien parmi les médecins que dans le public non médical, que la lèpre dont parle la Bible (en hébreu : *zaraath*) était la même affection que celle que nous désignons actuellement de ce nom, et il était écrit un peu partout que le peuple juif avait été l'un des principaux agents d'expansion de cette terrible maladie. Cette croyance populaire à l'identité de la zaraath et de la lèpre, qui persiste encore, eut des résultats heureux. Les mesures sévères édictées par la Bible contre les malades atteints de la zaraath furent appliquées aux lépreux avec d'autant plus de rigueur qu'elles étaient pour ainsi dire d'origine divine, et le Moyen-Age couvrit l'Europe chrétienne de léproseries : l'isolement des porteurs de bacilles contribua dans une large mesure à amener la disparition du fléau. Cette confusion entre les deux maladies créa la notion de la contagion et, grâce à elle, de nos jours encore, la lèpre est considérée par le public comme une affection redoutable, éminemment transmissible et beaucoup plus contagieuse que la tuberculose ou la syphilis.

Toutefois, dans ces dernières années, à mesure que les connaissances médicales sur la lèpre se faisaient plus précises, l'identité de la lèpre biblique et de la lèpre actuelle fut discutée, et on se trouve actuellement en présence de trois courants d'opinions. Les uns, comme Prokhoroff (1) et Zambaco-Pacha (2), restent des identistes convaincus. D'autres estiment que la zaraath représente soit une maladie déterminée, qui cependant n'est pas la lèpre au sens actuel du mot (Münch) (3), soit un groupe de dermatoses, dont la lèpre ne fait pas

(1) P. N. Prokhoroff, La lèpre de l'Antiquité est-elle la même maladie que nous connaissons actuellement sous ce nom et quelles étaient les mesures de lutte contre sa contagion depuis les temps bibliques jusqu'à nos jours? *Deuxième Conférence de la lèpre,* Bergen, 1910, t. III, p. 391.

(2) D. Zambaco-Pacha, L'antiquité de la léprose, de la syphilose et de la tuberculose. *Archiv für Dermatologie,* 1912, t. CXI, p. 195.

(3) C. V. Münch, Die Zaraath (Lepra) der hebraischen Bibel. *Dermatologische Studien,* fasc. XVI, 1893.

partie. Enfin, L. Mac Ewen (1) et Unna (2), rompant complètement avec la tradition, soutiennent que la zaraath ne correspond à aucune affection nosographique connue et n'est purement et simplement qu'une maladie morale, une impureté de l'âme.

En présence de ces opinions contradictoires, il nous a paru intéressant de reprendre cette question. Nous espérons pouvoir démontrer que la lèpre biblique n'est pas peut-être bien la lèpre au sens actuel, mais la lèpre au sens hippocratique, c'est-à-dire une série de dermatoses extensives, et en général bénignes. Avec le temps sa signification s'est altérée, elle a pris un sens figuré et allégorique. L'identification avec la lèpre actuelle est due à une faute de traduction : d'une identité de noms on a fait une identité de choses.

*
* *

Les passages où la Bible parle de la lèpre sont assez nombreux.

La lèpre figure parmi les miracles que fit Moïse devant les Pharaons afin d'obtenir l'autorisation pour Israël de quitter l'Égypte :

« L'Éternel dit à Moïse : « Mets ta main dans ton sein. » Il mit sa main dans son sein et il la retira, et voici, sa main était couverte de la lèpre blanche comme neige (*Exode,* ch. IV, v. 6).

Moïse et Aaron en font mention dans la supplique qu'ils adressent au Pharaon :

« Permets-nous de faire trois journées de marche dans le désert pour offrir des sacrifices à l'Éternel, afin qu'il ne nous frappe pas de la lèpre ou de l'épée » (*Exode,* ch. V, v. 3).

Marie, sœur de Moïse, fut frappée de la lèpre « blanche comme neige » par l'Éternel pour avoir reproché à Moïse sa femme éthiopienne (*Nombres,* ch. XII, v. 10).

Le prophète Élisée guérit de la lèpre Naaman, général syrien. Le traitement consista en bains dans l'eau du Jourdain. Guéhazi, serviteur d'Élisée, qui s'était fait indûment donner par le malade deux vêtements, fut atteint à son tour de la lèpre « blanche comme neige » (*Rois,* ch. V, v. 1-27).

Le roi Ozias fut également frappé de la lèpre au front pour avoir contrevenu aux ordres des lévites et fut isolé dans une maison écartée jusqu'à sa mort (*Chroniques,* II, ch. XXVI, v. 19-20).

Ce furent quatre lépreux qui apprirent au roi Joram la retraite des Syriens qui assiégeaient Samarie (*Rois,* II, ch. VII, v. 3 à 10).

Enfin, le chapitre XIII du Lévitique est entièrement consacré au diagnostic différentiel de la lèpre contagieuse des autres affections qui

(1) E. Mac Ewen, The leprosy of the Bible. *The Biblical World,* 3 sept. et 4 oct. 1911.

(2) Unna, Ein typischer Fall von Papierwissenschaft. *Lepra,* t. XIII, 1913, p. 218.

peuvent objectivement prêter à confusion et le chapitre XIV aux mesures prophylactiques contre la contagion, mesures sur lesquelles reviennent le *Deutéronome* (ch. XXIV, v. 8) et les *Nombres* (ch. V, v. 2).

Le *Lévitique* distingue plusieurs sortes de zaraath ou lèpre :

1° Une lèpre se manifestant par des lésions faisant un relief sur la peau (XIII, v. 2) ;

2° Une lèpre se manifestant par des lésions de niveau avec la peau, des taches (v. 4) ;

3° Une lèpre se manifestant par des lésions déprimées (v. 3) ;

4° Une lèpre survenant sur des cicatrices de brûlure ou d'ulcères.

Toutes ces lèpres peuvent être ulcérées ou non.

Ces différentes variétés de lèpre, différenciées objectivement par l'aspect des lésions, sont divisées par le Lévitique en deux grandes classes : les lèpres qui entraînent l'impureté et l'isolement, et les lèpres qui n'entraînent pas ces sanctions. La langue hébraïque qui est assez pauvre désigne donc par le même terme des affections dont le pronostic est très différent. On est en droit d'en conclure que le mot de zaraath s'appliquait à un grand nombre d'affections cutanées et était pour ainsi dire un terme générique des maladies de la peau.

Quoi qu'il en soit, ces zaraath dissemblables ont des caractères communs : d'abord la coloration blanche de la lésion qui tranche sur le tégument ; sa superficialité, car à son niveau le poil ne tombe pas ; enfin la curabilité ordinaire de la maladie.

Les zaraath vraies, celles qui entraînent les sanctions, se distinguent tout d'abord par leurs caractères d'extension et de contagiosité, et c'est là un caractère sur lequel insiste tout particulièrement le Lévitique, qui recommande dans les cas douteux de mettre le sujet en observation pendant sept jours d'abord, puis, si la lésion n'a pas rétrocédé ou est restée stationnaire au bout de ce laps de temps, de garder l'individu suspect en observation pendant sept autres jours. L'extension de la lésion est un symptôme suffisant à lui seul pour caractériser la zaraath vraie. Un autre symptôme caractéristique que nous comprenons moins bien est le blanchiment du poil au niveau de la lésion. Il entraîne, même en l'absence de l'extension, l'isolement du malade ; toutefois le changement de coloration du poil n'est pas, comme on l'a écrit, une condition obligatoire de la zaraath vraie et on nous permettra d'insister sur ce dernier point.

« S'il y a sur la peau du corps une tache blanche qui ne paraisse pas plus profonde que la peau et que le poil ne soit pas devenu blanc, le prêtre enfermera pendant sept jours celui qui a la plaie. Le prêtre l'examinera le septième jour. Si la plaie lui paraît n'avoir pas fait de progrès et ne pas s'être étendue sur la peau, le prêtre l'enfermera une seconde fois pendant sept jours. Le prêtre l'examinera une seconde fois le septième jour. Si la plaie est devenue pâle et ne s'est pas éten-

due sur la peau, le prêtre déclarera cet homme pur. C'est une dartre ; il lavera ses vêtements et il sera pur. Mais si la dartre s'est étendue sur la peau, après qu'il s'est montré au prêtre pour être déclaré pur, il se fera examiner une seconde fois par le prêtre. Le prêtre l'examinera. Si la dartre s'est étendue sur la peau, le prêtre le déclarera impur, c'est la lèpre (*Lévitique,* XIII, 4 à 8. Cf. XIII, v. 21 à 23 et v. 26 à 28). »

Les prescriptions relatives à la purification des lépreux sont plus religieuses que médicales :

« Voici quelle sera la loi sur le lépreux pour le jour de sa purification. On l'amènera devant le prêtre. Le prêtre sortira du camp et il examinera le lépreux. Si le lépreux est guéri de la plaie de la lèpre, le prêtre ordonnera que l'on prenne pour celui qui doit être purifié des oiseaux vivants et purs, du bois de cèdre, du cramoisi et de l'hysope. Le prêtre ordonnera qu'on égorge l'un des oiseaux sur un vase de terre, sur l'eau vive. Il prendra l'oiseau vivant, le bois de cèdre, le cramoisi et l'hysope, et il les trempera, avec l'oiseau vivant, dans le sang de l'oiseau égorgé sur l'eau vive. Il en fera sept fois l'aspersion sur celui qui doit être purifié de la lèpre. Puis il le déclarera pur, et il lâchera dans les champs l'oiseau vivant.

« Celui qui se purifie lavera ses vêtements, rasera tout son poil et se lavera dans l'eau ; et il sera pur. Ensuite, il pourra entrer dans le camp, mais il restera sept jours hors de sa tente. Le septième jour, il rasera tout son poil, sa tête, sa barbe, ses sourcils, il rasera tout son poil ; il lavera ses vêtements, et baignera son corps dans l'eau, et il sera pur. Le huitième jour il prendra deux agneaux sans défaut et une brebis d'un an sans défaut, trois dixièmes d'un épha de fleur de farine en offrande pétrie à l'huile, et un log d'huile. Le prêtre qui fait la purification présentera l'homme qui se purifie et toutes ces choses devant l'Éternel à l'entrée de la tente d'assignation (*Lévitique,* XIV, v. 1-11 et suivants). »

La zaraath n'atteignait pas seulement les individus, mais aussi les vêtements et les maisons.

« Lorsqu'il y aura sur un vêtement une plaie de lèpre, sur un vêtement de laine ou sur un vêtement de lin, à la chaîne ou à la trame de lin ou de laine, sur une peau ou sur quelque ouvrage de peau, et que la plaie sera verdâtre ou rougeâtre sur le vêtement ou sur la peau, à la chaîne ou à la trame ou sur un objet quelconque de peau, c'est une tache de lèpre, et elle sera montrée au prêtre. Le prêtre examinera la plaie, et il enfermera pendant sept jours ce qui en est attaqué, etc... (*Lévitique,* XIV, 47-51 et sq.). »

L'Éternel parla à Moïse et à Aaron et dit :

« Lorsque vous serez entrés dans le pays de Canaan, dont je vous donne la possession, si je mets une plaie de lèpre sur une maison du

pays que vous posséderez, celui à qui appartiendra la maison ira le déclarer au prêtre, et dira : J'aperçois comme une plaie dans ma maison. Le prêtre, avant d'y entrer pour examiner la plaie, ordonnera qu'on vide la maison, afin que tout ce qui y est ne devienne pas impur. Après cela le prêtre entrera pour examiner la maison.

« Le prêtre examinera la plaie. S'il voit qu'elle offre sur les murs de la maison des cavités verdâtres ou rougeâtres, paraissant plus enfoncées que le mur, il sortira de la maison, et, quand il sera à la porte, il fera fermer la maison pour sept jours, etc... (*Lévitique*, XIV, 33-39 et sq.). »

*
* *

La lèpre hébraïque de l'homme est donc une affection essentiellement cutanée présentant des lésions ulcérées ou non, surélevées ou de niveau avec la peau ou déprimées, infiltrées, ne provoquant pas la chute de poils, mais parfois leur blanchiment, surtout caractérisée par sa tendance à l'extension, à évolution indéterminée, mais aboutissant généralement à la guérison.

Si on compare les caractères un peu vagues, il est vrai, de la lèpre biblique ou zaraath avec les caractères les plus objectifs de la lèpre actuelle, on voit que non seulement ils ne sont pas superposables, mais qu'ils sont même parfois tout à fait contradictoires.

La lèpre actuelle se manifeste par des symptômes caractéristiques très frappants : ce sont, en dehors des lésions cutanées, la chute des sourcils et des poils, l'insensibilité des taches (1), la raucité de la voix, les mutilations, la cécité, une évolution progressive et fatale. Or, la Bible ne fait mention en aucun endroit d'un seul de ces signes, qui ne sauraient passer inaperçus, même à un observateur moins attentif que le Lévitique. Bien plus, certains symptômes de la zaraath suffisent à eux seuls à éliminer la lèpre ; c'est tout d'abord le blanchiment des poils au niveau des lésions, car, dans la lèpre, le poil ne blanchit pas, il tombe ; c'est l'évolution généralement bénigne de la zaraath ; c'est enfin la contagiosité supposée, car à vrai dire la Bible parle plutôt d'impureté que de transmission proprement dite. Nous ne voulons pas prétendre que la lèpre actuelle n'est pas contagieuse, mais cette contagiosité n'est pas évidente et nous n'en donnons pour preuve que la divergence d'opinions des léprologues à ce sujet. Que reste-t-il alors comme symptomatologie de la lèpre dans la zaraath biblique ? Les taches blanches « comme neige », les lésions blanches faisant un relief ou infiltrées.

Tout d'abord, il ne faut pas se laisser impressionner par ce terme de *taches* qui, au point de vue dermatologique actuel, a une significa-

(1) Schilling et après lui Zambaco-Pacha font dériver le mot *zaraath* d'une racine égyptienne qui signifierait *mort*, et par suite *insensibilité*. Cette étymologie est des plus fantaisistes (Rabbinovicz, *La médecine du Talmud*, Paris, 1880).

tion précise, mais qui pour les traducteurs de la Bible est un terme banal, très vagne.

C'est ainsi que, suivant leur mentalité, certains auteurs traduisent le même mot hébreu par des termes tout à fait différents au point de vue nosographique et que le mot de tache devient pour un autre un bouton, ou même la gale. Quant à la coloration blanche des lésions, elle s'explique facilement si on veut bien se rappeler que les Hébreux, peuple nomade, vivant sous un ciel de feu devaient être très pigmentés, comme les Arabes de nos jours, et que les lésions cutanées grossièrement perceptibles se manifestaient chez eux par une coloration plus pâle que celle des téguments hypercolorés. Chez les Arabes et les nègres, il est en effet très difficile de mettre en évidence les érythèmes. D'autre part, les dyschromies simples sont fréquentes dans les races colorées, et le Lévitique qui en connaît le caractère non contagieux les distingue de la zaraath :

« Lorsqu'un homme ou une femme aura sur le tégument des taches blanches, le prêtre l'examinera. S'il y a des taches d'un blanc pâle, il est pur (*Lévitique,* ch. XIII, v. 38). »

L'absence des grands caractères de la lèpre actuelle gêne un peu les partisans de l'identité. Ils essaient de tourner la difficulté en déclarant que la lèpre était si commune à cette époque qu'il était inutile pour le législateur de décrire des caractères connus de tous. L'un d'eux émet l'hypothèse que le Lévitique ne parle pas de l'anesthésie pour éviter que le peuple pût connaître ce symptôme et tromper le prêtre chargé de l'examen, en accusant des sensations qui n'existaient pas. L'insensibilité aurait fait partie des renseignements oraux que se transmettaient les Lévites. A cette hypothèse qui ne s'appuie sur aucun fait précis, Münch objecte que le Lévitique aurait dû aussi passer sous silence le blanchiment du poil sur lequel il revient à maintes reprises, car il était facile aux sujets suspects de s'épiler et, par suite, d'échapper aux sanctions.

Ainsi qu'on le voit, il n'y a dans la Bible aucune description qui puisse s'appliquer à notre lèpre. On y trouve au contraire quelques signes qui permettent de l'en séparer nettement. Qu'est donc la zaraath, puisque ce ne peut pas être la lèpre ?

Dom Calmet (1724), tout en admettant traditionnellement l'identité des deux maladies, est le premier qui osa émettre l'opinion que la description de la zaraath pouvait s'appliquer également au vitiligo. Rollet et Hamonic (1) y firent rentrer le psoriasis.

S'appuyant sur la lèpre de Naaman qu'Élisée guérit en ordonnant des bains dans le Jourdain, dont l'eau est sulfureuse, et ensuite sur ce fait que Guehazi, serviteur d'Élisée, fut atteint de la même affection

(1) HAMONIC, *Annales de dermatologie*, 1887, p. 399.

pour s'être fait donner par le malade deux vêtements (*II Rois,* V, v. 1 à 27), Hebra conclut à la gale.

Il faut arriver jusqu'à Münch pour trouver une critique précise de la lèpre biblique. Münch estime que la description du Lévitique ne peut s'appliquer à la lèpre telle que nous l'entendons actuellement et il l'identifie surtout avec le vitiligo. Caractérisée par une simple dyschromie, sans altération cutanée, avec ou sans blanchiment du poil au niveau des lésions, le vitiligo est, en effet, la seule affection cutanée qui réponde anx passages du Lévitique où il est fait mention des taches blanches au niveau desquelles le poil blanchit également. Dans la morphée et dans la lèpre vraie, le poil tombe, dans le psoriasis il ne change pas de coloration. D'autre part, la tache vitiligineuse peut parfois s'étendre assez vite et, dans quelques cas exceptionnels, envahir la totalité des téguments. Ces cas qui se rencontrent assez rarement dans la pratique seraient, paraît-il, assez fréquents dans le Turkestan et le sud de la Russie.

« Si la lèpre fait une éruption sur la peau et couvre toute la peau de celui qui a la plaie (de lèpre) depuis la tête jusqu'aux pieds, partout où le prêtre portera ses regards, le prêtre l'examinera, et quand il aura vu que la lèpre couvre tout le corps, il déclarera que celui qui a la plaie (de lèpre) : comme il est entièrement devenu blanc, il est pur ». (*Lévitique,* chap. XIII, v. 12-14).

Si nous admettons avec Münch que la description biblique des taches blanches avec blanchiment du poil de la zaraath ne peut s'appliquer qu'au vitiligo, il nous paraît que les autres passages du Lévitique concernant les autres lésions que nous y avons vues mentionnées, les lésions ulcérées, les lésions faisant un relief ou infiltrées, ne sauraient rentrer dans le cadre de cette affection. Les passages où il n'est pas fait mention du poil se comprennent aisément : le caractère qui domine est celui de l'extension. Pour le Lévitique toute lésion qui s'étend est la lèpre. C'est là un caractère commun à un grand nombre de dermatoses banales, contagieuses ou non, dont le législateur ne savait pas faire la distinction et parmi lesquelles nous pouvons comprendre toutes les pyodermites, les dermatoses parasitaires d'ordre animal ou végétal, les eczémas, le psoriasis et diverses affections squameuses bénignes. Quant aux autres lésions ulcérées ou faisant un relief sur la peau, ou infiltrées et au niveau desquels le poil change de coloration, on ne peut, en l'absence de toute dermatose connue présentant ce dernier symptôme, qu'émettre l'opinion qu'il s'agit là de dermatoses chroniques ne laissant repousser que des follets qui sont peu colorés (1).

(1) Münch explique les passages où il est question de lésions « plus profondes que la peau » et au niveau desquelles le poil blanchit en faisant remarquer que les taches de vitiligo paraissent à un examen superficiel (ce qui n'était pas le cas en l'occurrence) et vues de loin, situées dans un plan plus profond que le tégument coloré dans lequel elles sont enclavées.

Mac Ewen et Unna, considérant l'impossibilité d'identifier la zaraath avec aucune maladie connue et d'autre part le caractère rituel des prescriptions du Lévitique, croient qu'il s'agit d'une impureté morale et non d'une maladie, de quelque chose comme un tabou. Le tabou maori ou polynésien est un objet auquel on ne doit pas toucher parce qu'impur, maudit ou sacré. Le latin « sacer » comprend un peu ce double sens. Sont tabou la personne du chef ou du prêtre et tout ce qui leur appartient; inversement, ce qui est déclaré tabou leur appartient aussi. Un objet nuisible ou dangereux pour la communauté est déclaré tabou. Le tabou peut devenir un moyen de gouvernement permettant au prêtre de s'approprier un objet convoité ou de mettre hors la loi un individu dangereux. Pour les auteurs précités, la zaraath serait un tabou israelite, d'un ordre plus moral et spirituel que le tabou maori, permettant au prêtre d'éliminer un individu dangereux sur des données que seul il est en état d'apprécier, en le déclarant impur.

Nous devons reconnaître que les idées d'Unna concordent dans une certaine mesure avec le Talmud. Le Talmud de Babylone est un commentaire de la loi mosaïque, en même temps qu'un recueil des traditions rabbiniques. Il se compose de deux parties : la *Mischna*, qui fut rédigée vers la fin du IIe siècle de notre ère, et la *Gemera*, qui n'est qu'une sorte de glose et qui date du Ve siècle.

Dans la Mischna, le traité *Negaïm* se rapporte aux lois mosaïques concernant la zaraath. Les docteurs du Talmud divisent la zaraath en lèpre limitée et en lèpre étendue ; ils indiquent les dimensions minima que doivent avoir les lésions, qu'ils comparent à un demi-haricot ou neuf lentilles, et ergotent sur les quatre colorations blanches qu'elles peuvent présenter, mais on voit parfaitement que c'est par pure tradition et par respect pour la parole biblique qu'ils conservent la zaraath en tant que maladie du corps, car en opposition formelle avec la lettre et l'esprit du Lévitique, ils ne croient plus à la contagion. Pour eux, les lois bibliques ne peuvent s'appliquer qu'aux seuls Juifs, et encore trouvent-ils des exceptions nombreuses. Les païens atteints de la zaraath et les prosélytes avant leur admission dans le judaïsme échappent aux sanctions. Bien mieux, le fiancé juif atteint le jour de son mariage ou le Juif dont l'affection débute un jour de fête sont autorisés à ne se présenter devant le prêtre chargé de l'examen médical qu'à la fin de la semaine suivante ; enfin, si la zaraath est caractérisée par le blanchiment du poil, il suffit au malade de s'épiler avant la déclaration officielle de l'impureté pour obtenir un certificat de guérison. L'impureté est donc motivée pour la Mischna par une loi cérémonielle et non par crainte de la contagion (1).

Les docteurs du Talmud interprètent la Bible non selon la lettre,

1) Rabbinowicz, *Législation civile du Talmud*. Paris, 1879, t. V, p. 391 et suiv.

mais suivant l'esprit et les idées de leur siècle tout imprégné de symbolisme. A l'époque où ils vivaient, les prescriptions du Lévitique, édictées spécialement pour Israël nomade, ne répondaient plus depuis longtemps à un besoin et par suite n'étaient plus applicables ; elles étaient devenues un anachronisme. Leur haute signification de défense sociale, qui n'avait plus autant sa raison d'être, était complètement méconnue, et les talmudistes, plus soucieux de la santé morale que de la santé corporelle, quelque peu gênés par la précision objective du Lévitique, essaient de tourner la difficulté en faisant de la zaraath une affection divine dont Dieu frappe les seuls croyants pour les punir des fautes commises ou les mettre en garde contre les fautes qu'ils veulent commettre. C'est avec cet esprit que les talmudistes interprètent et expliquent les prescriptions du Lévitique concernant les règles que devaient observer les lépreux guéris avant de reprendre la vie commune. Ceux-ci devaient, en outre des mesures hygiéniques qui consistaient surtout en bains, offrir en sacrifice des oiseaux vivants, du cèdre, de l'hysope. Pourquoi, dit le Talmud, le « metsora » (frappé de lèpre) doit-il offrir des oiseaux pour se purifier? — Parce qu'il a péché par son bavardage, par ses insinuations, et que les oiseaux sont des êtres qui gazouillent, bavardent. — Pourquoi l'hysope figure-t-il comme symbole de la purification ? — Parce que le « metsora » a péché par orgueil et que son esprit doit devenir humble comme l'hysope.

Il y a probablement une part de vérité dans l'hypothèse émise par Unna. Les Lévites étaient détenteurs d'un pouvoir redoutable et ils ont dû en user et en abuser. Mais si, comme le pense Unna, la lèpre biblique n'est qu'un tabou religieux spécial, on est en droit de se demander, malgré les commentaires de la Mischna, pourquoi le Lévitique aurait matérialisé la zaraath, aurait cherché à la différencier des affections qui peuvent prêter à confusion, et lui aurait donné des caractères objectifs précis, tels que l'extension des lésions et le blanchiment du poil, caractères facilement contrôlables, alors qu'il lui était si facile d'excommunier purement et simplement l'indésirable, au nom de Dieu, comme le fit plus tard l'Église chrétienne, sans avoir à redouter un contrôle gênant.

Ces quelques considérations nous portent à penser que les idées d'Unna sont trop exclusives et que les auteurs de la Mischna, dans leur désir d'expliquer ce qu'ils ne comprenaient pas, ont perdu l'idée directrice qui domine la loi sur la zaraath : la contagion.

Les idées se sont modifiées parce que les conditions de la vie ont changé dans les quelques huit ou dix siècles qui séparent la rédaction primitive du Lévitique de celle de la Mischna.

Le Lévitique est un code des lois qui a été fait pour Israël nomade ; à chaque instant il y est question du « camp ». Ses prescriptions s'adressent à une série d'états morbides caractérisés par la tendance à

l'extension et considérés comme contagieux. Elles sont nettement médicales et hygiéniques bien que ne correspondant à aucune maladie déterminée.

Quand les Hébreux ont formé un corps de nation, un peuple sédentaire et agricole, beaucoup de prescriptions du Lévitique et notamment celles relatives à la zaraath sont devenues inapplicables, sont tombées en désuétude et ont pris une valeur purement cérémonielle.

Il faut remarquer que le Pentateuque, ou les cinq livres attribués à Moïse, dont fait partie le Lévitique, a été remanié à une époque relativement récente, après le retour de la captivité de Babylone. Le Lévitique, notamment, porte des traces très évidentes de ces additions ultérieures. Tantôt il y est question du camp et des tentes : c'est la rédaction primitive faite pendant le séjour au désert; tantôt il y est question des maisons et de villes, parties évidemment rédigées beaucoup plus tard. A la première rédaction appartiennent les prescriptions nettement médicales et hygiéniques, à la seconde appartiennent les prescriptions purement rituelles et les passages relatifs à la lèpre des maisons.

Après la destruction de Jérusalem et la dispersion du peuple juif on a fini par oublier l'objet même d'une législation depuis longtemps désuète. Les auteurs de la Mischna ignoraient complètement ce qu'était la zaarath maladie et n'y ont vu que des fautes commises contre Dieu ou des impuretés morales, et ils ont expliqué le Lévitique avec la tendance à voir partout des symboles qui était alors générale et qui sévissait bien autrement encore chez les auteurs chrétiens de la même époque. Ainsi les Juifs eux-mêmes ont précédé Unna dans une doctrine qui a paru très subversive à tous ceux qui s'attachent à la lettre plus qu'à l'esprit de l'Écriture sainte.

*
* *

Il nous reste maintenant à montrer comment s'est implantée l'idée populaire de l'identité de la lèpre et de la zaraath.

Bien avant la prise de Jérusalem par Titus en 70 et la dispersion définitive du peuple d'Israël, les Juifs avaient essaimé dans toute la Méditerranée orientale et notamment en Égypte, qui était aussi un des principaux foyers de l'hellénisme. Depuis longtemps déjà l'hébreu était une langue morte, restée en usage comme langue sacrée, exactement comme le latin de nos jours. Les Israélites déjà bien avant Jésus-Christ ne parlaient en Judée que l'araméen; les colonies répandues un peu partout parlaient la langue du pays où elles se trouvaient et surtout le grec, qui était la langue universelle depuis les conquêtes d'Alexandre. Ils éprouvèrent alors le besoin d'avoir pour leur usage des traductions dans les idiomes des peuples au milieu desquels ils

vivaient. C'est ainsi que vers 150 ans avant J.-C. les livres hébreux furent traduits en grec pour l'usage des Juifs établis en Égypte. Cette traduction, faite à Alexandrie par soixante-dix collaborateurs, est connue sous le nom de Version des Septante ou d'Alexandrie. Les Septante ont servi de base à un grand nombre de traductions écrites dans plusieurs dialectes de l'Orient et aux versions latines de l'Église chrétienne jusqu'à l'époque de saint Jérôme. Or, les Septante, vivant à l'époque de la médecine hippocratique, traduisirent le mot hébreu « zaraath » par le mot grec « lepra » qui désignait alors, non pas notre lèpre, mais des affections cutanées diverses et généralement bénignes.

La « lepra » d'Hippocrate est la manifestation cutanée d'une viciation interne, servant en quelque sorte d'exutoire. Elle se manifeste surtout au printemps, par une éruption abondante d'éléments dispersés sur tout le tégument et se traite avec l'eau de chaux ou du sel dissous dans le vinaigre. Plus tard, les Hippocratiques ajoutèrent au cadre de la « lepra » le psoriasis caractérisé par un épaississement de la peau, des squames, des altérations unguéales et la lepra hippocratique désigna une série d'affections squameuses.

En résumé, la « lepra « d'Hippocrate est tout à fait différente de notre lèpre qu'Hippocrate ne connaissait probablement pas. Ce ne fut que plus tard que celle-ci attira l'attention des médecins. On désigna la lèpre sous le nom grec d'éléphantiasis (maladie de l'éléphant) en raison de la forme en moignon des pieds qui est si fréquente dans cette affection. Celse en donne le premier une description précise au I^er^ siècle avant J.-C. Il est donc peu probable que les auteurs de la Version des Septante, qui vivaient un siècle environ avant Celse, aient voulu désigner par le mot lepra notre lèpre actuelle, alors que ce terme n'avait à cette époque que sa signification hippocratique.

Nous en avons une confirmation dans le Nouveau Testament dont les textes les plus anciens ont été écrits en grec et remontent au IV^e^ siècle. A cette époque, la lèpre était connue, comme nous venons de le voir, sous le nom d'éléphantiasis. Or, il est fait mention dans le nouveau Testament, à deux ou trois reprises, de la « lepra ». Le Christ notamment guérit un lépreux (*Mathieu*, ch. VIII, v. 1-4) et le mot qui dans le texte grec sert à désigner l'affection est celui de « lepra ». On ne saurait comprendre que les auteurs du Nouveau Testament qui avaient à leur disposition le terme d'éléphantiasis, terme qui était entré dans le langage courant puisque Pline, Plutarque, Lucrèce l'employaient avant eux, se soient servis du mot de « lepra » qui s'appliquait à des affections tout à fait différentes pour désigner l'éléphantiasis, notre lèpre actuelle. On ne peut qu'en déduire qu'en se servant du mot de lepra, les auteurs du Nouveau Testament avaient en vue la lèpre hippocratique, terme général de « maladies de la peau ».

Ce ne fut que beaucoup plus tard, au X^e^ siècle, que, par suite d'une

traduction maladroite de Constantin l'Africain, le terme nosographique de lèpre fut donné à l'éléphantiasis, et que la confusion de ces affections dissemblables, confusion que n'avaient faite ni les auteurs de la Version des Septante ni les auteurs du Nouveau Testament, s'implanta chez les peuples chrétiens.

Les enseignements d'Hippocrate et des grands médecins de l'antiquité ne parvinrent, tout d'abord aux peuples occidentaux que par les médecins arabes. Ceux-ci désignaient la lèpre qu'ils connaissaient fort bien grâce à Celse, Arétée, Galien, etc., sous le nom de « djudzam » et ils réservaient le nom de « maladie de l'éléphant » : « dah-el-fil » au syndrome décrit par Rhazès (IX^e siècle) et que nous appelons encore en France l'éléphantiasis des Arabes ou éléphantiasis tout court. Constantin de Carthage, traducteur médical des maîtres arabes, qui mourut en 1087 et qui eut une très grande influence sur les idées médicales de l'époque, conserva à la « dah-el-fil » le nom d'éléphantiasis qui en était la traduction littérale et, ne trouvant pas d'équivalent à la djudzam (l'éléphantiasis des Grecs, la lèpre au sens actuel), prit le terme hippocratique de lepra qui avait un tout autre sens.

C'est ainsi que la « djudzam », l'éléphantiasis des Grecs devint notre lèpre et qu'à la suite de Constantin on appliqua après lui les caractères de la « djudzam », de la vraie lèpre, à la zaraath des Hébreux, la « lepra » des Septante et des hippocratiques. D'une identité de mots on fit une identité de maladies.

On retrouve un écho de cette interprétation maladroite dans les erreurs de diagnostic qui furent commises au Moyen-Age et qui firent considérer comme lépreux tout individu atteint d'éléphantiasis simple ainsi que dans la confusion qui s'établit dans le monde médical pendant des siècles entre la lèpre hippocratique qui avait fini par devenir l'équivalent d'affections squameuses et la lèpre vraie. Robert Willan, qui donna au psoriasis son nom, décrivit à côté de lui, sous le nom de lèpre, une affection que les dermatologistes qui suivirent firent rentrer dans le cadre de ce syndrome. Hardy en 1886 (1) désigne encore le psoriasis figuré sous le nom de lèpre vulgaire et à propos de la lèpre maladie, écrit ces mots : « Il faut séparer de la lèpre des affections absolument distinctes ; la maladie décrite par Bateman sous la dénomination de lèpre vulgaire, laquelle n'est qu'une variété de psoriasis, et l'éléphantiasis des Arabes, maladie locale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané..... » Ce besoin de distinction se rencontre également chez les auteurs anglais datant d'une quarantaine d'années qui différenciaient la « lepra » psoriasis de la « leprosy » lèpre.

On ne saurait dans ces conditions trouver étonnant que la zaraath biblique, la lepra des Septante soient encore considérées un peu par

(1) HARDY, *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1886, article *Psoriasis*, article *Lèpre*.

out le monde comme étant identique à notre lèpre. Nos connaissances actuelles sur la lèpre et la comparaison des symptômes de cette affection avec la description de la zaraath biblique nous permettent actuellement de l'en différencier.

*
* *

En résumé, dans la rédaction primitive de l'ancien Testament, le mot de *zaraath* désigne un groupe indéterminable d'affections cutanées contagieuses et les prescriptions du Lévitique original avaient une signification médicale et hygiénique. Plus tard, le mot a pris un sens figuré et n'a plus désigné que des tares morales. Cette transformation, déjà apparente dans les rédactions ultérieures du Lévitique, est complète dans le Talmud.

La confusion avec notre lèpre actuelle est due à une erreur de Constantin l'Africain, qui a employé pour désigner l'éléphantiasis (des Grecs) le mot de *lèpre,* qu'Hippocrate et les auteurs de la version des Septante avaient employé dans un tout autre sens.

Cette identification erronée a eu des conséquences très importantes. C'est sur la foi des Ecritures mal interprétées que le moyen âge a cru à l'extrême contagiosité de la lèpre et a pris des mesures d'isolement qui, bien que très irrégulièrement appliquées, ont amené la presque disparition de la lèpre. La même cause fait qu'actuellement encore la lèpre inspire une terreur plus grande que la syphilis et la tuberculose pourtant plus graves et bien autrement contagieuses.

LES CELLULES LYMPHOÏDES ET LES PLASMAZELLEN DU CHANCRE SYPHILITIQUE

Par le Dr **A. Nanta,**

Chargé des fonctions d'agrégé de dermatologie et syphiligraphie a la Faculté de Médecine de Toulouse.

(Travail du laboratoire du Pr Audry.)

(Planche IV.)

Alors que les travaux relatifs à l'histogénèse du tubercule ont suscité et suscitent encore de vives controverses, ceux qui ont trait à l'histogénèse du chancre syphilitique sont encore rares et peu discutés. Particulièrement rares sont ceux qui concernent les cellules d'infiltration.

Cornil pensait que les cellules d'infiltration étaient des éléments embryonnaires, c'est-à-dire indifférents, aptes à évoluer dans des directions diverses : nous verrons que c'est à cette formule qu'il faut peut-être revenir. Plus tard la formule du plasmome de Unna a paru satisfaire la plupart des histologistes pendant longtemps. Unna prétendit que les plasmazellen, qu'il reconnut être si nombreuses dans cette lésion qu'elles devaient servir à la définir, étaient d'origine plasmatique locale.

Cependant Darier, Neisser, Marschalko ont critiqué cette conception dès son apparition, en affirmant l'origine lymphocytaire des cellules d'infiltration ; et Unna est revenu sur son opinion première du jour où l'origine exclusivement histiogène des plasmazellen fut généralement battue en brèche.

Mais le problème en est resté là ; et, tout en subissant dans une certaine mesure les vicissitudes des doctrines hématologiques et cytologiques relatives à l'origine du lymphocyte, la cytologie du chancre syphilitique n'a pas suscité par elle-même de travaux plus suivis. A peine peut-on reconnaître dans la description de Letulle celle d'un nodule infectieux un peu spécial, « formé de leucocytes mononucléaires, de macrophages, et souvent de plasmazellen ». Audry ne reconnaît aucune particularité dans l'infiltration du chancre syphilitique. Enfin les travaux les derniers en date se bornent à enregistrer les notions anciennes, et tendent à peine à restreindre le rôle des plasmazellen : Sternberg, dans son rapport au Congrès de la Deutsche pathologische Gesellschaft, 1913, sur le rôle des lymphocytes, note simplement que dans le chancre « on voit des infiltrats denses formés surtout de plasmazellen et de lymphocytes en petit nombre » et que « dans la profondeur, la zone d'infiltration entourant les vaisseaux est formée de lymphocytes au voisinage desquels surviennent les plasmazellen ».

Il nous apparaît donc que, si la rigueur de la formule de Unna a été

atténuée depuis 1894, puisque le rôle et l'origine de la cellule constitutive du plasmome ont été l'un amoindri, l'autre discutée, la formule n'a été en réalité ni corrigée, ni revisée. Aujourd'hui, cependant, où l'hématologie d'une part fournit des précisions nouvelles au diagnostic morphologique des éléments cellulaires, et où d'autre part les doctrines cytologiques, simples ou complexes, cherchent des arguments dans les lésions les plus diverses, il semble que ce plasmome si particulier que constitue le chancre induré doive être remis en question et étudié avec le plus grand intérêt.

Les recherches que nous avons entreprises sur le chancre humain et sur le chancre expérimental nous permettent d'apporter quelques précisions aux travaux classiques sur ce point.

Nos recherches nous ont montré que l'infiltration, loin de présenter une physionomie uniforme, était toujours très variée, les formes cellulaires étant si nombreuses que leur lecture constitue une véritable étude de cytologie.

Dans cette note préliminaire toutefois nous ferons abstraction des renseignements que les documents amassés sont susceptibles de nous fournir sur les rapports qui existent entre les diverses formes cellulaires que nous avons rencontrées. Bien que les néoformations vasculaires et les lésions endo et périvasculaires soient assez abondantes pour nous montrer les transformations que peuvent subir soit la cellule périvasculaire de Renaut (ou cellule adventitielle de Marchand), soit la cellule endothéliale, afin de devenir cellule-souche, lymphocyte, plasmazelle, ou macrophage, nous négligerons toute doctrine, nous bornant ici à à constater la variété des formes cellulaires du chancre humain (1).

Nos observations portent sur 9 chancres dont voici le détail :

I. — Homme, 26 ans, sous-officier d'infanterie coloniale. Paludisme et filariose. Chancre syphilitique du prépuce datant de 3 jours. Excision le 3 mars 1914.

II. — Homme, 19 ans, manœuvre. Chancre simple, après deux jours d'incubation, sur le prépuce et le filet, traité par l'iodoforme, et guéri le 13e jour; le 15e jour, au même endroit, chancre syphilitique, excisé le 10e jour, le 5 juin 1914.

III. — Homme, 16 ans, apprenti. Chancre syphilitique du sillon balano-préputial et de la couronne, datant de 15 jours. Excisé le 23 janvier 1914. Réaction de Wassermann négative dans le sang.

IV. — Homme, 18 ans, serrurier. Chancre syphilitique du frein datant de 3 semaines. Excisé le 28 janvier 1914. R. W. négative dans le sang.

(1) Nos recherches sur le chancre du lapin ne nous permettent pas encore de dire s'il y a lieu de le distinguer du chancre humain Tout au plus pourrions-nous dire que les plasmazellen y sont plus nombreuses. Nous n'oserions pas, en particulier, affirmer l'éosinophilie constatée par Koch, sachant combien il est difficile de distinguer chez le lapin les éosinophiles des neutrophiles pseudo-éosinophiles.

V. — Homme, 19 ans, quincailler. Chancre syphilitique datant de un mois sur le sillon balanoprépulial. Excisé le 14 février 1914. R. W. négative.

VI. — Homme, 23 ans, mécanicien. Chancre syphilitique du sillon balanoprépulial datant de 4 semaines. Excisé le 13 janvier 1914. R. W. négative.

VII. — Homme, 24 ans, employé de tramways. Chancre syphilitique en août 1913 traité par le salvarsan et le mercure. Réinoculation ou récidive chancriforme sur le prépuce en novembre 1913 ; excision au bout d'un mois le 5 décembre 1913. R. W. positive.

VIII. — Homme, 40 ans, trimardeur. Chancre œdémateux du fourreau datant de un mois et demi ; œdème du fourreau. Excisé le 13 décembre 1913. R. W. positive.

IX. — Homme, 27 ans. Chancre du fourreau datant de 2 mois. Roséole, plaques muqueuses de la bouche. R. W. positive. Excision le 22 février 1914.

La nature syphilitique des lésions a été démontrée dans chaque cas par l'examen clinique, et par l'examen ultramicroscopique, et le plus souvent par l'inoculation au lapin qui a reproduit un chancre syphilitique renfermant des trépomènes à l'ultra-microscope.

Technique. — Le chancre étant excisé d'un coup de ciseaux, sans anesthésie locale, était immédiatement sectionné par le milieu, et la surface de section imprimée sur plusieurs lames, dont l'une était réservée pour l'examen ultramicroscopique. Les fragments étaient fixés dans une solution de bichromate de potasse-formol, inclus à la paraffine, et débités en coupes sériées. Les lames ont été colorées au May-Grünwald-Giemsa, ou May-Grünwald-Panchrom, au Vert de méthyle-Pyronine.

Sur chaque empreinte nous avons fait une numération des éléments d'infiltration, comme s'il s'agissait d'une lame de sang, en ayant soin de ne tenir compte que des endroits dans lesquels le protoplasma des cellules n'était pas altéré.

Pourcentage des cellules d'infiltration :

	PETITS LYMPHOCYTES	MOYENS MONONUCLÉAIRES	PLASMA-ZELLEN	GRANDS LYMPHOCYTES cellules-souches etc...	
					Polynucléose
Obs. I.	37 %	7 %	2 %	2 %	49 %
Obs. II.	34 %	10 %	3 %	10 %	»
Obs. III.	75 %	»	2 %	8 %	»
Obs .IV.	44 %	5 %	3 %	3 %	»
Obs. V.	48 %	16 %	10 %	5 %	»
Obs. VI.	62 %	»	3 %	5 %	»
Obs. VII.	69 %	»	2 %	10 %	»
					Éosinophilie
Obs. VIII.	30 %	10 %	2 %	7 %	7 %
Obs. IX.	30 %	14 %	9 %	5 %	»

1° *Cellules lymphoïdes.*

Dans toutes ces préparations nous avons trouvé à côté des lymphocytes typiques (fig. 10 à 13) des moyens mononucléaires en quantité notable, des grands mononucléaires de divers types (fig. 38, 39 et 40), des cellules-souches (myélocyte orthobasophile de Dominici ; ou lymphoïdocyte de Pappenheim, dont l'atlas nous fournit des termes de comparaison, cf. Supplément 1911, p. 55 et Prototypes, 53 et 54), des grands lymphocytes (fig. 2 à 9) et enfin des myéloblastes (ou leukoblastes, fig. 31 à 34).

Les formes de Rieder ne sont pas nombreuses (fig. 5, 6, 8, 13).

En ce qui concerne les cellules de la lignée myéloïde, notons que ce n'est pas seulement sur l'apparence du réseau chromatonien que nous leur attribuons cette origine : nous avons plusieurs fois pratiqué la réaction de Schultze (naphtol et diméthylphénylènediamine), et constaté que certains éléments à noyau volumineux et à mince bordure protoplasmique donnaient la réaction d'oxydase. Il s'agissait donc bien de cellules d'apparence lymphoïde mais appartenant à la série granuleuse. Nous n'avons toutefois rencontré que de très rares myélocytes.

2° *Plasmazellen.*

Leur nombre est minime puisqu'il ne dépasse pas 10 pour 100. Mais il convient de remarquer que nous n'entendons désigner par là que la petite plasmazelle typique (fig. 15 à 18 et 20 à 23), et qu'en dehors de ces éléments nous avons compté, pour chaque chancre, un nombre à peu près équivalent de cellules, moins typiques, mais appartenant à la même série, ce qui donne un total de 10 à 20 plasmazellen pour 100. Ces cellules moins typiques ont un protoplasma fortement basophile généralement développé, et doivent être considérées soit comme des cellules de Türk (fig. 25 à 29), soit comme des plasmazellen lymphoblastiques (fig. 44 à 49), soit enfin comme des plasmazellen d'origine myéloblastique (fig. 35, 36, 37, 41). Il est impossible de les distinguer, sur les coupes de chancre, des cellules jeunes à protoplasma basophile, dont le nombre est élevé (de 5 à 10 pour 100, en général), et avec lesquelles les auteurs les ont certainement confondues. Nous croyons cependant nécessaire de séparer ces deux groupes d'éléments, puisqu'il est possible le plus souvent de les distinguer les uns des autres par les colorations hématologiques usuelles.

On doit en effet considérer la plasmazelle comme l'aboutissant de formes cellulaires diverses. Chacune des séries, lymphocytaire ou autre, à n'importe quelle période de son évolution, paraît susceptible d'acquérir le développement et la basophilie exagérée du protoplasma qui sont les caractères distinctifs de la plasmazelle.

Aussi avons-nous figuré en regard des grands éléments-souches

(fig. 24, 42, 43) les éléments correspondants dans la série des plasmazellen, qu'ils soient d'ailleurs d'origine lymphoblastique (49) ou myéloblastique(44, 45, 46, 47). Au sujet des figures 35, 36, 37 et 41, nous avons cru pouvoir séparer ces cellules à protoplasma fortement basophile des myéloblastes et des grands mononucléaires avec lesquels ils ont de grands points de ressemblance. Pappenheim figure de son côté (Prot. 53, fig. 4 à 12) des plasmazellen semblables de souche granulocytaire, et (de 11 à 14) des cellules dont le noyau est échancré comme dans notre figure 37.

Les grains azur manquent dans les plasmazellen, et nous avons séparé les figures 13 et 17 malgré leur parenté évidente.

Nous avons noté une fois une grande abondance de polynucléaires neutrophiles (cas 1, 49 pour 100) et une autre fois une certaine éosinophilie locale (cas VIII, 7 pour 100).

Dans le premier cas, il s'agissait d'un chancre jeune en voie de formation. Rubens-Duval a déjà constaté « la prépondérance des polynucléaires neutrophiles dans le tissu du chancre syphilitique tout à fait au début ».

Dans l'autre cas, il s'agissait d'un chancre œdémateux avec lésions inflammatoires banales surajoutées.

La conclusion qu'on peut tirer de cette étude sommaire est que la prolifération lymphoïde dans le chancre syphilitique est beaucoup plus riche et diverse qu'on ne pourrait le croire sur la foi des formules classiques, puisque elle aboutit à la formation de cellules lymphoïdes de presque tous les types connus, y compris les éléments jeunes de la série granuleuse. La majeure partie est représentée par des lymphocytes typiques. Les plasmazellen existent en quantité peu considérable par rapport à ces derniers.

Est-il possible, d'après ces seules données, de définir le chancre syphilitique comme un plasmome?

En ce qui concerne les plasmazellen, nous croyons que, vu leur petit nombre et la multiplicité de leurs formes — c'est-à-dire la variété de leurs origines — elles peuvent être considérées comme la déviation des formes lymphoïdes normales correspondantes. Sans préjuger cependant d'une manière certaine de leur signification, puisque nous ne sommes par ailleurs nullement éclairés sur le rôle de ces éléments dans les tissus pathologiques, nous pouvons dire qu'ici elles font figure de cellules dégénérées, et qu'en tout cas elles n'apparaissent que comme un accident.

Même si leur formation est toute locale, ce ne sont donc pas les plasmazellen qu'il faut examiner pour dire si l'infiltration du chancre naît sur place, mais bien leurs cellules génératrices.

Or en ce qui concerne ces dernières, leur formule cytologique complexe peut être considérée, certes, comme le produit d'une prolifération désordonnée locale, la plupart de ces formes cellulaires étant étrangères au sang circulant (Notons en passant que cette prolifération si variée constitue un argument en faveur des théories unicistes que les hématologistes français, et notamment Dominici, ont toujours soutenues, la cellule-souche leur paraissant capable de donner naissance in situ aux formes cellulaires diverses que les distinctions, peut-être trop subtiles de l'hématologie, nous ont appris à opposer les unes aux autres). Mais enfin l'infiltration n'est peut-être pas exclusivement d'origine locale; tout au moins est-il difficile de l'affirmer dans l'état actuel de nos connaissances sur l'histogénèse du chancre.

Il nous paraît donc que la question doit encore être réservée; et c'est à ce titre que la formule de Cornil, comme nous le disions au début, est peut-être la plus vraie, car elle n'assigne pas aux cellules de l'infiltration une origine et un rôle déterminés, tout en nous permettant de préciser leur morphologie jusqu'à plus ample information.

BIBLIOGRAPHIE

Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*. Syphilis, t. I, p. 228.

Marchand u. Sternberg, *Verhandlungen der Deutschen Pathologischen Gesellschaft*, 1913.

Unna, *Histopathologie der Haut*, 1894, p. 521.

Martinotti, Le plasmazellen. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1910, fasc. IV et V.

Rubens-Duval, Cytologie des inflammations cutanées, *Thèse* de Paris, 1908, p. 244.

Audry, Les processus histo-pathologiques de la syphilis. *Journal médical français*, 15 avril 1910.

Letulle, *Manuel d'anatomie pathologique*, Paris, 1913.

Koch, in Uhlenhuth u. Mulzer, *Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte*, 1913, 44, p. 414.

Pappenheim, *Atlas der menschlichen Blutzellen. Supplement*, 1911.

EXPLICATION DE LA PLANCHE IV

Objectif à immersion 1/16, oculaire compensateur 4.
Dessin à la chambre claire.

Fig. 1, 30, 42, 43, cellule-souche (lymphoïdocyte) à protoplasma basophile et à réseau nucléaire délicat renfermant 1 ou 2 nucléoles bleuâtres.

Fig. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 24, grands lymphocytes à gros noyau, parfois légèrement échancré (fig. 1, 6, 9), à mince bordure protoplasmique basophile.

Fig. 10 à 14, petits lymphocytes; 19, moyen mononucléaire.

Fig. 15 à 18, 20 à 23, plasmazellen. La figure 15 représenterait la plasmazelle fille (histioïde) de Unna, dépourvue de nucléole et d'espace semi-lunaire clair protoplasmique. Les figures 20, 21, 23 représenteraient la grande plasmazelle lymphocytiforme de Marschalko, à gros noyau parfois nucléolé, à protoplasma généralement très développé. Ces distinctions ne paraissent pas devoir être maintenues,

la plupart des caractères précités étant très inconstants. La figure 23 forme transition avec le groupe suivant.

Fig. 25 à 29, plasmazellen dites « cellules de Türk » ou « plasmazellen du sang », paraissant dériver directement du grand lymphocyte fig. 24.

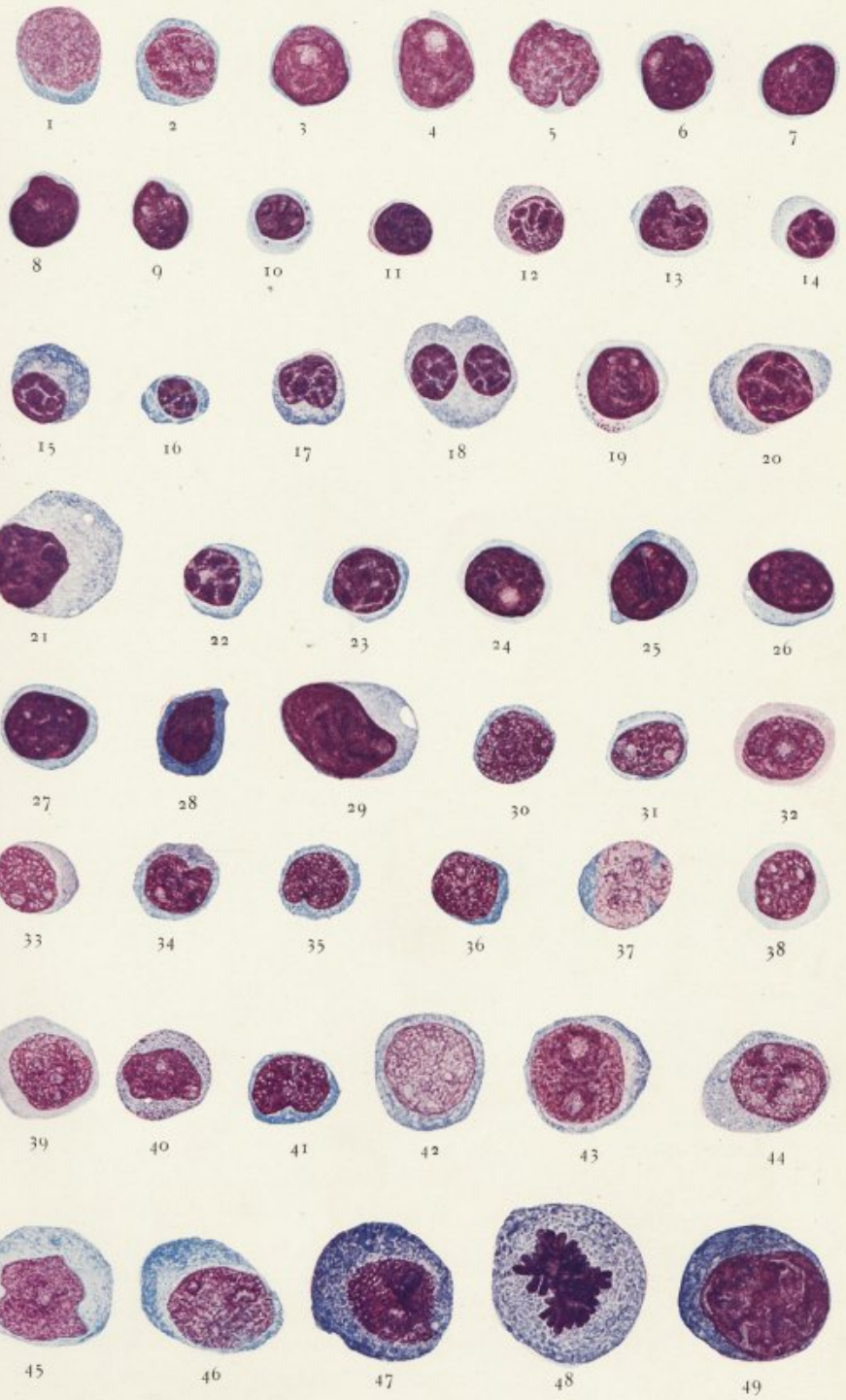
Fig. 31 à 34, myéloblastes à noyau formé d'un réseau chromatinien fin et dense.

Fig. 35, 36, 37, 41, plasmazellen d'origine myéloblastique, paraissant dériver du groupe précédent, ou des grands mononucléaires fig. 38, 39 et 40 (fig. 40 à grains azurophiles).

Fig. 44, 45, 46, 47, grandes plasmazellen dites « pseudo-plasmazellen de Hodara-Schridde lymphoblastiques », à noyau vésiculeux et nucléolé, dérivant de la cellule-souche de grande taille, type 42 et 43. Elles appartiendraient à la lignée myéloïde, la fig. 49 appartenant à la lignée lymphoïde caractérisée par le noyau à grosses masses chromatiniennes.

Fig. 48, karyokinèse.

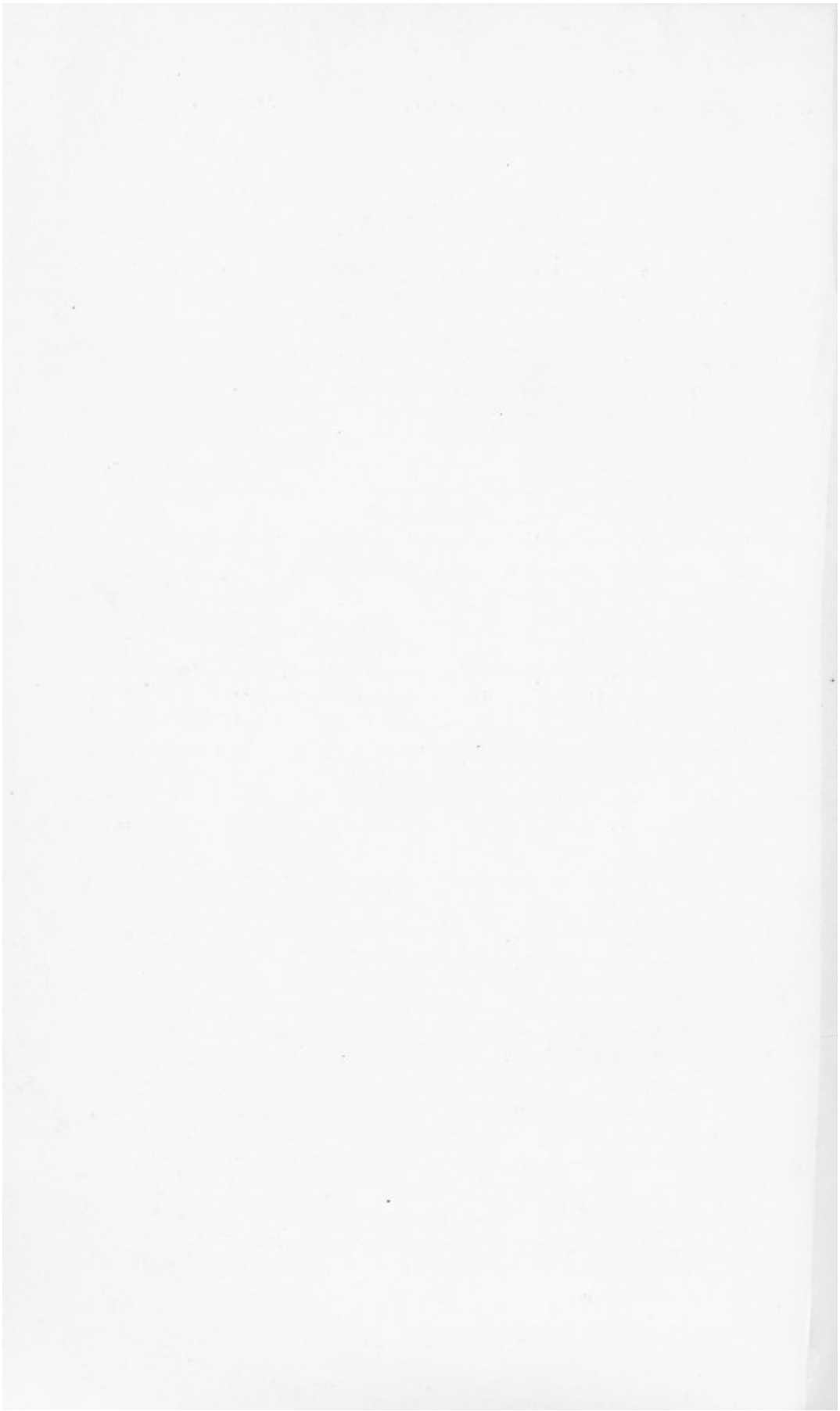
(Nanta.)



MASSON ET Cie, ÉDITEURS

A. Nanta, del.

Demoulin frères, sc.



TRAUMATISME ET SCLÉRODERMIE

Par le **Dr Georges Thibierge.**

Les auteurs qui ont écrit, surtout dans ces dernières années, sur la sclérodermie ne manquent pas de signaler parmi ses causes le traumatisme sous différentes formes. Quelques observations ont régulièrement les honneurs d'une citation au paragraphe de l'origine traumatique de la sclérodermie, paragraphe qui aboutit toujours à cette conclusion que les formes localisées, en particulier les sclérodermies en bandes, peuvent être provoquées par un traumatisme.

L'observation d'un malade que j'ai eu récemment l'occasion d'étudier dans mon service montre, ainsi qu'un fait antérieur de Dercum, que les formes généralisées, aiguës de la sclérodermie, celles auxquelles s'applique la dénomination de sclérémie proposée par E. Besnier, peuvent également avoir une origine traumatique.

Il m'a paru qu'il y avait lieu, à propos de ce fait, de reprendre dans son ensemble la question des rapports entre la sclérodermie et le traumatisme, question que les auteurs de monographies sur la sclérodermie traitent de façon toute incidente, et qui n'a été à ma connaissance étudiée spécialement que dans un travail assez médiocre de Teske (1).

L'influence du traumatisme sur le développement de la sclérodermie est signalée, de façon formelle, dans plusieurs monographies sur cette affection et dans les principaux traités généraux de dermatologie.

Bouttier (2) la note expressément, mais cite à l'appui plusieurs cas fort discutables, tels que celui de Wölfler, où une suppuration de l'avant-bras d'origine traumatique a été suivie de lésions scléreuses de la main dans lesquelles il y a plutôt lieu de voir le résultat d'une lymphangite qu'une sclérodermie vraie, tels encore ceux de Neumann trop incomplètement rapportés pour permettre de les accepter pour démonstratifs. Il cite encore le cas insuffisamment démonstratif de Bernhardt et Schwalbach.

Lewin et Heller (3), dans leur monographie si complète de la sclérodermie, où se trouvent résumés tous les faits de sclérodermie alors connus, consacrent un paragraphe à son origine traumatique ; mais, à

(1) Teske, Die traumatische Sklerodermie, mit Berücksichtigung der Unfallheilkunde. *Monatsschrift f. Unfallheilkunde,* 1906, p. 210.
(2) Bouttier, De la sclérodermie. *Thèse,* Paris, 1886.
(3) Lewin et Heller, *Die Sklerodermie. Eine monographische Studie.* Berlin, 1895.

côté de faits présentant une réelle valeur démonstrative, ils admettent l'origine traumatique d'autres cas très contestables.

Il en est de même de Luithlen (1), dans son article très complet du *Mracek's Handbuch*.

Garrigues (2) reproduit à peu près textuellement le passage de la thèse de Bouttier.

Teske (3), sans apporter de cas personnels, résume des observations de sclérodermie ayant débuté à la suite d'émotions morales, de refroidissements, de gelures et de traumatismes divers. Il admet l'origine traumatique d'un certain nombre de cas.

Cassirer, dans son importante monographie sur les Névroses vasomotrices trophiques (4), apporte un peu plus d'esprit critique que la plupart des auteurs dans la discussion des rapports de la sclérodermie et du traumatisme, exclut le rôle de celui-ci dans un cas personnel où le malade essayait de la faire intervenir et qui d'ailleurs doit être classé dans l'acrodermatitis atrophicans de Herxheimer.

*
* *

Des recherches bibliographiques très étendues, au cours desquelles j'ai lu dans leur texte original la presque totalité des observations de sclérodermie publiées depuis 25 ans et le plus grand nombre de celles antérieures à cette époque, m'ont permis de relever dans les auteurs une quarantaine de cas de sclérodermie, dans les antécédents desquels l'existence d'un traumatisme est signalée.

Ces observations, dont je reproduis ci-après in extenso toutes les données relatives au traumatisme et à l'évolution de la sclérodermie, sont, au point de vue de leur valeur démonstrative, d'importance très inégale, les auteurs qui les ont rapportées n'ayant souvent porté aucune attention sur le rôle étiologique possible du traumatisme et ayant signalé celui-ci d'une façon incidente et sommaire.

*
* *

Plusieurs observations doivent être éliminées parce que l'intervalle écoulé entre le traumatisme et l'apparition ou tout au moins la constatation de la sclérodermie est trop considérable pour qu'on puisse admettre un rapport de cause à effet entre le premier et la seconde.

(1) Luithlen, Art. Sclérodermie, in Mracek *Handbuch der Hautkrankheiten*. Vienne, 1909, t. III, p. 164.
(2) Garrigues, Syncope et asphyxie locales, gangrène, sclérodermie. *Thèse*, Paris, 1900, p. 182.
(3) Teske, *Loco citato*.
(4) Cassirer, *Die vasomotorisch-trophischen Neurosen*. Berlin, 1912, p. 542.

Telle est l'observation VII de la thèse de Collin (1) où la sclérose de la région thoracique est survenue sept ans après une fracture de côtes :

Garçon de 20 ans, vu par E. Besnier le 22 juillet 1882 : a eu il y a 7 ans une fracture de côtes qui a déterminé l'excavation qu'il porte actuellement sur le côté gauche.

Sans aucune cause appréciable, il a vu apparaître en avril 1882 une plaque blanche et dure qui occupe l'extrémité inférieure gauche du sternum.

De même, dans le cas de James (2), la sclérodactylie a débuté plus de 15 ans après une blessure de l'index droit.

Le malade, âgé de 34 ans, d'une bonne santé, a reçu une blessure à l'index droit il y a 20 ans ; le doigt est toujours resté raide ; dernièrement il est devenu bleu et son extrémité s'est détachée ; les autres doigts de la main droite ont été atteints de la même façon, ainsi que les oreilles. Il y a trois ans, la peau des mains est devenue très épaisse et il y a eu de la difficulté à ouvrir la bouche ; actuellement la sclérodermie est généralisée avec prédominance aux mains. Atrophie du corps thyroïde.

Lewith (3) rapporte un cas (le 2e de son mémoire) de sclérodermie en plaques multiples dans lequel les lésions ont débuté 9 ans après une contusion de l'articulation tibio-tarsienne.

Femme de 35 ans. Il y a 11 ans, elle tomba d'une faible hauteur sur un tas de foin et se fit une contusion de l'articulation du cou-de-pied gauche. Il y a 2 ans, elle remarqua sans cause connue l'apparition d'une tache rouge de la dimension d'un kreutzer sur le dos de la main droite. Des plaques multiples se sont développées depuis lors.

Un fait d'Ohier (4) a à trait une femme atteinte de sclérodermie généralisée à début par la sclérodactylie, survenue 7 ans après une chute.

Femme de 38 ans, vue le 20 novembre 1883. A 24 ans, a eu une grande peur : est tombée du 2e étage et en a été quitte pour quelques contusions. En 1876, c'est-à-dire il y a 7 ans, elle commence à s'apercevoir que ses doigts s'engourdissent, les articulations sont raides, les dernières phalanges se refroidissent.

Cassirer (5) rapporte un cas de sclérodermie d'origine soi-disant traumatique. L'auteur lui-même exprime des doutes formels sur cette origine et se base sur ce que l'anamnèse n'a été fournie que par le malade lui-même et sur ce que les lésions étaient trop étendues pour

(1) Eug. Collin, Contribution à l'étude de la sclérodermie. *Thèse*, Paris, 1886.
(2) A. James, *Edinburgh medico-chirurgical Society*, 21 décembre 1898. *Scottish medical and surgical Journal*, 1899, IV, p. 159.
(3) Lewith, Ueber den elektrischen Leitungswiderstand der Haut bei Sklero derma. *Archiv f. Dermatologie*, 1891, t. XXIII, p. 253.
(4) Ohier, Le masque sclérodermique. *Thèse*, Paris, 1883.
(5) Cassirer, *loco citato*, p. 542 et 558.

avoir pu se développer depuis l'accident. Une autre raison me porte à éliminer ce cas d'une étude sur la sclérodermie traumatique, c'est que les symptômes ne sont pas ceux de la sclérodermie, mais bien ceux de l'acrodermatitis atrophicans de Herxheimer.

Homme de 47 ans, cocher. Dit avoir été il y a un an la victime d'un accident : en traversant en voiture la voie d'un chemin de fer, a été renversé par un train, est tombé de sa voiture entre ses chevaux, a perdu connaissance et a eu de nombreuses blessures sur la tête et sur tout le corps, qui ont cependant guéri sans réaction. Depuis lors, a eu des douleurs de tête et des douleurs dans les bras et les jambes.

Sur les membres inférieurs, la peau est d'un rouge foncé, traversée par une grande quantité de veines fortement sinueuses, transparant en bleu noir foncé. Les jambes sont, spécialement dans leur tiers inférieur et au niveau des pieds, gonflées, la peau est diffusément tendue, élastique, dure comme du cuir, difficilement mobile sur les parties sous-jacentes. Les lésions, assez symétriques, remontent en arrière jusqu'à la région fessière, en avant jusqu'au milieu de la cuisse.

Sur la partie postérieure des deux coudes, on voit des taches tout à fait semblables; la peau y est aussi d'un rouge foncé et traversée par des veines d'un bleu noir, élargies; elle est fortement appliquée sur les parties sous-jacentes et indurée.

Corlett (1) croit que le cas suivant ne peut être attribué au traumatisme, parce qu'après l'accident l'enfant ne s'est plainte d'aucune gêne et n'en a accusé qu'après qu'on eut remarqué la lésion de l'avant-bras. L'association, dit Corlett, semble hautement improbable.

Fillette de 10 ans. A depuis deux ans sur la face postérieure du membre supérieur gauche des taches de morphée à différents degrés de développement, dont la plus typique occupe le tissu moyen de l'avant-bras.

La mère de l'enfant déclare que celle-ci à l'âge de 5 ans tomba d'une rampe et se heurta le dos. Cette blessure ne fut pas regardée comme grave et le souvenir en était perdu lorsqu'il fut rappelé par la sensibilité que l'enfant ressentait à la partie supérieure du rachis depuis qu'elle est malade.

Neumann (2) rapporte sommairement dans les termes suivants une observation qui n'a rien de démonstratif.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, chez laquelle, soi-disant à la suite d'une revaccination, se développa sur l'avant-bras droit une sclérodermie chéloïdiforme.

L'observation souvent citée de Touton, qui a trait à une sclérodermie diffuse des membres supérieurs et inférieurs et du tronc survenue

(1) Corlett, A case of circumscribed scleroderma (morphœa). *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, 1894, t. XII, p. 62.

(2) Neumann, *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 20 avril 1910. *Archiv f. Dermatologie*, t. CIII, p. 367.

à la suite de la pénétration d'une écharde de bois entre le pouce et l'index droits, ne m'est connue que par des résumés sommaires (1) qui ne permettent pas de la discuter; le titre même de ces résumés autorise à se demander s'il s'agissait bien d'une sclérodermie. Le traumatisme paraît en tous cas avoir été bien minime.

Wölfler (2) relate sous le nom de sclérodermie un fait d'inflammation chronique de la peau consécutive à une fracture compliquée des os de l'avant-bras avec suppuration.

Homme de 64 ans. A la suite de fracture compliquée des deux os de l'avant-bras gauche, il y eut une suppuration et des hémorragies secondaires qui nécessitèrent la ligature de l'artère brachiale et plus tard celle de l'artère axillaire. La guérison demanda neuf mois. Les ongles, la peau des doigts et de la main rappellent la sclérodermie; le tégument est atrophié, sec, gercé, parcheminé, sans poils, d'un blanc mat luisant, froid au toucher.

Neumann a cité des cas analogues à la suite de phlegmon, qui ne paraissent pas non plus rentrer dans le cadre de la sclérodermie.

Dans le fait suivant de Hutchinson (3), que R. Crocker (4) donne comme un exemple de sclérodermie d'origine traumatique, on ne peut vraiment assimiler à un traumatisme le fait que l'enfant s'est plainte que son soulier lui faisait mal.

Fillette de 5 ans. Morphée étendue du membre inférieur droit. La mère dit qu'il y a environ un an l'enfant s'est plainte que son soulier lui faisait mal. On ne nota cependant rien de précis jusqu'à ces derniers mois où on remarqua sur le devant du cou-de-pied une tache blanche qui s'étendit rapidement.

*
* *

Ces éliminations faites, il reste, en y comprenant les cas que j'ai pu observer 32 observations, pouvant servir à fixer le rôle du traumatisme dans le développement de la sclérodermie.

(1) Touton, Demonstration eines Falles von diffuser, der Sklerodermie ähnlicher Hauterkrankung nach einem Trauma. *60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden. 1887.* Le compte rendu du 60. Versammlung ne se trouvant dans aucune bibliothèque parisienne, je ne connais ce fait que par les résumés d'auteurs identiques parus dans le *Vierteljahresschrift für Dermatologie,* 1888, t. XX, p. 100 et dans les *Monatshefte f. praktische Dermatologie,* 1887, t. VI, p. 1098. Ces résumés annoncent que l'observation détaillée du cas doit paraître dans un recueil spécial; mes recherches ne m'ont pas permis de la retrouver.

(2) Wölfler, Ueber einen Fall von Sklerodermie und Onychogryphosis. *Prager Vierteljahresschrift f. praktische Heilkunde,* 1881, n° 1 (d'après l'analyse des *Annales de Dermatologie,* 1882, p. 584).

(3) J. Hutchinson, *Lectures on clinical surgery.* Vol. I. On rare diseases of the skin. Londres, 1879, p. 321.

(4) R. Crocker, Clinical lectures on scleroderma. *Lancet,* 23 mai 1885, p. 928.

En tenant compte exclusivement des caractéristiques morphologiques de la sclérodermie, on peut les classer sous les rubriques suivantes :

I. Sclérodermies en plaques ou en bandes localisées au niveau du traumatisme.

II. Sclérodermies en plaques multiples dont la première plaque est apparue à la suite et au siège d'un traumatisme.

III. Sclérodermies en plaques généralement multiples, survenues en des points exposés à des pressions répétées.

IV. Sclérodermie diffuse d'un membre atteint d'un traumatisme.

V. Sclérodermies généralisées développées à la suite d'un traumatisme.

VI. Sclérodermies progressives développées à la suite d'un trausmatisme.

VII. Sclérodermie aggravée par un traumatisme intercurrent.

I. *Sclérodermies en plaques ou en bandes localisées au niveau du traumatisme.* — Ce sont peut-être, de tous les cas où le traumatisme est signalé, ceux pour lesquels on peut avec le plus de raison invoquer son influence causale.

A cette catégorie appartiennent trois observations, presque identiques, de Pinkus (1), de Bunch (2) et de Dubreuilh (3), de sclérodermie en bandes de la région frontale, d'un type clinique très particulier, sur lequel R. Crocker (4) a spécialement attiré l'attention dans son Atlas. Dans ces trois observations, l'existence du traumatisme est nettement précisée ; la rapidité de l'apparition de la sclérodermie dans le cas de Bunch, l'extension de la cicatrice dans celui de Dubreuilh ne semblent laisser aucune doute sur les rapports de l'affection avec le traumatisme.

Obs. I (Pinkus). — Vieille femme, atteinte depuis de longues années de sclérodermie en bande du front, atrophiée, déprimée, ayant tout à fait l'aspect cicatriciel et lamellaire dans sa partie supérieure. à la limite du cuir chevelu. Elle déclare que l'affection est apparue à la suite d'un traumatisme. Pinkus n'a d'abord pas attaché grande importance à cette déclaration parce que la malade est âgée et un peu démente ; il reconnait cependant que l'aspect cicatriciel de la partie supérieure de la bande s'explique par le traumatisme mentionné.

Obs. II (Bunch). — Fillette de 5 ans; tomba sur le front il y a deux ans et au niveau du coup apparut une ou deux semaines après une petite tache qui s'étendit graduellement. Il y a maintenant une tache atrophique, dépri-

(1) Pinkus, Streifenförmige Sklerodermie. *Berliner dermatologische Gesellschaft,* 14 novembre 1905. *Dermatologische Zeitschrift,* février 1906, p. 116.

(2) Bunch, Morphœa. *Royal Society of Medicine, Dermatological Section,* 17 décembre 1908. *British journal of Dermatology,* janvier 1909, p. 24.

(3) Dubreuilh, Sclérodermie atrophique en bandes frontales. *Annales de Dermatologie,* avril 1909, p. 255.

(4) R. Crocker, *Atlas of the disease of the skin.* Londres, 1896, t. 2, pl. XLIX.

mée, jaunâtre, allant de l'échancrure sur-orbitaire droite au cuir chevelu, suivant le trajet du nerf sus-orbitaire droit.

Obs. III (Dubreuilh). — Fillette de 6 ans. Vers l'âge de 2 ou 3 ans a reçu sur le côté droit de la tête un coup, qui a produit une plaie ayant laissé une cicatrice. Peu à peu, cette cicatrice bordée de brun s'est déplacée en suivant un trajet dirigé en bas et en avant et en laissant un sillon partant du voisinage de la suture occipito-pariétale pour aboutir à l'apophyse orbitaire externe du côté droit.

Dans les observations suivantes, un traumatisme variable (morsure, chute, coup) mais nettement précisé précède d'un petit nombre de mois une plaque unique de sclérodermie développée au niveau même du traumatisme, lequel siégeait au genou dans les cas de Leisrink (1) et de Sympson (2), à la région mammaire dans le cas de Collin (3), au niveau de l'épaule dans celui de Cullen (4).

Obs. IV (Leisrink). — Garçon de 6 ans. Il y a un an et demi, l'enfant fut mordu par un chien au genou droit; cette blessure n'eut aucune suite. Il y a un an, le même membre fut cogné par un veau, sans qu'il en résultât autre chose qu'une douleur instantanée. Trois mois plus tard, les parents remarquèrent à peu près à l'insertion du vaste interne sur le ligament rotulien une petite tache rouge, dure et résistante qui augmenta de dimensions. Lorsque l'enfant fut examiné, il présentait une sclérodermie en bande de la cuisse droite s'étendant depuis la rotule jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Obs. V (Sympson). — Fille de 5 ans. Bande de sclérodermie occupant la partie antérieure et interne du membre inférieur gauche, variant en largeur de 9 centimètres au niveau de l'aine à 3 centimètres sur le dos du pied.

L'enfant à la suite d'une chute sur le genou avait eu de la raideur de cette articulation. Peu de mois après, elle se fit à la suite d'une nouvelle chute une contusion du genou, laquelle fut suivie d'un épaississement de la peau au niveau de la rotule, épaississement qui s'étendit graduellement à la cuisse et à la jambe.

Obs. VI (Collin). — Homme de 41 ans. Un mois avant l'apparition des lésions pour lesquelles il vient consulter, fit une chute de 1 mètre de hauteur, qui ne lui causa qu'une légère douleur dans la région envahie plus tard. Constata avec surprise, sur le côté droit, un peu au-dessus du sein, une plaque de sclérodermie typique avec lilac ring un peu au-dessus du

(1) Leisrink, Beitrag zur Lehre von der Sklerodermia adultorum, namentlich in Bezug auf die Verwandschaft zur Elephantiasis Arabum. *Deutsche Klinik*, 1869, p. 27.

(2) Sympson, Case of scleroderma affecting the left lower extremity. *British medical journal*, 7 juin 1884, p. 1089.

(3) Collin, *Loco citato*. Obs. VI.

(4) Cullen, Presentation of a case of scleroderma. *Johns Hopkins hospital Bulletin*, 1904, p. 180.

sein droit qui finit par atteindre 8 centimètres de long et 3 de haut, une autre semblable en arrière et un groupe de quatre au-dessous et en avant.

Obs. VII (Cullen). — Jeune fille de 14 ans, atteinte de sclérodermie sur la face postérieure de l'épaule gauche datant d'une blessure que la malade s'est faite il y a 25 mois en se cognant contre une table. La plaque, de forme irrégulière, s'étend de la pointe de l'acromion à quelques millimètres de la base de l'épine de l'omoplate; sa limite supérieure correspond au bord antérieur du trapèze, l'inférieure passe à un travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate.

Mon collègue et ami le Dr Brocq a bien voulu me communiquer l'observation, dont voici le résumé, d'une sclérodermie en bande du membre supérieur consécutive à une contusion de ce membre, observation rentrant dans la même catégorie que les 4 précédentes.

Obs. VIII (Brocq; inédite). — Homme de 21 ans. Fait le 5 octobre 1914, étant dans un camp d'instruction militaire, une chute sur le ventre et se contusionne le bras droit avec la crosse de son fusil. Quelques jours plus tard, survint au niveau de l'avant-bras une rougeur diffuse. Quinze jours environ après l'accident, le malade éprouve dans le membre supérieur une certaine raideur et de la gêne des mouvements. A la fin d'octobre, le médecin de son régiment constate l'existence d'une bande indurée. A cette époque, il existe une bande scléreuse, extrêmement épaisse, adhérente aux plans profonds, partant du poignet, remontant le long de la face antérieure du radius jusqu'au coude; sa largeur est de 2 centimètres environ. A partir du coude, la bande est plus étroite; elle s'atténue à partir de la région moyenne du bras, mais on en sent des vestiges jusqu'à l'épaule.

Fieber (1) rapporte, sans se prononcer sur la valeur de l'étiologie invoquée, l'observation d'une enfant atteinte de sclérodermie en plaques de l'épaule que l'enfant attribuait à des coups répétés reçus dans la région atteinte.

Obs. IX (Fieber). — Fille de 11 ans; huit mois auparavant on a remarqué sur l'omoplate gauche une tuméfaction douloureuse s'étendant sur les fosses sus et sous-épineuses; des taches diversement colorées, entourées d'une bordure brune, se montrèrent également sur le membre supérieur gauche. Atrophie des muscles sous-jacents.

L'enfant déclare avoir été souvent frappée avec divers objets sur la région de l'épaule et la partie gauche de la poitrine.

L'observation de Cruse (2) relative à un nouveau-né atteint de plaques sclérodermiques symétriques des deux fesses que la mère attribue aux coups donnés par la sage-femme pour faire crier l'enfant né en état asphyxique est peu démonstrative et paraît sujette à la critique.

(1) Fieber, Zur galvanischen Behandlung der Sklerodermie. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1870, p 1331.

(2) Cruse, Ueber Sclerodermie (Scleroderma s. Sclerema adultorum) bei Säuglingen. *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, 1879, t. XIII, p. 33.

Obs. X (Cruse). — Garçon, né le 20 septembre 1876, admis le 4 novembre suivant. Sur les fesses épaississement de la peau, assez circonscrit, régulier, très symétrique, limité en bas par le pli fessier, en haut par une ligne courbe légèrement concave en haut allant de l'extrémité supérieure de la rainure interfessière à un point situé à deux doigts en haut et en dehors du grand trochanter; sur le milieu environ de la ligne, de chaque côté, prolongement de 3 centimètres environ; en dehors, l'induration se prolonge sur une longueur de 3 à 4 centimètres sur la face antérieure de la cuisse.

La mère attribue le développement des plaques scléreuses, qui apparurent dans les premiers jours après la naissance, aux coups que la sage-femme appliqua sur les fesses avec la paume de la main, pour faire crier l'enfant né complètement asphyxique.

II. — *Sclérodermies en plaques multiples, dont la première plaque est apparue à la suite et au siège d'un traumatisme.* — Dans les 4 observations suivantes, une plaque sclérodermique s'est développée de quelques semaines à quelques mois après le traumatisme sur une région qui avait été le siège d'un traumatisme variable (chute, coup); mais, au lieu que cette plaque reste unique, comme dans la série précédente, d'autres plaques se sont montrées sur des parties éloignées de la surface cutanée, tantôt sur la même moitié du corps que la plaque initiale comme dans les cas de Nixon (1) et de Savill (2), tantôt sur le membre homologue de celui qui avait été traumatisé, comme dans le cas de Lilienthal (3). Dans l'observation de Bernhardt et Schwabach (4), les lésions survenues à la suite d'une petite plaie de la jambe gauche occupaient également les deux membres inférieurs; mais la rédaction de l'observation est si obscure qu'il y a lieu de se demander si elle a bien trait à des lésions de sclérodermie. Dans le cas de Leslie Roberts (5), l'observation ne précise pas si le traumatisme de la paroi abdominale avait atteint le côté sur lequel se développèrent ultérieurement les lésions du membre supérieur.

Obs. XI (Nixon). — Garçon de 11 ans. Il y a 12 mois environ, il reçut de son maître d'école, sur la région fessière gauche, un violent coup de pied, à la suite duquel il se trouva très mal et ressentit de la douleur de tête et eut des malaises d'estomac et un état fébrile. Il resta au lit un jour, puis se

(1) Nixon, Sclerodermia, hemiatrophy of face and limbs. *Dublin journal of medical Science,* février 1891, p. 97.

(2) Savill, Hemiatrophia facialis (Morphœa or healized scleroderma of the face). *Clinical Society of London,* 23 janvier 1903. *British medical Journal,* 31 janvier 1903, p. 254.

(3) Lilienthal, Fall von Sklerodermie. *Berliner dermatologische Gesellschaft,* 8 décembre 1908. *Dermatologisches Centrallblatt,* 1909, p. 157.

(4) Bernhardt u. Schwabach, Drei Fälle von Sklerodermie. *Berliner klinische Wochenschrift,* 22 novembre 1875, p. 635.

(5) Leslie Roberts, Sclerodermia following injury in a child and resulting in contraction of the right index finger. *British Journal of Dermatology,* avril 1900, p. 118.

eva avec quelque difficulté parce qu'il avait de la faiblesse de la jambe gauche.

Un mois après, il remarqua que la peau au niveau du genou était raide et dure. Peu après apparut une bande rouge sur la face interne de la cuisse, correspondant à la distribution du nerf cutané interne, sur une largeur de 6 centimètres, depuis la symphyse pubienne jusqu'à environ 5 centimètres au-dessus du genou.

Vers le même temps, il se plaignit de sensibilité et de raideur de la partie gauche du tronc, de la face et du bras gauche, et 15 jours plus tard apparut sous la clavicule gauche une plaque rouge qui s'élargit graduellement jusqu'à atteindre 18 centimètres carrés et s'étendit depuis la partie supérieure du sternum jusqu'à l'acromion, correspondant aux branches superficielles descendantes du plexus cervical. Peu après apparut une bande partant de l'épaule gauche, traversant le bras en son milieu et s'étendant jusqu'à l'apophyse sthyloïde du radius. Ultérieurement, atrophie de la moitié gauche de la langue et de la voûte palatine. Atrophie du bras et de la jambe gauches.

Obs. XII (Savill). — Homme de 50 ans. A reçu en 1880 un coup grave sur le dessus de la tête, à la suite duquel il a souffert pendant quinze ans de névralgie du vertex et de la face. Vers 1885, les cheveux du côté gauche du crâne et les sourcils commencèrent à tomber, et la moitié gauche de la face à s'atrophier. Sur la zone atteinte, correspondant au 5e nerf crânien, la peau est maintenant lisse, brillante et, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané, atrophiée; les cheveux sont presque absents et les muscles masséter et temporal atrophiés. Il y a aussi quelques taches caractéristiques de morphée sur le dos.

Obs. XIII (Lilienthal). — Homme de 25 ans environ. A l'automne 1907, ayant été très fortement mouillé, il constata qu'une ulcération avait été produite par l'outil qu'il portait attaché sur la cuisse gauche. A la suite, il s'est développé graduellement des taches sur la cuisse, puis sur l'abdomen. La plaque abdominale s'étend depuis la ligne axillaire postérieure gauche jusqu'un peu au-dessous de l'ombilic ; sa partie postérieure est atrophique et blanche, l'antérieure infiltrée et blanc jaunâtre, le tout est entouré d'une zone fortement pigmentée. Sur les deux fesses on voit des plaques atrophiques plus grandes. Sur la cuisse gauche, la plaque descend en biais depuis le tiers inférieur environ de la cuisse jusqu'au bord interne de la rotule et s'étend sur la face externe de la jambe avec deux zones atrophiques disposées en chaine jusqu'à la malléole externe. Sur la fesse droite, deux plaques atrophiques; une plaque occupe toute la face postérieure de la cuisse et se prolonge sous la forme d'une bande mince jusqu'au creux poplité.

Lilienthal regarde l'origine traumatique comme très vraisemblable.

Blaschko, dans la discussion qui suit la présentation du malade à la *Berliner dermatologischen Gesellschaft*, fait remarquer que des deux côtés la disposition des lésions représente environ la distribution du 4e nerf lombaire. Il pense que le traumatisme, si on peut l'invoquer,

n'agit pas directement sur la peau, mais par l'intermédiaire d'une influence sur la moelle.

Obs. XIV (Bernhardt et Schwabach). — Homme de 27 ans, alcoolique. A eu pendant son service militaire des varices à la jambe gauche A Noël 1873, se cogna sur la crête du tibia; il en résulta une plaie petite, mais qui guérit difficilement. Dans le cours de l'année 1874, il y eut sur quelques points de la jambe du prurit avec induration de la peau qui, dans le cours de l'hiver suivant, s'étendit à la cuisse. La peau est lisse et brillante, d'un rouge livide sur le tiers supérieur de la jambe. Sur le genou et la cuisse, bandes scléreuses; une plaque scléreuse sur la moitié inférieure de la face antérieure de la jambe. Sur la partie postérieure de la cuisse droite, une plaque scléreuse s'étendant presque jusqu'au pli fessier.

Obs. XV (Leslie Roberts). — Petit garçon tombé à l'âge de 2 ans sur l'extrémité d'un garde-feu, sur laquelle il se fit une blessure de la paroi abdominale. Peu de semaines après, la zone contusionnée s'indura. Pendant les deux années suivantes, la morphée s'étendit, sous forme de taches isolées, vers l'épaule droite, puis descendit sur le bras, l'avant-bras et les doigts en suivant les branches cutanées des nerfs médian et radial.

L'observation de Krzystalowicz(1), dans laquelle les lésions bilatérales de sclérodermie en plaques sont apparues quelques mois après une plaie de la jambe droite, devrait être rapprochée des précédentes; le rôle étiologique du traumatisme paraît quelque peu douteux et les phénomènes inflammatoires qui ont succédé au traumatisme donnent à penser qu'ils ont pu aussi bien que celui-ci intervenir dans le développement de la sclérodermie.

Obs. XVI (Krzystalowicz). — Servante de 15 ans. Rapporte l'étiologie de sa maladie à une petite plaie qu'elle s'est faite à la jambe droite environ 20 mois avant son entrée à l'hôpital. Autour de la petite plaie serait apparue une rougeur, puis un œdème douloureux qui dura environ une semaine, puis ces lésions auraient disparu, la peau se serait couverte de squames et aurait pris peu à peu une consistance dure.

Les lésions sclérodermiques occupent les deux membres inférieurs, à droite sous la forme de bandes et de taches diversement figurées sur tout le membre, à gauche sous celle de lésions diffuses très avancées occupant presque toute la surface de la jambe et de la cuisse.

En outre, il existe des ulcérations multiples et des cicatrices d'ulcérations guéries au voisinage du genou, sur la cuisse et la jambe, et des abcès multiples.

Une observation de Bouttier (2) peut être rapprochée des précédentes, bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'un traumatisme,

(1) Krzystalowicz, Ein Beitrag zur Histologie der diffusen Sklerodermie. *Monatshefte f. praktische Dermatologie,* 1er février 1906, t. XLII, p. 143.
(2) Bouttier, *lois citato.* Obs. I, p. 43.

mais d'un effort musculaire ; les bandes sclérodermiques occupaient les quatre membres.

Obs. XVII (Bouttier). — Homme de 54 ans, porteur aux Halles : un matin après avoir soulevé un lourd fardeau, il ressentit une forte douleur dans les deux bras, qui dès le lendemain étaient devenus d'un bleu violacé ; un médecin lui dit qu'il s'était « cassé les veines ». Cette coloration persista avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation pendant deux mois et il remarqua en même temps qu'il ne pouvait plus étendre complètement le coude. Au bout de deux mois, gêne des mouvements des jambes, devenues raides, avec fourmillements et placards de coloration bleu violacée.

Les lésions occupent exclusivement les quatre membres, avec prédominance à gauche. Au bras gauche, bande occupant la partie externe ; l'avant-bras est atteint dans toute sa hauteur et toute sa circonférence. A l'avant-bras gauche, bande occupant la partie postéro-externe. Aux jambes les lésions ont une disposition analogue.

III. *Sclérodermies en plaques généralement multiples, survenues en des points exposés à des pressions répétées.* — Les cinq observations qui suivent concernent des cas de sclérodermie en plaques généralement multiples, survenu à la suite de pressions ou de frottements répétés : pression par des pièces de monnaie et des boutons de col dans le cas d'Ullmann (1), par le col de la tunique dans le cas d'Eddowes (2), par le corset, le col et la jarretière dans le cas de Cassirer (3), par la tête d'un enfant dans le cas de Rabl (4). Chez la malade de Matzenauer (5), des pressions extérieures pouvaient expliquer certaines plaques (épaule, hanche), tandis que d'autres semblaient avoir succédé à des lésions syphilitiques, une autre à des grattages.

Ce dernier fait, par la multiplicité même des causes extérieures qui pouvaient être invoquées, montre que les pressions ne semblent jouer dans la provocation des plaques sclérodermiques qu'un rôle déterminant et localisateur, la cause essentielle de la sclérodermie devant être cherchée dans un trouble de nutrition (en prenant cette expression dans un sens très général) d'origine interne.

Obs. XXVIII (Ullmann). — Homme de 24 ans. A remarqué depuis quelques mois une plaque de sclérodermie entourée d'une zone lilas, occupant la face antérieure de la cuisse, au-dessous de l'épine iliaque ; une autre un peu moins grande est située du même côté, plus haut, sur le bord costal sur la ligne axillaire antérieure.

(1) Ullmann, Fall von Sklerodermia circunscripta multiplex durch lokalen Druck entstanden. *Wiener dermatologische Gesellschaft,* 15 mai 1905. *Archiv f. Dermatologie,* octobre 1905, t. LXXVII, p. 117.

(2) Eddowes, Acute sclerodermia. *Dermatological Society of Great-Britain and Ireland,* 28 juin 1905. *British Journal of Dermatology,* octobre 1905, p. 373.

(3) Cassirer, *loco citato*, p. 572.

(4) Rabl, Sclerodermie. *Gesellschaft der Aerzte in Wien,* 25 avril 1890. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1890, p. 348.

(5) Matzenauer, Sclérodermie en plaques. *Wiener dermatologische Gesellschaft,* 28 octobre 1903. *Archiv für Dermatologie,* t. LXVIII, 1904, p. 439.

Le malade attribue le développement des lésions à ce qu'il porte toujours sa monnaie d'argent et de cuivre dans la poche de son pantalon et dans celle de sa veste qui correspondent aux points atteints.

En un point correspondant à la pression du bouton du col, sur l'échancrure sternale, tache blanche ayant environ deux fois la largeur de la base de ce bouton.

Obs. XXIX (Eddowes). — Jeune officier de police présentant au niveau de la partie moyenne du muscle sterno-mastoïdien gauche une tache blanche entourée d'une zone congestive et légèrement saillante, dure et épaissie, qu'il avait remarquée cinq semaines auparavant.

Le malade supposait que son cou avait été frotté par le col de la tunique. Eddowes est d'autant plus disposé à attribuer de l'importance à cette cause qu'il a observé un cas dans lequel la sclérodermie s'était développée à la même région à la suite de frictions fréquentes avec des liniments faits pour guérir des douleurs de dents.

Obs. XXX (Cassirer). — Fille de 26 ans. A l'âge de 12 ans, apparut d'abord sur le côté gauche du cou un gonflement qui disparut, puis sur le côté droit des taches brunes avec induration de la peau; peu après des taches semblables d'un gris foncé avec induration se développèrent sur la nuque, le côté gauche du cou, la poitrine et différentes parties du dos, donnant l'impression qu'elles étaient produites par une pression persistante (corset, col, jarretière).

Obs. XXXI (Rabl). — Femme de 28 ans. A remarqué depuis 5 ans sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, au-dessous de sa partie moyenne, une plaque d'un brun rougeâtre calleuse, dure, de forme ovale, de 5 centimètres de long sur 5 centimètres et demi de large, qui ne s'est pas modifiée, et dont elle attribue l'apparition à ce qu'elle laisse toujours reposer la tête de son petit enfant sur cette place. Il s'est développé depuis d'autres plaques scléreuses; une également sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, une sur son bord radial, une sur le thorax, près du bord du pectoral.

Obs. XXXII (Matzenauer). — Jeune fille atteinte de sclérodermie en plaques, de syphilides en groupe et de mollusca contagiosa. Plusieurs plaques arrondies de sclérodermie, de la dimension d'un kreutzer à celle d'un thaler, occupent l'épaule, la hanche, aux points exposés à des pressions; d'autres occupent les cuisses et les avant-bras. Sur la jambe gauche, noyaux sclérodermiques de petites dimensions qui semblent avoir succédé à des syphilides papuleuses dont on trouve encore des éléments en activité à leur voisinage. Sur la face antérieure de la jambe droite, plaque de sclérodermie qui, en raison de sa configuration, peut être regardée comme la conséquence de grattages.

IV. *Sclérodermie diffuse d'un membre atteint d'un traumatisme.* — L'observation de Torggler (1) a trait à une sclérodermie diffuse avec

(1) Torggler (et non Troggler comme le répètent après Lewin et Heller, les auteurs qui n'ont pas vérifié la source bibliographique), Schräges Becken in Folge von Sklerodermie. *Centralblatt für Gynäkologie,* 1889, n° 35, p. 612.

atrophie totale et pigmentation du membre inférieur à la suite d'une chute sur la jambe.

Obs. XVIII (Torggler). — Femme 18 ans. Tout le membre inférieur droit est étrangement mince, réduit au tiers de son volume. Sur toute son étendue, depuis la racine de la cuisse, la peau est épaisse, dure, rouge, avec des taches pigmentaires jaunâtres, de dimensions variées. A la jambe, l'épiderme est atrophié. Le tissu cellulaire et les muscles sont atrophiés.

A l'âge de 13 ans, la malade en sautant un fossé est tombée sur la jambe droite. Peu après est apparue une rougeur au voisinage de la cheville droite, plus tard la peau est devenue raide; la maladie s'est étendue.

IV. *Sclérodermies généralisées, développées à la suite de traumatismes.* — Deux observations presque identiques, dues à Morrant Baker (1) et à Pringle (2) concernent des femmes qui, à la suite d'ablation du sein pour cancer, ont été atteintes de sclérodermie ayant débuté par la région mammaire et ultérieurement généralisée.

Obs. XIX (Morrant Baker). — Femme de 44 ans. Ablation du sein droit en février 1888. La sclérodermie a débuté le 24 mars et, partant de l'incision, s'est étendue sur le thorax, elle a aussi atteint la face et le bras.

Obs. XX (Pringle). — Femme de 44 ans, atteinte depuis près de 3 ans de sclérodermie presque généralisée, ayant débuté au niveau de la cicatrice de la plaie opératoire d'ablation du sein droit pour carcinome.

Dans ces deux observations très sommairement rapportées et dont l'évolution n'est pas précisée, il s'agit d'un traumatisme opératoire.

Les deux observations suivantes ont trait à des traumatismes, suite d'accidents du travail. Dans l'une, due à Dercum (3), la sclérodermie, presque généralisée et revêtant l'aspect de la sclérémie de Besnier, les lésions, succédant à un violent traumatisme du cou, occupaient principalement le cou, le tronc et les bras; elle s'étaient développées 3 ou 4 mois après le traumatisme. Dans l'autre, qui a fait l'objet d'une présentation de Lebar et D. Routier (4), et que j'ai rapportée en détails (5) d'après des rapports d'expertise dus à Thoinot et à Balzer, la sclérodermie également à type de sclérémie s'est montrée quelques heures après un traumatisme grave ayant porté sur la région lombaire : l'expertise médico-légale et les renseignements que j'ai pu recueillir ne

(1) Morrant Baker, Scleroderma. *Dermatological Society of London,* 13 juin 1888. *British Journal of Dermatology,* août 1907, p. 283.

(2) Pringle, Diffuse sclerodermia. *Dermatological Society of London,* 13 février 1889. *British Journal of Dermatology,* août 1907, p. 289.

(3) Dercum, Scleroderma. *Journal of nervous and mental diseases,* 1896, n° 7, p. 431.

(4) Lebar et D. Routier, Sclérodermie suraiguë post-traumatique avec anurie. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 12 mai 1910, p. 503.

(5) Thibierge, Un cas de sclérodermie généralisée à début suraigu, à la suite d'un accident. *Bulletin de la Société de médecine légale,* juillet 1915, p. 186.

semblent laisser aucun doute sur l'intégrité du tégument avant l'accident et sur le rôle de celui-ci dans le développement de la sclérodermie. Les lésions histologiques, étudiées à ma demande par Darier, n'étaient pas extrêmement considérables, mais importantes et consistaient en une densité anormale du tissu conjonctif, avec altérations du tissu élastique, irrégulièrement disposé, lacunaire et comme effiloché. La brusquerie du début et la généralisation presque subite de la sclérodermie, tout extraordinaires qu'elles soient, ne sont pas sans exemple dans la sclérodermie : Audry et Boyreau (1) l'ont vu se produire en quelques heures à la suite de l'application d'une pommade indéterminée. Wulff (2) rapporte l'observation d'un jeune garçon dont tout le corps fut immobilisé en deux jours. C. Fox (3) a vu une jeune fille qui, à la suite d'une maladie infectieuse indéterminée, eut une attaque suivie d'un sommeil de 2 heures et demie ; au réveil, elle avait un gonflement dur des bras, de la poitrine, du cou, de la tête et de la face.

Obs. XXI (Dercum). — Homme de 43 ans, mécanicien, reçoit, sur le derrière de la tête penchée en avant, un morceau de glace pesant environ 10 kilogrammes, tombant d'une hauteur de 4 mètres, qui produisit une plaie contuse grave de la région occipitale ; il perdit connaissance pendant quelques secondes. La blessure guérit rapidement, mais il conserva des maux de tête à l'occiput. Trois ou quatre mois après l'accident, se développa progressivement, et sans que le blessé y fît d'abord grande attention, une raideur de la nuque, avec induration de la peau, qui s'étendit à tout le cou, au tronc et aux bras.

Dercum considère comme très probable que le développement de la sclérodermie fut le résultat du choc nerveux général de l'accident et non de la blessure elle-même.

Obs. XXII (Lebar et Routier ; G. Thibierge). — Homme de 33 ans. Est renversé à 11 heures et demie du soir par un tramway et projeté sur le bord du trottoir sur lequel porte la région lombaire inférieure gauche ; perte de connaissance d'environ 1/2 heure de durée ; examiné à ce moment, il ne présentait aucune infiltration cutanée. Le lendemain matin, on constate une sclérodermie généralisée. A noter une anurie complète pendant les 3 jours qui ont suivi l'accident. La sclérodermie, du type sclérémie, prédomine sur le cou, le thorax et l'abdomen, l'intensité des lésions s'atténuant de haut en bas sur l'abdomen ; aux membres, elle diminue également de haut en bas et est plus prononcée aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

V. *Sclérodermies progressives développées à la suite d'un trauma-*

(1) Audry et Boyreau, Sclérémie de l'adulte avec pigmentation de la muqueuse buccale. *Annales de Dermatologie,* novembre 1896, p. 973.

(2) Wulff, Fall von Sklerodermie mit Myositis. *Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins,* 11 mars 1901. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1901, n° 24.

(3) C. Fox, A case of sclerodermie. *Dermatological Society of London,* 14 octobre 1891. *Bristish Journal of Dermatology,* 1907, p. 355.

tisme. — Dans les faits suivants, la sclérodermie, qui a revêtu la forme de sclérodactylie avec extension progressive aux membres et envahi ultérieurement la face, a succédé au bout d'un temps généralement court à des traumatismes de siège et de nature variables : chute sur la main ayant provoqué une luxation du medius dans le cas de Weber (1), blessure de l'index par un écharde de bois dans le cas de Blaschko (2), coup violent sur la main dans le cas de Touchard (3).

Dans ces cas, on est en droit de douter que le traumatisme, peu considérable en réalité, ait été capable de déterminer une affection aussi grave et aussi étendue que la sclérodactylie avec sclérodermie généralisée.

Le fait de Schäffer (4) dans lequel un coup sur le genou fut suivi à bref délai de bandes sclérodermiques sur la région traumatisée et ultérieurement de sclérodactylie, enfin de sclérodermie généralisée, est plus démonstratif et peut être considéré comme un chaînon entre les cas de sclérodermie localisée d'origine traumatique et les cas de sclérodermie généralisée de même origine.

Obs. XXIII (Weber). — Homme de 27 ans. Sclérodermie occupant le nez, les deux coudes et les deux genoux, mais surtout les mains et les pieds, principalement sur leurs faces dorsales, avec cyanose.

La maladie a débuté il y a 10 ans, 4 ou 5 semaines après une chute sur la main qui a provoqué une luxation du médius gauche.

Obs. XXIV (Blaschko). — Femme de 46 ans, bonne d'enfants. En 1886, se fit à l'index droit une blessure avec une écharde de bois. En rapport avec cette blessure, se développa en même temps que des douleurs vives dans l'extrémité de tous les doigts une sclérodactylie des deux mains. Plus tard, le visage, les pieds et les jambes furent atteints.

Obs. XXV (Touchard). — Femme de 53 ans. Sclérodermie généralisée ayant débuté par de la sclérodactylie des mains et des pieds.

Se souvient qu'il y a 3 ans, au moment où ont débuté les accidents cutanés, elle se frappa violemment, pendant qu'elle brossait ses habits, l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit, qui aussitôt enfla notablement. C'est à partir de ce moment qu'elle commença à souffrir, éprouvant d'abord des fourmillements dans les doigts, accompagnés de troubles vaso-moteurs.

(1) Weber, Ein Fall von Sclerodermie. *Medizinisch. pharmaceutischer Bericksverein des Bern-Mittellandes*, 1877. *Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1878, p. 622.
Ce cas est rapporté par Lewin et Heller, sous le n° 282, et attribué à Kocher, à la clinique duquel il a été du reste observé. Il figure une autre fois (n° 253) sous le nom de Weber que Lewin et Heller citent d'après la thèse de Collin.

(2) Blaschko, Sklerodermie und Sklerodactylie. *Berliner dermatologische Gesellschaft*, 13 décembre 1904. *Dermatologische Zeitschrift*, mai 1905, p. 316.

(3) Touchard, Recherches anatomo-cliniques sur la sclérodermie généralisée. *Thèse*, Paris, 25 janvier 1906, p. 121.

(4) Schäffer, Demonstration von Sclerodermie-Fällen. *Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, IV. Congress*, 1894, p. 549.

Obs. XXVI (Schäffer). — Femme de 41 ans. Début de la maladie il y a deux ans, à la suite d'un coup sur la région du genou droit. Il apparut en ce lieu, en même temps que des douleurs, des bandes sclérodermiques brunes, qui en peu de semaines s'étendirent sur la cuisse et sur le mollet. Quelque temps après, apparurent des lésions sclérodermiques aux deux pieds, aux jambes, aux mains, aux avant-bras et au visage. Plus tard, pigmentation très étendue sur les membres et sur le tronc.

Le cas de Schtschekin (1), dont je n'ai pu me procurer qu'un résumé très incomplet, appartient probablement à la série des sclérodermies diffuses, mais les lésions y sont limitées aux membres inférieurs.

Obs. XXVII (Schtschekin). — Femme de 40 ans, atteinte de sclérodermie remontant à 3 ans et exclusivement localisée aux extrémités inférieures. La maladie s'est développée accidentellement un an après une chute d'un banc, qui avait produit une contusion du dos et du coccyx.

VI. *Sclérodermie aggravée par un traumatisme intercurrent.* — Dans l'observation suivante due à Grünfeld (2), les lésions étaient tellement avancées onze semaines après l'accident, que l'auteur rejette l'idée de leur développement sous l'influence du traumatisme. Il regarde par contre comme très possible que le traumatisme ait donné une impulsion au processus et explique ainsi le développement plus rapide et l'intensité plus considérable des lésions sur l'extrémité intéressée par lui.

Obs. XXXIII (Grünfeld). — Homme de 50 ans. A été atteint au niveau du tibia droit par la chute d'une pierre, qui provoqua une tuméfaction de l'os et des douleurs très fortes. Onze semaines plus tard, on constata de la sclérodactylie intéressant les 2e et 3e phalanges de tous les doigts et des lésions de sclérodermie occupant la partie inférieure de la cuisse droite, la jambe et le pied.

*
* *

Les observations résumées ci-dessus sont de valeur très inégale : à côté de faits où la succession rapide des lésions sclérodermiques au traumatisme, leur localisation à la région traumatisée imposent à l'esprit l'idée d'une relation de cause à effet, il en est d'autres où l'excessive longueur de l'intervalle entre le traumatisme et la sclérose cutanée, les rapports moins nets entre la topographie des lésions cutanées et le siège du traumatisme contredisent évidemment cette relation.

La critique complète des faits entraînerait dans des développements

(1) Schtschekin, *Société dermatologique et vénéréologique de Charkow*, 27 mars 1903. *Dermatologische Zeitschrift*, avril 1904, p. 265.

(2) Grünfeld, Kasuistiche Beiträge zur Lehre von der Sklerodermie. *Inaugural-dissertation*. Leipzig, 30 octobre 1894.

excessifs, les réflexions dont j'ai fait précéder les résumés des observations exquissent suffisamment l'idée qu'on peut se faire de leur valeur démonstrative de chacun d'eux.

De l'ensemble de ces observations se dégage la notion, déjà formulée par nombre d'auteurs, que le traumatisme peut jouer un rôle dans le développement d'un certain nombre de cas de sclérodermie ; le fait est net pour les sclérodermies en bandes et en plaques, du type morphée en particulier. La sclérodermie généralisée peut, l'observation de Dercum et celle que j'ai rapportée en détails l'établissent, succéder à un traumatisme, lui succéder même à si bref délai qu'on ne peut contester entre eux une relation de cause à effet. Cette relation est moins évidente, quoique vraisemblable, pour les sclérodermies progressives et, n'étaient les cas où les lésions scléreuses évoluent tout d'abord au voisinage du point traumatisé pour se généraliser ultérieurement, on pourrait se demander si vraiment le traumatisme intervient à un degré quelconque dans les sclérodermies progressives.

C'est, somme toute, tantôt sur un rapport chronologique, tantôt sur un rapport topographique, parfois sur les deux à la fois, que se base la démonstration de l'origine traumatique de la sclérodermie.

C'est dire ce qu'est précaire cette démonstration.

Elle serait singulièrement plus probante si, à la notion de succession dans le temps et dans l'espace, pouvait s'ajouter la notion du mécanisme interposé entre le fait brutal et passager du traumatisme et la lésion cutanée consécutive.

Si, de ce mécanisme, les modalités à incriminer peuvent être soupçonnées, aucune preuve décisive ne peut être apportée à l'appui de l'action de l'une d'elles.

Parfois, on est amené à invoquer l'émotion provoquée par le traumatisme ; parfois encore le choc physique résultant de l'accident, la commotion cérébrale, la douleur violente induite par la blessure ou la contusion d'un nerf ; d'autres fois la réaction de l'appareil vasculaire ou de l'appareil nerveux à l'infection consécutive au traumatisme ou les modifications humorales, voire les altérations des organes profonds, comme l'hypophyse (1), qu'il a pu déterminer.

Les observations rapportées sont pour la plupart trop incomplètes pour permettre de mettre en cause l'un ou l'autre de ces mécanismes. C'est en vertu de vues théoriques qu'on est amené à en faire mention.

Au reste, sauf pour certains cas de sclérodermie généralisée pouvant être reliés à un refroidissement subit et pour quelques faits où le rôle

(1) Rasch (Sklerodermie mit Affektion der Mundschleinhaut und Basedow-Addison-Symptemen. Bemerkungen ueber die Aetiologie der Krankheit. *Dermatologische Zeitschrift*, 1912, p. 244) émet l'idée que la sclérodermie traumatique consécutive à un coup ou une chute sur la tête peut s'éclaircir par la lésion de l'hypophyse résultant d'une fracture de la base du crâne.

du corps thyroïde est hautement vraisemblable plutôt encore que pleinement démontré, on peut dire que l'étiologie exacte et la pathogénie de la sclérodermie sont encore inconnues. On a pu attribuer à des altérations vasculaires, d'origine toxique ou infectieuse, la production des lésions cutanées ; on a pu, en raison de leur systématisation topographique, invoquer le rôle du système nerveux, sans arriver d'ailleurs à préciser le siège de ses altérations ; mais jamais on n'a fixé avec rigueur ni le mécanisme pathogénique des lésions sclérodermiques ni les causes de leur production.

Et, si on considère que le cadre actuel de la sclérodermie englobe des états pathologiques sûrement multiples, confondus sous un même vocable pour cette seule raison qu'ils ont pour commune expression anatomo-clinique la sclérose cutanée ou la scléro-atrophie, mais différant dans leur marche, dans leur évolution, dans leur extension, dans leur délimitation topographique, on ne peut douter que l'étiologie et la pathogénie de ces divers états doivent grandement varier et ne peuvent se résoudre en une formule uniforme.

Somme toute, le traumatisme n'est qu'un des termes d'une étiologie, complexe sans doute, presque indéterminée en fait, et n'intervient vraisemblablement que comme cause déterminante, mettant en action une ou plusieurs conditions pathogéniques existant antérieurement à lui, variables peut-être suivant la forme clinique que revêtira la sclérose cutanée.

*
* *

La législation des accidents du travail donne un intérêt pratique à tout ce qui concerne les relations entre les états pathologiques et le traumatisme.

La loi du 9 avril 1898 ouvre aux ouvriers un droit d'indemnisation pour toutes les suites du traumatisme.

Les médecins experts ont, par suite, à se prononcer sur les relations existant ou pouvant exister entre les divers états pathologiques et les accidents qui les ont précédés.

Leur rôle est singulièrement simplifié par la jurisprudence : la Cour de cassation a posé en principe à maintes reprises que les tribunaux n'ont pas à tenir compte des états pathologiques antérieurs à l'accident et que le patron doit la réparation de toutes les conséquences de l'accident. Le médecin expert, en présence d'une lésion quelconque, a par suite uniquement à dire si cette lésion a pu être provoquée par l'accident incriminé.

Dans un cas de sclérodermie, survenue à la suite d'un accident du travail, il n'a pas à établir quel mécanisme intime a présidé au développement de la lésion cutanée, ni à définir le rôle possible d'une affection interne ou d'une prédisposition. Il lui suffit d'apprécier si, en

raison de la succession des phénomènes, du siège des lésions cutanées et surtout des lésions cutanées initiales, les probabilités sont en faveur de l'origine traumatique. Les circonstances accessoires, telles que l'émotion, le choc physique, les lésions plus ou moins profondes des tissus, les complications inflammatoires, peuvent servir à établir la chronologie des phénomènes, apporter un supplément de preuves à l'appui de cette origine traumatique, mais ne sont pas des éléments essentiels d'appréciation.

Les observations résumées plus haut viennent, en établissant que le traumatisme peut être une des causes de la sclérodermie, aider l'expert à se faire une conviction.

Bactériologie de la syphilis.

Survivance des tréponèmes et récidives in situ chez les syphilitiques cliniquement et sérologiquement guéris, par L. Plazy. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux,* 11 janvier 1914.

P. rapporte deux observations, l'une de récidive de lésion primaire, l'autre de récidive de lésions secondaires in situ. Les deux malades traités par le néosalvarsan avaient vu disparaître leurs lésions, et la réaction de Wassermann était devenue négative.

P. insiste sur la difficulté que l'on peut éprouver à dépister en clinique ces fausses guérisons. R.-J. Weissenbach.

Nouvelle méthode de coloration du tréponème (Sopra alcune modificazioni apportate al metodo di colorazione del *treponema pallidum,* col nitrato d'argento ammoniacale), par Arturo Fontana. *Palologica,* 1er avril 1913.

F. propose les modifications suivantes aux techniques déjà connues :

1° Diluer la matière à examiner dans une gouttelette d'eau.

2° Verser sur la préparation quelques gouttes de la solution suivante :

Solution A.	Acide acétique..	1 cc.
	Formol à 40 pour 100.	2 cc.
	Eau distillée.	100 cc.

3° Laver à l'eau courante pendant quelques secondes et mordancer la préparation en y versant quelques gouttes de :

Solution B.	Acide phénique.	1 gr.
	Tannin.	5 gr.
	Eau distillée.	100 gr.

Chauffer légèrement jusqu'à émission de faibles vapeurs pendant une vingtaine de secondes ; laver à l'eau courante pendant 30 secondes.

4° Verser quelques gouttes de :

Solution C.	Nitrate d'argent.	0 gr. 25.
	Eau distillée.	100 gr.
	Ammoniaque liquide.	q. s.

Réchauffer comme précédemment, laver et essuyer au papier buvard.

H. Minot.

Syphilis expérimentale.

Transmission de la syphilis au lapin (Sulla trasmissione della sifilide al coniglio), par Mario Copelli et Aldo Marziani. *Bollettino della Società medica di Parma,* fasc. 5, mai 1913.

C. et M. ont cherché à transmettre la syphilis à l'animal en opérant sur le lapin et en pratiquant l'inoculation dans la cavité vaginale des canaux

séminifères. Ils y introduisaient un fragment de chancre dans lequel avait été constatée la présence de tréponèmes. La syphilis une fois développée était transmise de lapin à lapin. Les résultats obtenus ont été les suivants :

L'inoculation réussit d'autant mieux qu'on s'élève dans les passages successifs. A partir du 12e passage il y a quasi 100 pour 100 de résultats positifs. De même, la durée de l'incubation est de plus en plus courte. La lésion initiale se présente, jusqu'au 12e passage, comme un gros syphilome profondément ulcéré. Du 12e au 15e, comme un nodule légèrement ulcéré, du 17e au 18e comme un nodule ne dépassant pas la grosseur d'un grain de chènevis. L'adénopathie est inconstante dans les premiers passages, presque régulièrement constante à partir du 12e. La réinoculation, tentée deux mois après la disparition de l'accident initial, fut fréquemment négative dans les premiers passages, toujours négative à partir du 14e.

Mais le résultat le plus intéressant fut que sur 35 lapins il y eut 6 cas de syphilis généralisée dans les 14 premiers passages. A partir du 14e passage sur 7 animaux inoculés il y eut 7 cas de syphilis généralisée. C. et M. considèrent comme signes probables de syphilis secondaire, l'amaigrissement, l'alopécie, des lésions croûteuses, la cachexie, comme signes certains, les éruptions papuleuses, papulo-croûteuses ou papulo-érosives, disséminées, ou localisées dans les régions de prédilection (museau, région génitale, région périanale), ou toute autre altération dans laquelle on peut déceler le tréponème.

En concluant, C. et M. appellent l'attention des chercheurs sur la possibilité d'exalter considérablement, par des passages successifs, la virulence de la syphilis pour le lapin, au point d'avoir la quasi-certitude de provoquer une syphilis généralisée. H. Minot.

Médecine légale de la syphilis.

La réaction de Wassermann en médecine légale, par G. Thibierge et R.-J. Weissenbach. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* février 1912.

T. et W. étudient dans cet important mémoire les applications de la réaction de Wassermann à la médecine légale et discutent l'aide qu'elle est susceptible d'apporter à l'expert dans les différents problèmes qui lui sont soumis au criminel et en matière civile.

Montrant tout d'abord que cette réaction, qui nécessite une prise de sang, ne peut être pratiquée qu'avec l'autorisation du sujet expertisé, T. et W. rappellent brièvement les principes de la méthode; ils insistent justement sur ce fait que la réaction n'est pas au sens propre du mot une *réaction spécifique* puisqu'elle ne résulte point de l'action d'un anticorps déterminé sur un antigène correspondant; la pratique, cependant — et c'est le point essentiel — établit sa grande fréquence dans les affections syphilitiques et son absence dans les affections non syphilitiques. Pour que cette réaction puisse fournir des résultats avec un maximum de certitude, il convient de la pratiquer selon une technique rigoureuse. Différentes méthodes ont été indiquées pour la réaliser; T. et W. pensent que les procédés simplifiés offrent moins de garanties et recommandent, en médecine légale surtout, l'emploi de la méthode initiale typique comme étant celle offrant le minimum

de causes d'erreurs. Ils rapportent de nombreuses statistiques établissant la fréquence de la réaction de Wassermann aux différents moments de la syphilis acquise et au cours de l'hérédo-syphilis.

Plusieurs problèmes se posent au médecin légiste.

Une lésion est suspectée comme étant de nature syphilitique, la réaction de Wassermann positive prouvera seulement que le sujet est syphilitique et non pas que toutes les lésions dont il est porteur sont syphilitiques. Cette remarque est d'autant plus importante qu'il existe des lésions syphiloïdes développées quelquefois chez d'anciens syphilitiques et simulant complètement une lésion typique de vérole; si l'expert ne découvre alors aucun autre symptôme de syphilis en activité, il ne pourra admettre comme démontrée la nature syphilitique de certaines lésions d'aspect syphiloïde même si la réaction est positive. Que cette réaction soit négative ou positive, elle ne tranchera pas davantage la question médico-légale posée quand il s'agit de savoir si une lésion, actuellement éteinte, était de nature syphilitique : un traitement mercuriel antérieur a pu, en effet, faire disparaître la réaction; si elle est positive, elle n'indique nullement à quelle date remonte la syphilis qu'elle traduit, il ne s'ensuit donc pas nécessairement que les lésions alléguées soient de nature syphilitique.

T. et W. examinent également les affaires soumises en matière civile à l'expert. Analysant longuement surtout celles qui ont trait aux contaminations des nourrices par leurs nourrissons, ils concluent encore que la réaction de Wassermann ne peut fournir aucune solution définitive.

Le clinicien et le médecin légiste ne s'adressent point, en effet, à cette méthode de laboratoire dans le même esprit. Il ne suffit pas à l'expert de savoir si le sujet est syphilitique, il cherche à déterminer quand et comment il l'est devenu et à en déduire des conclusions chronologiques et étiologiques. Ce but ne peut être atteint par la réaction de Wassermann. Aussi, envisagée au point de vue médico-légal, il convient de faire toute réserve dans son interprétation et « d'avertir les juges que les résultats de cette réaction ne valent que par leur rapprochement et leur comparaison avec les autres conditions de la cause et les constatations médicales faites sur les intéressés ». P. Gastinel.

Valeur en médecine légale des méthodes récentes de diagnostic de la syphilis, par G. Thibierge. *3e Congrès de Médecine légale de langue française*. Paris, 26-27-28 mai 1913.

Dans ce très documenté mémoire T. étudie les diverses méthodes de laboratoire qui peuvent être usitées dans le diagnostic de la syphilis.

L'expert peut avoir intérêt à recourir à quelques-unes d'entre elles : la recherche du parasite de la syphilis, la recherche de la déviation de complément (réaction de Wassermann), l'inoculation aux animaux.

D'autres méthodes ne sont pas, actuellement, susceptibles d'être appliquées à la médecine légale : recherche de la culture du parasite, recherche de la réaction d'agglutination, recherche de la cuti-réaction.

T. étudie la technique et la valeur comparative de ces différentes méthodes, en insistant sur la plus importante de toutes, la réaction de Wassermann.

Il envisage l'application de ces procédés dans différentes hypothèses : le

sujet examiné présente des lésions tégumentaires; il présente des lésions viscérales; il ne présente au contraire aucune lésion apparente.

Nous rapporterons les conclusions de T. :

« Les nouvelles méthodes de laboratoire permettent d'affirmer plus catégoriquement que la seule observation clinique que telle lésion est syphilitique, que tel sujet est syphilitique ; par contre, elles ne permettent jamais, à elles seules, d'affirmer que telle autre lésion n'est pas syphilitique, ni que tel autre sujet est indemne de syphilis ; elles ne permettent pas non plus de reconnaître si tel sujet, syphilitique au moment de l'expertise, l'était ou ne l'était pas à telle époque antérieure, l'est devenu par le fait qu'il incrimine ; elles laissent donc dans le doute nombre de questions — et parmi elles les plus importantes peut-être — posées à l'expert. » P. Gastinel.

Un cas d'ulcération chancriforme de la vulve chez une enfant de trois ans, par G. Thibierge. 2e *Congrès de Médecine légale de langue française.* Paris, 20-22 mai 1912.

L'observation rapportée a trait à des lésions buccales simulant le chancre infectant : à une lésion papulo-vésiculeuse éphémère de la vulve succède une ulcération, d'abord superficielle, à bords amincis et à fond rouge ; elle s'étend, se déprime à son centre, prenant un aspect légèrement cratériforme : l'ulcération est alors arrondie, régulière, à bords non décollés et peu accusés ; le fond est rougeâtre, la base est infiltrée.

Ainsi donc des lésions simples peuvent en certaines régions, comme les organes génitaux de l'enfant, se transformer et paraître polymorphes lorsqu'on les rencontre à différentes périodes de leur évolution. A la dernière phase de celle-ci, la ressemblance était très grande avec un chancre syphilitique. La recherche négative du spirochète et la rétrocession des lésions, traitées seulement par des pansements aseptiques, ont prouvé leur nature banale. La ligne de conduite de l'expert en pareil cas sera donc d'attendre à la fois le résultat des recherches de laboratoire, et aussi l'évolution spontanée de la lésion en s'abstenant de tout traitement actif local ou général. P. Gastinel.

Syphilis du système nerveux.

Un cas de syphilis grave, résistant au traitement et névralgie syphilitique du sciatique (Un caso de sífilis grave, resistente al tratamiento y nevralgia sifilítica del ciático), par S. de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* décembre-janvier 1913, n° 2, p. 80.

Il s'agit d'un écrivain, atteint de syphilis grave, ayant résisté aux médications intensives et qui, en plein traitement, détermina une névralgie sciatique limitée au tiers supérieur du trajet fémoral, peu intense, guérie en un mois. La persistance de la maladie serait due au défaut d'assistance apportée par les défenses naturelles de l'organisme au traitement des manifestations spécifiques. La guérison demanda 4 injections de néo-salvarsan, 3 injections de salvarsan, 32 injections de bi-iodure de mercure (chacune de 0,02) et 2 grammes par jour d'iodure pendant 3 mois, qui furent parfaitement tolérés. J. Méneau.

A propos d'un cas de syphilis médullaire précoce avec phénomènes bulbaires, par A. Legris et J. Benech. *Paris Médical,* 28 février 1914, p. 315.

Intéressante observation d'une forme rare de méningo-myélite syphilitique avec extension aux noyaux bulbaires, survenue chez un homme de 21 ans, et guérie par le traitement mercuriel. R.-J. Weissenbach.

Sur l'origine des réagines syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien (Zur Frage der Herkunft des luetichen Reaktionskorpers in der Zerebrospinalflüssigkeit), par W. Spät. *Wiener klinisehe Wochenschrift,* 1914, n° 26, p. 931.

Wassermann et Lange ont avancé que les lymphocytes étaient les vecteurs des corps qui provoquaient la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien. S. montre que cette opinion n'est pas exacte ; d'autres éléments d'une origine sûrement non syphilitique (leucocytes du cobaye, érythrocytes, cellules de méningite tuberculeuse) pouvant amener la même déviation. Ch. Audry.

Quelle est la forme clinique de la syphilis qui aboutit le plus souvent à la paralysie générale ? par A. Collin. *Gazette des Hôpitaux,* 18 juin 1914.

C. pense que bien souvent la paralysie générale est l'aboutissant d'une syphilis spéciale ne présentant qu'un minimum de manifestations antérieures. Cette forme clinique doit son allure spéciale au neurologisme microbien et au terrain. P. Gastinel.

Présence du treponema pallidum dans un cas de méningite syphilitique associée à la paralysie générale et dans la paralysie générale, par G. Marinesco et J. Minea. *Revue neurologique,* 15 mai 1913, p. 581.

M. et M. ont constaté la présence du spirochæte pallida dans un cas de méningite syphilitique associée à la paralysie générale.

Sur 27 cas de paralysie générale, ils n'ont pu le constater qu'une seule fois ; sur les coupes les parasites étaient localisés principalement dans la 3e couche de l'écorce où ils étaient rarement réunis en groupes, et où ils n'affectaient que rarement des rapports intimes avec les vaisseaux, les cellules nerveuses et les cellules névralgiques ; ils étaient disposés sous forme de foyers localisés sur certains points de la circonvolution.

M. et M. concluent que la paralysie générale doit être considérée comme sous la dépendance du spirochæte pallida. G. Thibierge.

A propos de la présence du treponema pallidum dans le cerveau des paralytiques généraux (note complémentaire), par G. Marinesco et J. Minea. *Revue neurologique,* 30 mai 1913, p. 661.

M. et M. ont constaté la présence du spirochète, à l'aide de l'ultra-microscope, dans deux nouveaux cas de paralysie générale.

Les cas négatifs peuvent s'expliquer ou par un défaut de technique, ou par la disposition des spirochètes en foyers limités, de telle sorte que les coupes examinées peuvent n'en pas contenir, ou encore par l'émigration des spirochètes en d'autres points après qu'ils ont produit les lésions encéphaliques. G. Thibierge.

Présence de spirochètes dans la paralysie générale (Vorkommen von Spirochæten bei Dementia paralytica progressiva), par H. Geber, S. Benedek et K. Tatar. *Wiener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 38, p. 1191.

Une fois sur 15 cerveaux de paralytiques généraux G., B. et T. ont trouvé des spirochètes par l'imprégnation des coupes. Ch. Audry.

Présence de spirochètes vivants dans un cas de paralysie générale (Vorkommen von lebenden Spirochæten bei Paralysis progressiva), par H. Geber et L. Benedek. *Wiener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 40, p. 1824.

Sprochètes vivants constatés 8 heures après la mort, à l'ultra-microscope, dans le cerveau d'un paralytique général mort en état de délire et d'excitation. Ch. Audry.

Paralysie générale et syphilis (Dementia paralytica und Syphilis), par H. Noguchi. *Berliner klinische Wochenschrift,* n° 41, 13 octobre 1913, p. 1884.

Après avoir brièvement rappelé l'historique de la question, depuis les premiers cliniciens jusqu'aux expérimentateurs et anatomopathologistes récents, N. rappelle comment dans 25 pour 100 des cas de paralysie générale il trouva des spirochètes pâles dans la substance cérébrale, et comment ces résultats furent confirmés de divers côtés : aujourd'hui on doit concevoir la paralysie générale comme « une spirochétose diffuse du cerveau ». Les caractères de cette infection sont les suivants : les spirochètes pénètrent souvent dans les cellules nerveuses, tandis que les parois des vaisseaux en sont souvent indemnes.

Mais les caractères biologiques sont plus intéressants à examiner. On ne peut savoir encore s'il s'agit d'un « virus nerveux », suivant la théorie de Brosius, qui posséderait une prédilection particulière pour le cerveau. Mais on sait, depuis Noguchi, que l'infection, tout en restant transmissible à des lapins (sur 36 lapins inoculés avec du virus de 6 paralytiques généraux, une seule série fut infectée : deux des six lapins eurent une induration scrotale et testiculaire le 97e et le 102e jour), est peu virulente : l'incubation en est très longue, et dure 3 mois au lieu de 4 à 6 semaines. Un nouveau passage sur le lapin exige encore une incubation de 3 mois. L'infectiosité est cependant indubitable (Nichols et Hough, Graves).

Un autre caractère de l'infection cérébro-spinale précoce est qu'elle paraît ne se produire que sur des cerveaux sensibilisés. N. a en effet injecté directement des fragments de syphilome testiculaire dans la substance nerveuse, à deux groupes de jeunes lapins : les uns avaient préalablement subi pendant cinq mois des injections intraveineuses de spirochètes vivants et morts ; les autres étaient neufs et servaient de témoins. Or tandis que ces derniers paraissaient réfractaires à l'inoculation directe et conservaient au bout de 5 mois une réaction de Wassermann négative, les animaux préalablement sensibilisés furent pris — du moins quelques-uns d'entre eux — de stupeur, de spasmes et d'une ataxie légère ; la réaction de Wassermann devint positive chez eux, et l'examen histologique de leur cerveau montra l'existence d'une méningite exsudative avec atrophie

des circonvolutions et même, dans des cas, taches jaunes et sclérose cérébrale, et spirochètes par endroits.

Il résulte de cela que, pour se développer, la paralysie générale exige une sensibilisation préalable du système nerveux. A. NANTA.

Démonstration, sur le vivant, de la présence du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux, par L. BÉRIEL et P. DURAND. *Société médicale des Hôpitaux de Lyon,* 11 novembre 1913. *Lyon Médical,* 1913, t. CXXI, p. 862.

B. et D. communiquent un procédé simple de biopsie cérébrale, permettant de mettre en évidence le spirille vivant dans l'écorce des paralytiques. Ce procédé est une application de la technique donnée en 1909 par Bériel pour pénétrer dans les espaces arachnoïdiens cérébraux, en utilisant la voie orbitaire et la partie externe effilée de la fente sphénoïdale; B. et D. affirment que le prélèvement, par cette voie, d'un minuscule fragment de substance cérébrale ne présente pas plus d'inconvénient que la ponction simple, elle-même assez délicate, mais anodine. Ils ont pratiqué quatre fois cette biopsie, chez trois paralytiques, toujours sans anesthésie n précautions spéciales, et sans jamais avoir d'incidents à noter, autres qu'une ecchymose (inconstante) de la paupière ou de la conjonctive. Sur les trois cas, ils ont eu dans deux cas des résultats positifs (et dans l'un des cas, à deux reprises) pour la constatation du tréponème, soit sur des frottis à l'encre de Chine, soit à l'ultramicroscope. Un des malades, qui a subi plusieurs explorations (la dernière remontant à deux jours), est présenté à la Société, ainsi que des préparations à l'encre de Chine. Bibliographie des travaux antérieurs sur le même sujet. M. CARLE.

Recherches sur les spirochètes de cerveaux paralytiques (Untersuchungen über die Spirochäte des Paralytikgehirns), par E. FORSTER et E. TOMASCZEWSKI. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 14.

Sur 61 cerveaux de paralytiques généraux explorés au moyen de la ponction (Neisser Pollack), F. et T. ont trouvé 27 fois des spirochètes.

Ils ont inoculé des produits provenant de 53 cas à 60 lapins et 13 singes, sans obtenir aucun résultat positif. La majeure partie des expérimentateurs qui ont inoculé des animaux avec des fragments de cerveaux de paralytiques ont aussi échoué.

Il y a cependant quelques cas positifs de Noguchi, Uhlenhuth et Mulzer, Berger.

Cependant les spirochètes de ces lésions sont probablement modifiés physiologiquement. Ch. AUDRY.

Syphilis de l'oreille.

Peut-on diagnostiquer la syphilis d'après l'oreille ? (Ist konstitutionelle Syphilis vom Ohr aus zu diagnostizieren ?), par O. BECK. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 50, p. 2778.

En mesurant exactement la durée de transmission du son par la boîte crânienne (diapason électrique, etc.), B. a constaté que cette durée est abrégée sensiblement chez la grande majorité (80 pour 100) des syphilitiques qui se trouvent à la période infectieuse : il attribue cette anomalie à

l'augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien, car elle a disparu après ponction lombaire. Du reste B. n'a pas pu le constater chez les individus porteurs de chancres très récents. Ch. Audry.

Syphilis de l'œil.

Sur la syphilis familiale et la kératite parenchymateuse (Ueber familiäre Syphilis, zugleich ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa). *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 15, p. 755.

Conclusion : La kératite interstitielle est bien exclusivement de nature syphilitique. Le traitement spécifique est infidèle, on n'évite presque jamais une atteinte de l'autre œil.

Les mères, cliniquement saines, d'enfants hérédo-syphilitiques ont toujours une réaction de Wassermann positive ; la loi de Colles s'explique donc par une syphilis latente. On ne peut savoir si la mère est infectée par le père ou par le fruit de celui-ci.

La moitié des enfants hérédo-syphilitiques ne présentent pas d'accidents cliniques pendant la première année, ce qui doit nous amener à une grande prudence dans la question des nourrices. Ni l'intensité de la syphilis infantile, ni la fréquence de la transmission ne sont proportionnelles à l'ancienneté de la syphilis maternelle. On voit des mères à réaction de Wassermann positive enfanter des produits syphilitiques 6 et 12 ans après l'infection. Ainsi l'importance d'une réaction de Wassermann positive chez la femme est bien plus considérable au point de vue de la fécondation possible que chez l'homme. Ch. Audry.

Le problème de la genèse de la kératite interstitielle (Das Problem der Genese der interstitiellen Keratitis), par F. Schieck. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 18, p. 890.

La kératite interstitielle doit être considérée comme une kératite anaphylactique (locale) causée par l'action des anticorps syphilitiques sur une antigène syphilitique latente dans la cornée. Ch. Audry.

Syphilis des veines.

Phlébite syphilitique, par R. Brunon. *La Normandie médicale,* février 1914.

B. discute à propos d'une observation personnelle le diagnostic de phlébite syphilitique. Il tire de son travail les conclusions suivantes :

I. La phlébite syphilitique est un accident précoce de la maladie ; elle atteint les jeunes gens et elle les frappe peu de temps après le chancre initial. C'est plutôt un accident secondaire qu'un accident tertiaire, contrairement à ce que la classification chronologique habituelle pourrait faire croire.

II. Le début est rapide (quand l'état général a été profondément atteint). Il n'y a pas de fièvre, contrairement à la phlébite puerpérale ou infectieuse, il s'agit d une modalité froide. Il n'y a pas de douleur et cette absence de douleur est habituelle dans les accidents syphilitiques. Ceci n'est pas du tout la physionomie de la phlegmatia alba dolens.

III. Les cordons veineux prennent assez rapidement une coloration cuivrée qui laisse pour l'avenir des stigmates fort utiles pour un diagnostic rétrospectif.

IV. La phlébite syphilitique est plutôt superficielle que profonde, elle est généralement symétrique et sujette aux récidives.

V. Enfin sans traitement spécifique, elle peut durer des mois ; avec un traitement mercuriel suffisant, elle peut se modifier en quelques jours. Mais il est de la plus haute importance de soumettre le malade à un traitement mercuriel segmenté sur plusieurs années. On évite ainsi la phlébosclérose généralisée avec dilatation des veines, tumeurs gommeuses et ulcères dits variqueux.

En résumé, d'une manière générale, une phlébite non douloureuse, non fébrile, non issue d'une affection primitive, survenant chez un individu jeune, demande, ne serait-ce qu'à titre d'essai, le traitement mercuriel et celui-ci obtient souvent des résultats là où d'autres traitements auraient échoué. R.-J. Weissenbach.

Syphilis des capsules surrénales.

Syphilis et glandes surrénales, par A. Sézary. *Gazette des Hôpitaux,* 14 et 16 juillet, 1914.

Les lésions des surrénales sont très fréquentes chez les jeunes hérédo-syphilitiques et contribuent à déterminer chez eux les troubles de l'état général qui peuvent conduire à la cachexie. Si le sujet survit, ces lésions peuvent laisser des séquelles et par suite une débilité surrénale qui ne se révèlera que plus tard à l'occasion d'une infection ou intoxication.

La syphilis acquise est moins nocive pour les glandes. Elle a cependant provoqué quelques cas de syndrome addisonnien. Elle peut aussi déterminer de la surrénalite scléreuse, facteur de débilité surrénale. Le clinicien devra donc s'efforcer de rechercher la syphilis chez les insuffisants surrénaux, l'insuffisance surrénale chez les syphilitiques. Dans les cas positifs, il devra associer l'opothérapie surrénale au traitement mercuriel, qui ne pas nocif pour les organes déjà atteints ; le traitement arsenical ne doit être employé qu'avec prudence dans de tels cas. P. Gastinel.

Syphilis du poumon.

Syphilis du poumon (Sífilis del pulmón), par J.-S. Covisa. *Revista clinica de Madrid,* 15 février 1914, p. 91.

Homme de 37 ans, syphilitique depuis 18 ans, insuffisamment traité : il y a un an, toux, fatigue, hémoptysies, on diagnostique une tuberculose pulmonaire et on le traita dans ce sens. La toux, la fatigue augmentent. Pas de fièvre. Discordance entre l'état général et celui des fonctions respiratoires. Pas de bacilles de Koch dans les crachats. L'état s'aggravait lorsque la venue providentielle de douleurs ostéocopes mit sur la voie du diagnostic et fit faire une réaction de Wassermann, qui fut heureusement positive. Au bout de deux mois d'un traitement spécifique (huile grise et iodure de potassium), le malade a pu reprendre son métier et ses occupations ordinaires. Le diagnostic de la syphilis pulmonaire repose sur : 1° la discordance entre l'état général et les lésions locales, qui peuvent, très graves, produire des lésions fonctionnelles intenses, l'état général restant moins affecté qu'on ne devrait s'y attendre. 2° l'existence d'une syphilis antérieure ou mieux la coexistence de lésions syphilitiques. 3° la localisation anatomique du processus. La syphilis se localise presque toujours au milieu et à la

base du poumon d'un seul côté. 4° l'absence de fièvre, au début. 5° la recherche du spirochète dans les crachats donnerait la certitude du diagnostic, mais elle est délicate et d'une pratique journalière difficile. J. Méneau.

Syphilis héréditaire.

Sur une propriété particulière du sang des nouveau-nés syphilitiques à l'égard de la réaction de Wassermann (Ueber ein eigenartiges Verhalten syphilitischer Neugeborener gegenüber der Wassermann'sche Reaktion), par F. Lesser et R. Klages. *Deutsche medizinische Wochenschrift.* 1914, n° 26, p. 1309.

Le sang de la mère peut donner une réaction positive, pendant que le sang de la veine ombilicale ne contient pas de réagines.

En réalité, il arrive très souvent que ce sang ne réagit pas avec l'extrait alcoolique de foie de fœtus et réagit avec d'autres antigènes, par exemple avec l'extrait éthéré de Lesser.

Il faut donc se souvenir que cette question de l'antigène et de sa préparation a une grande importance, un même sérum réagissant tantôt positivement, tantôt négativement suivant l'antigène employé. Ch. Audry.

NÉCROLOGIE

PAUL BOUCHEZ

La librairie Masson vient de perdre un de ses chefs, Paul Bouchez, qui, depuis 32 ans qu'il appartenait à la maison, n'avait cessé, à des titres divers, de prendre part à la publication des *Annales de Dermatologie* et en avait, pendant de longues années, assuré l'exécution matérielle. Un grand nombre des perfectionnements apportés à ce journal sont son œuvre ; sa collaboration éclairée, son grand sens des réalités pratiques, la sûreté et l'aménité de ses relations avaient établi entre les rédacteurs habituels des *Annales* et lui des liens étroits et une confiance qui ne se sont jamais démentis. Tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre et savent quelle place il occupait dans la librairie médicale comprendront les regrets que laisse sa mort rapide et s'associeront à la douleur de son associé M. Pierre Masson.

Le Gérant : Pierre Auger.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX, RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

Arnault Tzanck et Pelbois. — A propos du traitement des tuberculoses cutanées et des tuberculides par le néosalvarsan.. . 65
Audry. — Sur une dent d'Hutchinson unilatérale.. 100
Audry. — Zona conjugal.. 299
Audry. — Sur trois cas d'une leuco-mélanodermie post-érythémateuse indéterminée. 549
Audry. — Intoxication mercurielle à forme scorbutique consécutive à une cure d'huile grise. Mort. 613
Audry et Lavau. — Sur les méningites préroséoliques. 29
Babès. — Amputations congénitales des doigts chez un hérédo-syphilitique. Considérations sur l'étiologie de cette maladie. . 455
Bargues. — Voir Dubreuilh.
Brocq. — Contribution à l'étude des états éléphantiasiformes de l'oreille. 263
Brocq. — La diminution de la résistance de la peau. 529
Brocq. — Lucien Jacquet. 569
Brocq. — Contribution à l'étude du kraurosis vulvæ. 578
Brocq et Pautrier. — Glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue. 1
Darier. — La dermatose précancéreuse de Bowen, dyskératose lenticulaire et en disques. 449
Darier. — Alfred Fournier. 513
Du Bois. — Étude histologique d'un lentigo. 385
Dubreuilh. — Glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue. 615
Dubreuilh et Bargues. — La lèpre de la Bible. 625
Favre. — Voir Nicolas.
Gaté. — Voir Nicolas.
Joulia. — Voir Morin.
Julien. — Contribution à l'étude clinique du vernix caseosa. . . . 408
Lavau. — Sur la méningite syphilitique métachancreuse et préroséolique.. 280
Lavau. — Voir Audry.
Lavau. — Voir Nanta.
Longin. — Contribution à l'étude des soi-disant faits de gelure des pieds.. 595
Moreau. — Note sur un cas d'éléphantiasis des membres inférieurs. 148

Morin et Joulia. — Le néosalvarsan à la clinique dermatologique de Bordeaux (1913). Incidents et accidents. 89
Moutot. — Voir Nicolas.
Nanta. — Deux nouveaux cas de lymphodermies. 19
Nanta. — Sur une forme de « tuberculose fongueuse de la peau » (Riehl). 141
Nanta. — Leucémie myéloïde et syphilis. 236
Nanta. — Les cellules lymphoïdes et les plasmazellen du chancre syphilitique. 638
Nanta et Lavau. — Sur l'angio-nævus anémique. 472
Narbel. — Contribution à l'étude des piqûres de tiques. 480
Nicolas et Gaté. — La réaction de Wassermann positive a-t-elle une valeur absolue? (39 pour 100 de réactions positives chez les non syphilitiques). 193
Nicolas et Moutot. — Trois ans d'arsénothérapie antisyphilitique à la clinique vénéréologique de l'Antiquaille. 391
Nicolas, Regaud et Favre. — Étude cytologique sur les glandes cutanées. 129
Pautrier. — Sarcoïdes et syphilis. Nécessité d'une revision du groupe des sarcoïdes. 344
Pautrier. — Voir Brocq.
Pelbois. — Voir Arnault Tzanck.
Petrini de Galatz. — Contribution à l'étude clinique et histopathologique de la dystrophie papillaire et pigmentaire (acanthosis nigricans) associée à un cancer pulmonaire. 321
Ravaut. — Les erreurs d'interprétation de la réaction de Wassermann. 285
Regaud. — Voir Nicolas.
Rigaud. — Syphilis acquise et oreille interne. 203
Thibierge. — La durée de la période d'incubation de la syphilis envisagée au point de vue médico-légal. 541
Thibierge. — Traumatisme et sclérodermie 645
Unna. — Biochimie de la peau. 257

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

A

Abbe, 161.
Adamson, 36, 37, 47, 180, 620.
Alston, 178.
Altmann, 116.
Alvarez, 110.
Alzheimer, 187.
Amicis, 243.
Angus, 164.
Antoric, 113.
Apert, 499.
Arbour Stephens, 316.
Arnold, 33.
Aragao, 367, 423.
Arrivat, 178.
Arzt, 490, 510, 553.
Aubert, 423.
Audry, 29, 100, 299, 549, 643.
Austregesilo, 418.
Axhausen, 559.
Azua, 32, 43, 44, 111, 112, 125, 159, 187, 364, 372, 620.

B

Babès, 155.
Babonneix, 568.
Baermann, 307.
Balzer, 123.
Bankowski, 103.
Barail, 105.
Bargues, 625.
Barling, 173.
Bauer, 306, 311.
Baumel, 443.
Baumer, 314.
Beatty, 37.
Beck, 671.
Bedfort, 168.
Bellido, 374, 561.
Bénard, 436.
Benario, 301.
Benech, 669.
Benedek, 670.
Bériel, 671.
Bensaude, 108, 384.
Bérard, 177.
Berger, 435.
Bering, 313.
Bernhardt, 618.
Bertarelli, 441.
Bertrand, 440.
Bettmann, 241, 249, 505.
Beurmann, 122.
Biach, 303.
Biggs, 367.
Biernacki, 430.
Blashko, 507.
Bloch (B.), 190, 497.
Bloch (M.), 127, 440, 442.
Boas, 310, 446.
Bobrie, 556.
Bodley-Scott, 437.
Bogrow, 508, 620.
Boncour, 114.
Bons, 308.
Bordier, 175.
Boruthau, 315.
Bory, 559.
Bottler, 121.
Bourgeois, 509.

Bouttier, 108.
Bowen, 39, 162, 251.
Box, 362.
Brand, 39.
Brandweiner, 369.
Brauer. 256.
Brault, 169.
Breda, 168.
Brin, 110, 436, 564.
Brocq, 1, 263, 529, 569, 578.
Brooks, 562.
Broughton-Alcock, 381.
Browning, 374.
Bruck, 371.
Brunon, 672.
Bulkley, 38, 423.
Buhman, 64.
Bunch, 166.
Burnier 380, 495, 556.
Buschke, 434, 560.

C

Caesar, 320.
Camus, 186.
Carneiro da Cunha, 425.
Carnot, 113.
Cassel, 492.
Cassirer, 254.
Castellani, 49.
Ceintz, 115.
Cesbron, 562.
Chauffard, 560.
Chipmann, 32.
Churchmann, 506.
Cituentes, 59.
Clark, 33.
Claude, 115.
Cohn, 185.
Colcott Fox, 44.
Collie, 418.
Collin, 669.
Connell, 372.
Constantin, 368.
Coppelli, 171, 301, 665.
Coppolino, 247.
Corbelt, 558.
Corbus, 367.
Covisa, 45, 60, 109, 117, 188, 189, 673.
Coyon, 495.
Craig, 121.
Criado, 126.
Crissiuma, 511.
Cronquist, 57.
Cruveilhier, 370.
Csillag, 163.
Culver, 178.
Cunningham, 46, 172, 429.

D

Danel, 47, 48, 159, 316.
Danila, 102.
D'Arcy Power, 106.
Darier, 253, 449, 513.
Davis, 41, 162, 429, 432, 504, 620.
Debuys, 46.
Dencke, 118.
Desmoulières, 120.
Dieffenbach, 433.
Dimelesca, 567.
Ditterson, 308.
Doinikow, 186.
Döllken, 442.
Dore, 34.
Drew, 38, 448, 512.
Dreyer, 306.
Dreyfus, 116.
Du Bois, 385.
Dubreuilh, 615, 625.
Dufour, 375.
Dumont, 113.
Dunjanowitch, 110.
Durand, 56, 671.
Duroeux, 108, 118.
Dyer, 495.
Dykes, 430.

E

Ehlers, 493.
Ehrmann, 505.

Eiken, 340.
Eising, 58.
Ellsworth, 252.
Elsner, 45.
Émery, 108.
Engman, 64.
Enomoto, 490.
Epstein, 45.
Erlecher, 58.
Escuder-Nuñez, 378.

F

Fabry, 248, 433.
Faujas, 184.
Favre, 40, 129, 160, 175, 183.
Feer, 622.
Fiessinger, 56.
Filho, 420.
Finger, 256.
Fischel, 250.
Fischer, 34, 243, 492.
Fischl, 617, 624.
Fleischmann, 443.
Föckler, 58.
Foerster, 618.
Fontana, 312, 665.
Fordyce, 512.
Forster, 313, 671.
Fossier, 244.
Foster, 555.
Fox, 374, 418.
Frenkel, 562.
Freund, 172.
Frieboes, 491.
Fuchs, 497.

G

Gallavardin, 181.
Galloway, 165.
Garrison, 502.
Gaskill, 46.
Gaté, 193.
Gaucher, 186, 559, 562, 564.
Geber, 670.
Gerber, 126.
Géry, 104.
Gibbard, 437.
Gilbert, 436.
Gilmour, 168.
Giroux, 375.
Glaser, 302.
Glück, 121, 487.
Gomes, 426.
Goodale, 127.
Goodhue, 427.
Gougerot, 105, 169, 177, 382, 488.
Gourari, 121.
Graetz, 311.
Graham Little, 168, 619.
Graves, 434.
Gravier, 179.
Gruber, 563.
Grulee, 567.
Gudzent, 250.
Gutmann, 315, 502.

H

Habetin, 306.
Hagashi, 314.
Hahn, 190.
Hammer, 179.
Hammond, 363.
Hanawa, 179, 491, 503.
Harrisson, 437.
Hartzell, 164.
Haslund, 507.
Hassan Reschad, 434.
Hauck, 177.
Hazen, 379.
Hecht, 251.
Heden, 318, 371.
Heidingsfield, 242, 619.
Heim, 552.
Heinmann, 307.
Heller, 498.
Henck, 491.
Herpin, 315.
Herxheimer, 241, 502.
Hesse, 52, 565.
Hochstatter, 179.

Hochstetter, 495.
Hodara, 487.
Hofmann, 57.
Hoffmann, 448, 495.
Holliday, 57.
Holth, 127.
Hough, 63.
Howard, 463.
Howard Fox, 50, 119.
Htano, 314.
Hubner, 45.
Hugel, 315.
Hutchins, 41.
Hutchinson, 364.
Huzar, 300.
Hyano, 314.

Ito, 368.
Ivey, 382.

Jackson, 38.
Jacquet, 125.
Jadassohn, 253, 445, 495.
Jampolsky, 104.
Janet, 59.
Jannin, 428.
Jeanselme, 125, 126, 127, 383, 440, 442.
Jennings, 44.
Johnston, 421.
Jordan, 187.
Joulia, 89.
Julien, 408.

K

Kaliski, 308.
Kaplan, 436, 554.
Kaufman, 124.
Kerl, 510, 512, 553.
King, 44.
Kirby-Smith, 111.
Klages, 674.
Klausner, 164, 170, 308, 556.
Klingmüller, 190, 501.
Knowles, 421.
Knox, 433.
Kohn, 242.
Kolmer, 503.
Köster, 502.
Kraus, 240, 241.
Krause, 623.
Krebs, 300.
Kreibich, 247, 423.
Krol, 319.
Kursteiner, 624.
Kutznicky, 252, 488.
Kyrle, 174, 502, 506.

L

Lacassagne, 507.
Lagane, 381.
Landouzy, 107, 423.
Langer, 555.
Lantenheimer, 505.
Laurent, 177, 431.
Lavau, 29, 280, 472.
Leblanc, 442.
Ledermann, 435.
Legris, 669.
Lejars, 560.
Lemnos, 565.
Lenartowicz, 54, 55.
Léri, 115.
Lermoyez, 383.
Leronge, 115.
Lesser, 435, 674.
Leszynski, 503.
Letulle, 109.
Leuret, 560.
Levaditi, 103, 381, 441.
Levin, 432.
Lévy-Bing, 54, 59, 108, 118, 440.
Lévy-Frankel, 186.
Lewandowsky, 187.
Lewtschenkow, 170.
Lian, 563.

Liebl, 495.
Lier, 124, 492.
Lilley, 43.
Linser, 448.
Lipschütz, 54, 491, 506, 622.
Lobsenz, 429.
Longcope, 302.
Longin, 595.
Louste, 436.
Lunos, 511.
Luithlen, 319.

M

Mac Clelland, 436.
Mac Cormac, 49.
Mac Donagh, 61, 182.
Machado, 425,
Mac Kee, 36, 424.
Mac Keuty, 240.
Mackwood, 422.
Mac Leod, 166.
Mac Murtrie, 367.
Mac Neal, 502.
Magnani, 438.
Malcolm Morris, 34, 360.
Marchand, 246.
Marchoux, 496.
Marck, 39.
Marcus, 106.
Marie, 103, 381, 441.
Marinesco, 62, 103, 669.
Marsh, 105.
Marziani, 665.
Matzenauer, 116.
Mazo, 115.
Meachen, 176.
Meaux Saint Marc, 109, 567.
Meirowsky, 181.
Melgar, 161.
Ménard, 500.
Menzer, 172.
Mérian, 168, 180.
Milian, 40, 106, 107, 124, 375, 376, 488.
Minassian, 184.
Mindreich, 319.
Minea, 62, 103, 669.
Model, 493.
Möllers, 41.
Montgomery, 178, 242, 366, 431.
Montlaur, 436.
Moody, 567.
Mook, 42.
Moore, 62.
Moreau, 148.
Morel, 122.
Morin, 54, 89.
Moro, 243.
Mosenthin, 506
Moses, 428.
Mouneyrat, 122.
Mouriquand, 122.
Moutot, 179, 391.
Mucha, 318.
Müller, 119, 309, 555.
Mulot, 370.
Mulzer, 63, 190, 310, 313, 349, 553.

N

Nagel, 493.
Nakano, 63, 309, 312.
Nanta, 19, 141, 236, 472, 638.
Narbel, 480.
Nichols, 63.
Nicolas, 129, 179, 193, 391.
Nochte, 443.
Noguchi, 61, 62, 312, 378, 380, 381, 435, 670.
Noïca, 567.
Nonell, 51.
Nonne, 190.
Nunez, 114.

O

Oberndorfer, 117.
Ochs, 421.
Odstrcil, 500.
Oppenheim, 510, 618.
Orleani, 431.
Ormsby, 44.

P

Paldrock, 496.
Papagallo, 304.
Parkes Weber, 42, 49, 113.
Parma, 250.
Pautrier, 1, 344, 496.
Payenneville, 556.
Pearce Gould, 365.
Pedersen, 55.
Pelbois, 65.
Pernet, 163.
Petit, 567.
Petrini de Galatz, 321.
Peyri, 43, 374, 430.
Peyri-Rocamora, 47, 48, 379, 432, 438, 561.
Pfender, 418.
Philipps, 499.
Pinard, 107.
Pinch, 173.
Plazy, 665.
Polland, 249, 301, 494, 497, 500.
Pollitzer, 35, 51, 300.
Poor, 621.
Porges, 492.
Portillo, 58.
Portuer, 243.
Post, 568.
Pozzi-Escot, 383.
Praetorius, 45.
Pringle, 33, 34.
Proctor Sims, 163.
Pujol, 115.
Pusey, 420.

Q

Quellen, 177.
Queyrat, 108, 378.

R

Rabello, 361, 375, 419, 420, 423, 424, 425, 426, 427, 431, 623.
Raecke, 443.
Raizies, 503.
Ramazzotti, 190.
Rauschenberger, 369.
Ravaut, 185, 285, 304, 441, 566.
Rebatu, 184.
Regaud, 129.
Reilly, 382.
Remer, 36.
Remlinger, 370.
Reuter, 244.
Ribes, 317.
Richer, 447.
Richter, 494.
Rigaud, 203.
Ringer, 503.
Ritter, 57.
Roark, 56.
Robbens, 170.
Rock, 486.
Roger, 114, 186, 443, 500.
Rohleder, 52.
Ross, 102.
Rotky, 253.
Roth, 314.
Rouillard, 115, 499.
Roziès, 178.
Rubin, 558.
Rueck, 369.
Ruete, 489, 499.
Rühl, 369, 371.
Runstierna, 248.
Ryall, 162.
Rygier, 618.
Rytina, 119.

S

Sabella, 166, 167.
Sabin, 375.
Sachs, 244, 492.
Saenger, 169.
Saint-Martin, 562.
Sainz de Aja, 35, 42, 49, 59, 106, 107, 123, 188, 617, 668.
Saisawa, 37.
Saltykow, 242.
Sambon, 362, 364, 429.

Sampelayo, 112.
Sande, 623.
Saphier, 505.
Sartory, 431, 500.
Sauphar, 107.
Sauvage, 104.
Savy, 40, 175, 183.
Schaeffer, 619.
Schalek, 32.
Schamberg, 166, 426, 503.
Scherber, 53.
Scherer, 302.
Scherevchewsky, 182, 303.
Schibagase, 314.
Schieck, 672.
Schmidt, 253, 498, 623.
Schnaft, 169.
Schoenborn, 115.
Schoenfeld, 249.
Scholtz, 317, 447.
Schramek, 508.
Schumacher, 371.
Schwab, 447.
Schwinn, 301.
Secousse, 560.
Sehrwald, 251.
Selenew, 52.
Semon, 43, 117, 422.
Sequeira, 36, 42, 167, 177.
Serba, 317.
Serrano, 49.
Sézary, 673.
Sicard, 382, 442.
Siler, 502.
Simpson, 439, 508.
Skertezky, 311.
Skillern, 558.
Smith, 369.
Snow, 504.
Sobotka, 55.
Sohe, 303.
Sommer, 371.
Sormani, 554.
Souques, 567.
Spät, 669.
Speirs, 510.
Spiethof, 444.
Spietschka, 316.
Sprinz, 53, 511.
Stein, 119, 249, 309, 555.
Stern, 38, 123, 304, 509.
Sternberg, 245.
Strauss, 185.
Strickler, 166.
Stroe, 102.
Stümpke, 431, 558.
Sudhoff, 552.
Sutton, 160, 165, 251, 497, 618.
Swann, 50.

T

Tanon, 122.
Tatar, 670.
Teive, 420, 422.
Terra, 361, 419, 421, 425, 426, 428.
Thatcher, 439.
Thévenot, 311.
Thibierge, 250, 302, 490, 541, 645, 666, 667, 668.
Thiers, 375.
Tieche, 53.
Tomascewski, 313, 671.
Touchard, 567.
Tournade, 160.
Touton, 122, 123, 125.
Towle, 36.
Toyama, 486.
Tribondeau, 120.
Trimble, 512.
Troisfontaines, 438.
Troisier, 561.
Trowbridge, 128.
Tryb, 486.
Tschernogubow, 508.
Tsuzuki, 314.
Turner, 173.
Tzanck, 65.

U

Uhlenhuth, 63, 313, 553.
Unna, 257.
Urrutia, 105.

V

Vallery-Radot, 567.
Vallet, 433.
Varnez, 33.
Vazquez, 34.
Vedel, 443.
Velter, 568.
Veress, 370,
Vernes, 126, 127, 440, 442, 563.
Vianna, 367, 423, 428.
Vignolo-Lutati, 176, 247, 500.
Volk, 505.
Vuillet, 109.

W

Waeber, 370.
Waelsch, 55.
Wagner, 166, 508.
Wagner-Kratge, 252.
Walter, 509.
Ward, 180.
Warnecke, 504.
Watson, 106.
Wechselmann, 316.
Weichsel, 306,
Weill, 122.
Weissenbach, 666.
Werther, 173.
White, 40, 48.
Wiener, 50.
Williams, 252, 510.
Winckler, 179, 250.
Winfield, 41.
Wise, 424.
Wolf, 317.
Wolff, 319.
Wolbarst, 121.
Wolfsohn, 308.

Z

Zeissler, 171.
Zernik, 560.
Ziegel, 430.
Zimmern, 316.
Zomachion, 301.
Zurn, 488.
Zwick, 253.
Zylberlast, 114.

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME V — CINQUIÈME SÉRIE

1914-1915

A

Acanthome papillaire sur terrain syphilitique, par Tryb. . . 486
Acanthosis nigricans, par A. Schalek. 32
— , dystrophie papillo-pigmentaire de Darier, par J. de Azua. 32, 159
— Étude clinique et histo-pathologique de la dystrophie papillaire et pigmentaire (—) associée à un cancer pulmonaire, par Petrini de Galatz. . . 321
— Sur l'—, par Toyama. . . . 486
Acauliose, par Vignolo-Lutati. 500
Acide trichloracétique employé comme kératolytique dans la kératose séborréique sénile, par Montgomery et Culver. 178
Acné. Étiologie et traitement, par Chipmann. 32
— Microcoque agent causal d'une dermatose rebelle rappelant l'—, par Varnez et Clark. . 33
— *agminata* de Crocker, par Mac Cormac. 49
— *hypertrophique* du nez ou rhinophyma, traitement électrique, par Bobdier. 175
— *urticarienne,* par Adamson. . . 180
— *des nouveau-nés,* par Kraus. . 240
Acrodermatite. Phlicténose récidivante des extrémités. — continue de Hallopeau, par Danel. 159
Actinomycose. Étude de cas, par Mac Kenty. 240
Actinomycose. Cas traité par un vaccin, par Collie. . . . 418
Adipose douloureuse localisée aux membres inférieurs atteints de sciatique, par Favre et Tournade. 160
Adrénaline dans l'urticaire, par Swann. 50
Albuminurie. L'— orthostatique dans ses rapports avec les dermatoses, par W. Arnold. 33
Alopécie en général et forme de calvitie jusqu'ici non décrite, l'alopécie indurée atrophique, par Sutton. 160
— congénitale, sclérodermie, infantilisme, par H. Fox. . . 418
— d'origine neurotique, par Rock. 486
Amputations congénitales des doigts chez un hérédo-syphilitique. Étiologie de cette affection, par Babès. 155
Anesthésie locale. Mélanges de novocaïne et de sels potassiques, par Sainz de Aja. . . 617
Anémie pernicieuse. Lésions de la muqueuse linguale, par Wise. 424
Angiokératome. Quatre cas dans une famille, par J.-J. Pringle. 33, 34
— simulant le pied de Madura, par Austregesilo. 418
Angiome extensif de Hutchinson, par Malcolm Morris et Dore. 34
— sous-cutané multiple coexistant avec de nombreux lipomes, par Bowen. 39
— Un ca par Melgar. 161

Angio-nævus anémique, par Nanta et Lavau. 472
Aniline. Action sur la peau, par Sachs. 244
Atrophies cutanées. Dermatite atrophiante en réseau, par Gluck. 486
— Recherches histologiques sur un cas d'atrophie idiopathique de la peau, par Hodara, . . 487
— Atrophie post-psoriasique de la peau, par Zuru. 488

B

Bactériologie. Un microcoque agent causal d'une dermatose acnéiforme, par Varnez et Clark. 33
— Vibrion de l'ulcère d'Yemen, par Wiener. 50
— Sur le bacille-bouteille de Unna. par Kraus. 241
Balanite gangreneuse, par Tieche. 53
— érosive et gangreneuse. Quatrième maladie vénérienne, par Corbus.. 367
Bier (Méthode de) dans le traitement des tuberculides nodulaires, par Sainz de Aja et Serrano.. 49
Biochimie de la peau, par Unna. 257
Blastomycose. Sporotrichose simulant la —, par Adamson. 47
— Un cas, par Rabello. . . . 419
— , par Terra.. 419
Blennorrhagie primitive isolée d'un diverticule, par Lenartowicz. 55
— aiguë chez l'homme, par Pedersen. 55
— Diagnostic et traitement des maladies blennorrhagiques dans la pratique générale, par Mulzer. 190
— *Arthrite gonococcique,* essai de traitement, par Holliday.. . 57
— *Arthrite gonococcique.* Injections locales de salicylate de soude, par Covisa. 60
— *Bactériologie* et histopathologie de l'urétrite chronique, par Ramazzotti. 190
Blennorrhagie. *Bactériologie.* Action des sels biliaires sur les gonocoques, par Hofman. 57
— *Biologie.* Valeur pratique de la déviation du complément, par Lenartowicz. 54
— — Diagnostic par le vaccin, par Eising. 58
— — Recherches biologiques, par Brandweiner. 369
— *Cavernite* récidivante, par Waelsh. 55
— *Epididymite double.* Fécondation artificielle après —, par Rohleder. 52
— *Exanthème* pustulo-hyperkératosique au cours d'une infection gonococcique généralisée, par Sobotka. 55
— *Infection gonococcique généralisée,* exanthème pustulo-hyperkératosique, par Sobotka. 55
— — Septicémie gonococcique. Cas fatal, par Rueck. . . . 369
— *Kératose blennorrhagique,* par Fiessinger et Durand.. . . 56
— — , par Roark. 56
— *Tendo-vaginite blennorrhagique,* par Rauschenberger. . . 369
— *Traitement.* Action des sels biliaires, par Hofman.. . . . 57
— — Traitement abortif, par Cronquist. 57
— — Alosan dans les processus gonococciques utéro-vésicaux, par Portillo. 57
— — Traitement par le vaccin, par Föckler. 58
— — , par Erlecher. 58
— — par le néosalvarsan, par Janet et Lévy-Bing. 59
— — de l'uréthrite, par Cituentes. 59
— — Argyrol et argyl dans les uréthrites, par Sainz de Aja. 59
— — Salicylate de soude, par Covisa. 60
— — Diagnostic et traitement des maladies blennorrhagiques dans la pratique générale, par Mulzer. 190
— — Traitement de la blennorrhagie et les erreurs les plus communes à son sujet, par Veress. 370

Blennorrhagie. *Traitement.* Traitement de la blennorrhagie chez la femme avec le sérum, par Weber.. 370
— — Traitement nouveau de la blennorrhagie aiguë, par Mulot. 370
— — Traitement des complications par le vaccin an tigonococcique atoxique de Nicolle et Blaizot, par Remlinger. . 370
— — Traitement des complications par le virus-vaccin sensibilisé de Besredka, par Cruveilhier.. 370
— — Emploi des injections intraveineuses d'arthigon, par Bruck et Sommer.. 371
— — Une nouvelle préparation vaccinale : la gonargine, par Schumacher. 371
— — Le soufre colloïdal dans la blennorrhagie, par Heden. . 371
— — Technique des lavages dans la blennorrhagie de l'urètre antérieur et postérieur, par Ruhl.. 371
— — Un traitement de la blennorrhagie aiguë de l'urêtre antérieur, par J. de Azua. . . 372
— *Uréthrite chronique,* bactériologie et histopathologie, par Ramazzotti.. 490
— *Uréthrite gonococcique chez un enfant* de seize mois, par Smith.. 369
— *Vaccin gonococcique.* Diagnostic des infections blennorrhagiques par le —, par Eising. 58
— — Traitement par le —, par Föckler.. 58
— — Traitement causal par le —, par Erlecher.. 58
— — , par Remlinger. 370
— — , par Cruveilhier. . . . 370
— — , par Bruck et Sommer. . . 371
— — , par Schumacher.. . . . 371
Botryomycose, par Rabello. . 420
Bouba. Cas de —, par Filho. . 420
— , par Teive. 420
— , par Rabello. 420
Bouche. Affection maligne de la langue et de la —, par Abbe. 161
Brûlures. Greffes amniotiques, par Stern. 38
Bubon chancrelleux. Méthode simple et efficace de traitement, par Constantin.. . . 368

C

Cancer de la langue, par Ryall. 162
Canitie à marche rapide, par H. y Vazquez. 34
— Grisonnement partiel après un traumatisme, par F. Fischer. 34
Castration du côté droit, hypertrophie de la mamelle gauche, par Selenew. 52
Chalarose, par Sartory et Ménard. 500
Chancre simple. Traitement par les applications locales de salvarsan, par Lévy-Bing et Morin. 54
— et bacille de Ducrey; étude bactério-sérologique, par Ito. 368
— Traitement du — par le phénol camphré, par Rühl. 369
— Salvarsan en applications locales dans le chancre simple, par Lévy-Bing et Morin.. . . . 54
Chéloïde et syphilis, par Gougerot. 488
— Urticaire artificielle et —, par Dreuw. 512
Cheveux. Sur les — cassés, par Herxheimer. 241
Cholestérine. Teneur du sang en — dans les dermatoses, par Fischl. 617
— dans la formation du xanthome, par Schmidt. 623
Comédons du lanugo, par Csillag. 163
Cuir chevelu. Périfolliculite abscedens et suffodiens, par Ruete. 489

D

Dégénération amyloïde de la peau, par Bulkley. 423
Dermatite gangréneuse infantile, par Howard. 163
— pustuleuse végétante récidivante, par Pernet. 163

Dermatite consécutive à l'application d'arnica, par PROCTOR SIMS. 163
— provoquée, par MACWOOD. . . 422
— aiguë du visage causée par une teinture capillaire, par SEMON. 422
— atrophiante en réseau, par GLUCK. 486
— consécutive aux rayons X, traitement, par BOGROW. . . . 620
Dermatomycoses. Oosporoses ou nocardoses cutanées, par GOUGEROT. 169
— Les pseudomycoses, par BRAULT. 169
— Pathologie générale, par BLOCH. 190
— gommeuses à Scopulariopsis Köningii, par JANNIN. . . . 428
— Nouvelle —, provoquée par le Proteomyes infectans, par MOSES et VIANNA. 428
— Une nouvelle mycose (acauliose), par VIGNOLO-LUTATI. . 500
— La chalarose, par ROGER, SARTORY et MÉNARD. 500
— Le traitement des —, par KLINGMÜLLER. 501
Dermatoses. L'agent causal d'une — rebelle rappelant l'acné, par VARNEZ et CLARK. . 33
— Albuminurie orthostatique chez les malades atteints de —, par ARNOLD. 33
— Traitement à sec des —, par WHITE. 48
— des diabétiques, par BETTMANN. 241
— prurigineuses et suintantes, traitement par l'air sec, par WAGNER-KRATGE. 252
— et sécrétions internes, par MALCOLM MORRIS. 360
— Sérothérapie des —, par STUMPKER. 431
— Traitement hydrominéral des dermatoses squameuses, par PEYRI-ROCAMORA. 432
— Tentatives pour guérir les — en améliorant le sang, par LINSER. 448
— et anacidité gastrique, par LIER et PORGES. 492
— Staphylocoques et streptocoques dans la gale et d'autres dermatoses, par MODEL. . . 493
— dysménorrhéiques, par POLLAND. 500
Dermatoses causées par les teintures, par BLASCHKO. . . . 507
— , traitement par la neige carbonique, par HASLUND. . . . 507
— Teneur du sang en cholestérine, par FISCHL. 517
— et sécrétions internes, par POOR. 621
Dermatose précancéreuse, par BOWEN. 162
— de Bowen, dyskératose lenticulaire et en disques, par DARIER. 449
Dermite staphylococcique polymorphe gangréneuse, par SAINZ DE AJA. 35
— Glattoline cause d'un — opiniâtre du cou, par KOHN. . . 242
Diabète. Dermatoses des diabétiques, par BETTMANN. . . . 241
Duhring (Maladie de). Un cas, par TERRA. 421

E

Ecthyma. Dermite staphylococcique polymorphe gangréneuse, par SAINZ DE AJA. . . 35
Eczéma récidivant des mains, par POLLITZER. 35
— Sur l'— infantile, par KLINGMULLER. 190
— , par OCHS. 421
— Étiologie de l'—, par JOHNSTON. 421
— Origine externe de l'—, par KNOWLES. 421
— marginé, par TEIVE. 422
— Étiologie, par ENOMOTO. . . . 490
— Badigeonnages de coaltar dans l'—, par THIBIERGE. 490
— Insuffisance du rein dans l'— vulgaire et dans l'— parasitaire, par BERNHARDT et RYGIER. 618
Elastine. Dégénérescence lipoïde de l'— de la peau, par KREIBICH. 247
Elastique (Tissu). Pathologie du — de la peau, par ARZT. . . 490
Électricité. — Notions pratiques à l'usage das médecins, par LERMOYEZ. 383

Éléphantiasis. Note sur un cas d'— des membres inférieurs, par Laurent Moreau. . . . 148
— États éléphantiasiformes de l'oreille, par Brocq. 263
Endoscopie recto-colique. Rectoscopie. Sigmoïdoscopie, par Bensaude. 384
Eosinophilie dans la gale et dans un certain nombre de maladies cutanées, par Schamberg et Strickler. 166
Épiderme. Glycogène et éléidine dans l'épiderme, par Hanawa. 491
Épidermolyse bulleuse héréditaire. Gale au cours de l'—, par Wagner. 166
Épithéliome du dos. Maladie de Paget, par Towle. . . . 36
— Forme anormale d'ulcus rodens, par Sequeira. 36
— Traitement par les doses massives de rayons X, par Mac Kee et Remer. 36
— et ulcus rodens chez un même patient, par Davis. 162
— Précancéroses cutanées. Deux cas de prolifération épithéliale chronique atypique, par Bowen. 162
— en forme de morphée, par Heidingsfield. 242
— Ossification des — calcifiés, par Saltikow. 242
— Traitement des tumeurs superficielles par le bromure de radium, par Williams et Ellsworth. 252
— Tumeurs carcinoïdes multiples primitives de la peau chez un enfant, par Hutchinson. 364
— Radium et cancer, par Pearce Gould. 365
— Au sujet de l'— de la lèvre, par Pusey 420
— Séborrhée de la lèvre inférieure et ses relations avec l'—, par Montgomery. 431
— Le radium et la rœntgenthérapie contre le cancer, par Lewin. 432
— Le radium contre les tumeurs malignes, par Knox. . . . 433
Épithéliome, par Dieffenbach. 433
— Traitement combiné du carcinome de la peau par la neige carbonique et les rayons Rœntgen, par Fabry. . . . 433
— Dermatose précancéreuse de Bowen, dyskératose lenticulaire et en disques, par Darier. 449
— Mésothorium dans le carcinome de la peau, par Kutznicky. . 488
— baso-cellulaire kystique de la face, par Henck et Frieboes.. 491
Éruptions artificielles. Dermatite consécutive à l'application d'arnica, par Proctor Sims. 163
— Érythème du pantopon, par Klausner. 164
— Rash dû à la térébenthine de Venise, par Angus. 164
— Érythème ab igne, par Hartzell. 164
— Sensibilité exceptionnelle à la résorcine, par Montgomery. . 242
— Glattoline cause d'une dermite du cou, par Kohn. 242
— Multiplication des cas d'érythème copaïvique, par Portuer. 243
— Érythème copaïvique, par Fischer. 243
— Origine externe de l'eczéma, en particulier des eczémas professionnels, par Knowles. . 421
— Dermatite provoquée, par Macwood.. 422
— Dermatite causée par une teinture capillaire, par Semon. . 422
— Dermatoses causées par les teintures des cheveux et des fourrures, par Blaschko. . . . 507
— Urticaire artificielle et chéloïde, par Dreuw. 512
Érysipèle et tatouage, par Scherwald.. 251
Érythème du pantopon, par Klausner. 164
— ab igne, par Hartzell. . . . 164
— copaïviqne, par Portuer. . . 243
— , par Fischer. 243
— Forme rare d'—, par Lipschutz. 491
— Leuco-melanodermie post-érythémateuse, par Audry. . . 549

Érythème *exsudatif hémorragique* suivi de mort, par DE AMICIS.. 243
— *noueux* et tuberculose, par MORO.. 243
— — , valeur sémiologique, par AUBERT. 423
— — et septicémie à bacilles de Koch, par LANDOUZY. . . . 423
— — et tuberculose, par FOERSTER. 618
— *polymorphe*. Sur l'—, par ADAMSON. 36, 37
— — Étiologie, par SAISAWA. . 37
— — consécutif à un lichen plan, par DAVIS. 41
Érythème induré avec tuberculose, par PARKES WEBER. . 49
— ne paraissant pas d'origine tuberculose, par GALLOWAY.. . . 165
Érythrodermies. Classification des — rebelles squameuses, maculeuses et maculo-papuleuses, par SUTTON. 165
— Pathologie des — exfoliantes généralisées, par SACHS. . . 492
Érythromélalgie, par FOSSIER. 244
Estomac (Troubles). Dermatoses et anacidité gastrique, par LIER et PORGES. 492
Exanthème aigu pemphigoïde au cours d'une fièvre typhoïde, par REUTER. 244
— avec purpura déterminé par le baume de copahu, par ODSTRCIL.. 500

F

Favus à forme érythémato-squameuse, par MAC LEOD. . . . 166
— Un cas, par RABELLO.. . . . 423
— de la souris chez l'homme, par FISCHER. 492
Fécondation artificielle après épididymite double, par ROHLEDER. 52
Fibromolluscum des femmes enceintes, par SUTTON. . . . 618
Foie. Maladies de la peau liées à des troubles hépatiques, par BULKLEY.. 38
Framboesia. Intradermoréaction, par BAERMANN et HEINMANN. 307
Furoncles. Septicémie à staphylocoques consécutive à des —, par CASSEL. 492

G

Gale. Un cas de — norvégienne, par BEATTY.. 37
— au cours de l'épidermolyse bulleuse héréditaire, par WAGNER. 166
— Eosinophilie dans la — et les maladies cutanées, par SCHAMBERG et STRICKLER. 166
— Sulfidal dans la —, par WINCKLER. 179
— Staphylocoques et streptocoques dans la — et d'autres dermatoses, par MODEL. . . 493
— norvégienne, histologie, par NAGEL. 493
— Cure rapide et non irritante, par EHLERS. 493
— et dissémination de la lèpre, par PALDROCK. 496
Gangrène cutanée symétrique. Localisation des affections symétriques, par POLLAND. . . 494
Gelures. Soi-disant faits de — des pieds, par LONGIN. 595
Généralités. — Maladies de la peau liées à des désordres hépatiques ou rénaux, par BULKLEY. 38
— Boutique du coiffeur source de contagion, par JACKSON. . . 38
— Grossesse, accouchement et suite de couches chez une femme attente de télangiectasies, de varices, d'éléphantiasis lymphangiectasique, par DREW. 38
— Action des couleurs d'aniline sur la peau, par SACHS. . . 244
— Les lymphocytes dans les inflammations, par STERNBERG. 245
— , par MARCHAND. 246
— Précis de dermatologie, par DARIER. 253
— Sécrétions internes dans leurs rapports avec la dermatologie, par MALCOLM MORRIS. . . 360

Généralités. Renseignements fournis par les urines dans le traitement de certaines maladies de la peau, par Bulkley. 423
Glande caudale du cobaye, par Sprinz. 53
Glandes cutanées. Étude cytologique sur les —, par Nicolas, Regaud et Favre.. 129
— Tumeurs des —, par Richer et Schwab. 447
— Contribution à la question de la formation post-fœtale des — sébacées, par Kyrle.. . . 174
— sébacées, par Kyrle.. 506
Glossite losangique médiane de la face dorsale de la —, par L. Brocq et I. M. Pautrier. 1
— , par W. Dubreuilh. 615
Granulome. Affections granulomateuses de la peau observées à Tripoli, par Sabella. . 166
— *ulcéreux* et sa cure. par Terra et Rabello. 361
— — des organes génitaux, par Vianna et Aragao. 367
— — ulcéreux tropical, par Aragao et Vienna.. 423
— — , par Rabello. 424
Granulome annulaire. Trois cas, par Bunch. 166
Greffes amniotiques dans les brûlures, par Stern. . . . 38
— Utilisation des membranes fœtales dans les — cutanées, par Sabella. 167
Grossesse. Multiples verrues pigmentées durant la —, par Ward. 180
— Fibromolluscum des femmes enceintes, par Sutton. . . . 618

H

Hémangiomes sous-cutanés multiples coexistant avec de nombreux lipomes chez un sujet bien portant, par Bower. 39
Hidradénomes éruptifs, par Sequiera. 167
Histoire. Dermatologie de l'Haly Abbas (x^e siècle), par Richter. 494
Histologie. Dégénérescence lipoïde de l'élastine de la peau, par Kreibich. 247
— Dégénération amyloïde de la peau, par Bulkley. 423
Hyperidrose guérie par la méthode des doses massives de rayons X, par Mac Kee. . . 424
— Traitement de l'— des pieds, par Liebl. 495
Hyperkératose ponctuée épineuse, par Vignolo-Lutati. . 247
Hypertrichose, par A. Brand. 39

I

Impetigo herpétiforme de Hébra, sa pathogénie, par Marck. . 39
Infantilisme. Alopécie congénitale, sclérodermie, —, par H. Fox. 418
Intertrigo. Traitement, par Milian. 40

K

Kératodermie plantaire syphilitique, par Coyon et Burnier. 495
Kératose *arsenicale* et psoriasis, par Davis. 429
— *folliculaire.* Quatre cas, par Mook. 42
— — spinuleuse, par Coppolino. 247
— *palmaire* et *plantaire* héréditaire, par Ch. J. White. . . . 40
— *séborrhéique* sénile, emploi de l'acide trichloracétique comme kératolytique, par Montgomery et Culver.. . . 178
— — des lèvres, par Sutton. . 25
Kraurosis vulvæ, par Brocq. . 578
Kyste à poil enroulé de l'homme. Éruption en grains de plomb du porc, par Hoffmann. . . 495

L

Langue. Glossite losangique médiane, par Brocq et Pautrier. 1
— Affection maligne de la bouche et de la —, par Abbe. . . . 161

Langue. Cancer de la —, par Ryall. 162
— Sclérodermie de la — et de la muqueuse buccale, par Vignolo-Lutati. 176
— Lésions de la muqueuse de la — dans l'anémie pernicieuse, par Wise. 424
— Glossite losangique, par Dubreuilh. 615
Lanugo. Comédons du —, par Csillag. 163
Larva migrans. Un cas de —, par Rabello. 424
Leishmaniose de la bouche et du pharynx, par Machado. . 425
— de la muqueuse nasale, par Carneiro da Cunha. 425
— de la muqueuse rhino-bucco-pharyngée, par Rabello. . . 425
— de la peau et des muqueuses, par Terra. 425
— Distribution de la — au Brésil, par Rabello. 426
Lentigo. Étude histologique d'un —, par Du Bois. 385
Lèpre. Histologie du léprome cutané aigu, par Favre et Savy. 40
— Recherches sérologiques, par Möllers 41
— Recherche de bacilles lépreux chez les malades atteints de lésions lépreuses de la muqueuse du larynx, par Mérian. 168
— du globe oculaire et de ses annexes, par Breda. 168
— Culture et morphologie du microbe. Transmission de la — au singe, par Runstierna. . 248
— Cas de — traités par le 606, par Serba. 317
— et nastine, par Terra. 426
— Cas de forme achromique, par Terra. 426
— Intervention chirurgicale dans la —, par Gomès. 426
— Localisation à la muqueuse bucco-laryngo-pharyngée, par 426
Gomès. 426
— Deux cas de —, par Schamberg. 426
— La — et le bistouri, par Goodhue. 427
— au point de vue dermatologique, par Dyer. 495
— La —, par Jadassohn. . . . 495
Lèpre. Punaises et dissémination de la —, par Paldrock. 496
— Méthode de recherche des bacilles, par Paldrock. . . . 496
— Diagnostic par les méthodes de laboratoire, par Pautrier. . 496
— des rats, par Marchoux. . . . 496
— La — de la Bible, par Dubreuilh et Bargues. 625
Leucémie. Herpes zoster dans la — lymphatique, par Fischl. 624
Leuco-mélanodermie post-érythémateuse indéterminée, par Audry. 549
Leuconychie, par Gutmann. . . 502
Leucoplasie coexistant avec un chancre syphilitique, par Landouzy et Pinard. 107
— sans préexistence de syphilis, par Queyrat et Bouttier. . . 108
Lichen *corné* verruqueux hypertrophique guéri par la neige carbonique, par Sainz de Aja. 42
— *plan* suivi d'un érythème polymorphe, par Davis. 41
— — suivi d'une éruption vésiculobulleuse infectée; guérison par un vaccin autogène, par Hutchins. 41
— — généralisé, par Winfield. . 41
— — hypertrophique, par Graham Little. 168
— — Formes rares et leur traitement, par Polland. 497
— — Symptomatologie et traitement de formes spéciales, par Sutton. 497
— *spinulosus,* par Rabello. . . 427
— *variegatus* de R. Crocker, parapsoriasis lichenoïdes de Brocq, par Lewtschenkow. . 170
Livedo. Maladie de Raynaud sous la dépendance de la syphilis. Association de — réticulé. Remarques sur le — (— annulaire ou figuré. peau marbrée), par Parkes Weber. . 42
Lupoïde. Lésions d'allure — après injections sous-cutanées, par Oppenheim. . . . 618
Lupus érythémateux disséminé, par Gilmour. 168
— par Rabello. 427
— Traitement d'un cas. 427

Lupus érythémateux chronique, ses rapports avec la tuberculose, par Bloch et Fuchs. 497
— mutilant des ongles, par Heller. 498
— aigu, statistique et étiologie par Schmidt. 498
— Cyanure d'or et de potassium dans le traitement du —, par Ruete. 499
Lupus tuberculeux multiple, par Sequeira. 42
— Traitement du — nasal par l'iode naissant, par Bedfort. 168
— L'opération de Payr dans le — de la face, par Fabry. . . . 248
— Cyanure d'or et de potassium dans le traitement du —, par Ruete. 499
— Recherche des bacilles dans le — de la face, par Stern. . . 509
— Nouvelle méthode de traitement, par Heidingsfeld. . . 619
Lymphocytes dans les inflammations, par Sternberg. . . 245
— , par Marchand. 246
Lymphodermie. Deux nouveaux cas, par A. Nanta. . . 19
Lymphogranulomatose. Transmission au cobaye, par Schaeffer. 619

M

Mal perforant palmaire chez un parkinsonnien, par Apert et Rouillard. 499
Maladie de Barlow chez un enfant nourri au lait pasteurisé, par Pfender. 418
— **Darier.** Quatre cas de kératose folliculaire. par Mook. . 42
— **Paget.** Épithéliome du dos, par Towle. 36
— **Raynaud** sous la dépendance de la syphilis. Association de livedo réticulé, par Parkes Weber. 42
— Un cas, par Semon. 43
— et syphilis, par Semon. . . . 117
— , par Giroux. 375
Malformation cutanée singulière de la face et des paupières, par Schnaft. . . . 169
Mammaire. Hypertrophie — à gauche après castration à droite, par Selenew. . . . 52
Manuel des maladies cutanées et vénériennes pour les étudiants et les praticiens, par Scholtz. 447
Médicamenteuses (Éruptions). Érythème copaïvique, par Portuer. 243
— , par Fischer. 243
— Rash consécutifs à l'administration de l'atophan, par Phillips. 499
— Exanthème avec purpura déterminé par le baume de copahu, par Odstrcil. 500
— Tumeurs consécutives à des injections arsenico-ferriques, par Oppenheim 510
— Lésions lupoïdes après injections sous-cutanées, par Oppenheim. 618
Mélanodermie en plaques, par Terra. 428
— Leuco- — post-érythémateuses, par Audry. 549
Menstruation. La dermatose dysménorréique, par Polland. 500
Mésothorium en dermatologie, par Kutznicky. 252
— dans le carcinome de la peau et d'autres organes, par Kutznicky. 488
Métallothérapie colloïdale, par Pozzi-Escot. 383
Milium congénital, par Little. . 619
Morve. Cas guéri par les injections de malléine, par Peyri. 43
— chronique de la peau et des articulations, par Stein. . . 249
Myxœdème. Forme fruste. Hypothyroïdisme, par Saenger. 169

N

Nævo-carcinome du cuir chevelu chez un jeune homme, par Lilley. 43
Nævus. Neige carbonique dans le traitement des nævi de tout ordre, par Danel. 48
— Augio-nævus anémique, par Nanta et Lavau. 472

Nævus. Remarques sur le — zoniforme ou segmentaire. par ADAMSON. 619
— *pigmentaire.* Sarcome consécutif à l'irritation d'un —, par GASKILL. 46
— — Point de départ des —, par KYRLE. 502
— *verruqueux* unilatéral, rétrocession spontanée, par BETTMANN. 249
— — linéaire, per POLLAND. . . 249
Nécrologie. P. BOUCHEZ. . . . 674
— ALFRED FOURNIER (1832-1914). . 513
— LUCIEN JACQUET (1860-1914). . 569
Neige carbonique. Guérison d'un lichen verruqueux hypertrophique, par SAINZ DE AJA. 42
— dans le traitement du nævi, par DANEL. 48
— Traitement combiné des carcinome de la peau par les rayons X et la —, par FABRY. 433
— Traitement des dermatoses, par HASLUND. 507
Néosalvarsan dans le traitement des tuberculoses cutanées et des tuberculides, par ANNAULT TZANCK et PELBOIS. 65
Névroses vaso-motrices et trophiques, par GASSIRER. . . . 254

O

Oosporoses ou nocardoses cutanées, par GOUGÉROT. . . . 469
Œdème angioneurotique, par LOBSENZ 429
— , urticaire et purpura des mains et des pieds chez un nourrisson, par SNOW. 504
Ongles. Lupus érythémateux mutilant des —, par HELLER. . . 498
— Leuconychie totale dans deux générations, par GUTMANN. . 502

P

Palmaires (AFFECTIONS). Rayons X dans les —, par DAVIS. . . 432
Parakératose. Rapports de la parakeratosis variegata avec le pityriasis lichenoïdes, par KLAUSNER. 170
Parapsoriasis. Lichen variegatus de R. Crocker, — lichenoïdes de Brocq, par LEWTSCHENKOW. 170
— Traitement des — par la pilocarpine, par HERXHEIMER et KÖSTER. 502
Pathomimie. Lésions ulcéreuses simulées par une hystérique, par AZUA. 43
— Dermatite provoquée, par MACWOOD. 422
Pelade. Petite épidémie, par COLCOTT FOX. 44
— et syphilis, par AZUA. . . . 111
— décalvante totale au cours de la syphilis guérie par le salvarsan, par SAMPELAYO. 111
— Alopécie en aire épidémique, par DAVIS. 620
Pellagre, par ORMSBY. 44
— Agent étiologique, par JENNINGS et KING. 44
— Un cas, par ROBSENS. 170
— mortelle chez deux enfants anglais, par BOX. 362
— en Angleterre, par SAMBON. . 362
— , par HAMMOND. 363
— , par SAMBON. 364, 429
— , par SILER, GARRISON et MAC NEAL. 502
Pemphigus. Traitement du — foliacé par le Salvarsan, par AZUA. 44
— malin guéri par une injection de sang, par PRAETORIUS . . 45
— simple ou syphilitique? par ALVAREZ. 109
— Recherches bactériologiques sur le —, par COPPELLI. . . 171
— Exanthème aigu pemphigoïde au cours d'une fièvre typhoïde, par REUTER. 244
— Emploi des infusions de quinine dans les —, par LESZCZYNSKI. 502
Périfolliculite abscedens et suffodiens, par RUETE. 489
Phlycténose récidivante des extrémités, par DANEL. . . . 159

Physiologie. Rapports entre l'irritabilité de la peau et sa teneur en pigment, par HANAWA. 503
Pied de Madura simulé par un angiokératome, par AUSTREGESILO. 418
Pierres de la peau, par MILIAN. 488
Pigment cutané. Rapports entre l'irritabilité de la peau et sa teneur en —, par HANAWA. . 503
Piqûres de tiques, par NARBEL. 480
Pityriasis lichenoïdes. Rapports avec la parakeratosis variegata, par KLAUSNER. . . . 170
Pityriasis rosé, par COVISA. . 45
Polymyosite aiguë. Sur la —, par ROTKY. 253
Poils. Question de la formation post-fœtale des —, par KYRLE. 174
— Kystes à — enroulés de l'homme. Éruption en grains de plomb du porc, par HOFFMANN et HOCHSTETTER. 495
Précis de dermatologie, par DARIER. 253
Prostitution. La — à New-York, par MAC MURTHRIE. 367
Prurigo. Traitement par l'air sec des dermatoses prurigineuses et suintantes, par WAGNER-KRATGE. 252
— *nodulaire.* Un cas de —, par ZEISLER. 171
Prurit tabétique et arsénobenzol, par PUJOL. 115
— anal tenace, par CUNNINGHAM. . 429
Pseudomycoses, par BRAULT. . 169
Psoriasis. Un cas, par EPSTEIN. 45
— symptôme cutané de maladie bactérienne ou dermatose vraie, par HUBNER. 45
— Maladie constitutionnelle, par MENZER. 172
— , une névrose, par CUNNINGHAM. 172
— Radiothérapie du —, par FREUND. 172
— symptôme d'infection chronique, par SCHŒNFELD. . . . 249
— Diminution de l'adrénaline dans le sérum des psoriasiques, par FISCHEL et PARMA. . 250
— Traitement par le thorium X, par GUDZENT et WINCKLER. . 250
— Cas de — traités par le 606, par SERBA. 317
Psoriasis et kératoses arsenicales, par DAVIS. 429
— Étiologie, conséquences thérapeutiques, par PEYRI. . . . 430
— Atrophie post-psoriasique de la peau, par ZURN. 488
— Recherches sur le —, par SCHAMBERG, KOLMER, RINGER et RAIZIES. 503
— chez un enfant très jeune, par DAVIS. 504
— Rapports avec la tuberculose, par WARNECKE. 504
Punaises et dissémination des bacilles de la lèpre, par PALDROCK. 496
Purpura chronique, traitement par les sérums animaux, par ELSNER. 45
— de Hénoch avec intussusception, par BARLING. 173
— Traumatisme et —, par THIBIERGE. 250
— Maladie de Barlow chez un enfant nourri au lait de vache pasteurisé, par PFENDER. . . 418
— mortel à la suite d'une scarlatine, par BIERNACKI et DYKES. 430
— Exanthème avec — déterminé par le baume de copahu, par ODSTRCIL. 500
— et urticaire des mains et des pieds chez un nourrisson, par SNOW. 504
Pustule maligne. Action du salvarsan, par BETHMANN et LANTENHEIMER. 505
Pyémides. Sur les —, par WERTHER. 173

R

Radiodermites. Les —, par EHRMANN. 505
— Traitement, par BOGROW. . . 620
Radiumthérapie à l'Infirmerie royale d'Édimbourg, par TURNER. 173
— Travaux de l'Institut du radium, par PINCH. 173
— Traitement des tumeurs superficielles par le bromure de

radium, par Williams et Ellsworth. 252
Radiumthérapie. Radium et cancer, par Pearce Gould. . 365
— Le radium contre le cancer, par Levin. 432
— , par Knox. 433
— , par Dieffenbach. 433
— Nouveau mode d'application externe du radium, par Vallet. 433
— dans les maladies de la peau, par Simpson. 508
— en combinaison avec les traitements médicamenteux, par Schrameck. 508
Rash scarlatiniforme dû à la térébenthine de Venise, par Angus. 164
— consécutif à l'administration de l'atophan, par Phillips. . . 499
Rayons X. Traitement des épithéliomes cutanés, par Mac Kee et Remer. 36
— Emploi abusif des — dans le traitement des affections cutanées, par Bowen. 251
— Compendium de Rœntgenthérapie, irradiations superficielles et profondes, par Schmidt. 253
— Hyperidrose guérie par la méthode des doses massives de —, par Mac Kee. 424
— dans les affections palmaires, par Davis. 432
— contre le cancer, par Levin. . 432
— Traitement combiné du carcinome de la peau par la neige carbonique et les —, par Fabry. 433
Rein. Maladies cutanées liées à des troubles rénaux, par Bulkley. 38
— Insuffisance sécrétoire du — dans l'eczéma, par Bernhardt et Rygier. 648
Résistance de la peau. Diminution de la —, par Brocq. . 529
Rhinophyma. Étude histologique; contribution à la question de la formation post-fœtale des glandes sébacées et des poils, par Kyrle. . . . 174
— Traitement électrique du —, par Bordier. 175

S

Salvarsan dans le pemphigus, par Azua. 44
— en applications locales dans les ulcères, par Alston. . . 178
— dans la lèpre et le psoriasis, par Serba. 317
— Maladie de Graves avec sclérodermie et réaction de Wassermann traitée par le —, par Ziegel. 430
— Action sur la pustule maligne, par Bethmann et Lantenheimer. 505
Sang. Injection de — dans le pemphigus, par Praetorius. . . 45
— Amélioration du —, traitement des dermatoses, par Linser. 448
Sarcoïdes et syphilis. Nécessité d'une revision du groupe des sarcoïdes, par Pautrier. . . 344
— sous-cutanés type Darier-Roussy, par Volk. 505
Sarcomatose cutanée primitive consécutive à une piqûre des téguments, par Favre et Savy. 475
— cutanée idiopathique multiple, par J. de Azua. 364
— Sarcome multiple hémorragique de Kaposi, par Saphier. . 505
— Sarcomatose cutanée idiopathique multiple, par Azua. . 621
Sarcome mélanique consécutif à l'irritation d'un nævus pigmentaire, par Gaskill. . . . 46
Sclérodermie. Cas rare, par Cunningham. 46
— de la langue et de la muqueuse buccale, par Vignolo-Lutati. 476
— localisée, par Meachen. . . . 476
— Alopécie congénitale, —, infantilisme, par H. Fox. . . 448
— Maladie de Graves avec — et R. W. traitée par le Salvarsan, par Ziegel. 430
— Épaississements nodulaires de la peau dans la sclérodactylie, par Lipschutz. 505
— Rapports de la sclérodermie

avec les sécrétions internes, par Mosenthin. 506
Sclérodermie. Traumatisme et —, par Thibierge. 645
Scorbut. Exophtalmie dans le — chez un enfant, par Debuys. . 46
— Intoxication mercurielle à forme scorbutique, par Audry. . 613
Séborrée. Kératose séborréique des lèvres, par Sutton. . . 251
— Séborrée de la lèvre inférieure et ses relations avec l'épithéliome, par Montgomery. . . 431
Sécrétions internes dans leurs rapports avec la dermatologie, par Malcolm Morris.. . . . 360
— et sclérodermie, par Mosenthin. 506
— et maladies de la peau, par Poor. 621
Septicémie. Manifestations cutanées de la —, par Churchmann. 506
Sérothérapie du purpura chronique, par Elsner. 45
— des dermatoses, par Stumpke. . 431
Sexuelles (Maladies), par Finger. 256
Spirochétoses. Résultats obtenus dans les — locales par le salvarsan et le néosalvarsan, par Gerber. 126
Sporotrichose. Deux cas, par Peyri Rocamora. 47
— à type disséminé, compliquée de synovité aiguë, par Adamson. 47
— gommeuse, par Danel. . . . 47
— Cas simulant la blastomycose, par Adamson. 47
— pharyngée primitive, par Gougerot et Quellen. 177
— . Gomme du genou à forme d'abcès ossifluent. Gomme du tibia avec gonflement du périoste, par Bérard et Laurent. 177
— Un cas, par Hecht. 251
— , par Rabello. 431
— osseuse et — pulmonaire simulant la tuberculose, par Laurent. 431
— Sporotrichum provenant d'une — d'un métacarpien, par Sartory et Orleani. 431
Sycosis lupoïde de Brocq, par Sprinz. 511
Syringome. Hidradénomes éruptifs, par Sequeira. 167

T

Tatouage. Érysipèle et —, par Scherwald. 251
— chez les peuples primitifs et dans les civilisations méditerranéennes, par Lacassagne. . 507
Télangiectasies étendues à une moitié du corps. Grossesse, accouchement, suites de couches normaux, par Drew.. . . 38
— multiples, par Sequeira. . . 177
Thérapeutique. Bandes médicamenteuses, par Peyri Rocamora. 48
— Traitement à sec des dermatoses, par White. 48
— Mort consécutive à l'emploi du cyanure d'or et de potassium dans un cas de lupus, par Hauck. 177
— Air chaud en —, par Rozies et Arrivat. 178
— Solutions de mastic en dermatothérapie, par Hammer. . . 179
— Vioforme en dermatologie, par Hochstatter. 179
— Sulfidal dans la gale, par Winkler. 179
— Action des couleurs d'aniline sur la peau, par Sachs. . . 244
— Thorium X dans le psoriasis, par Gudzent et Winckler.. . 250
— Mésothorium en dermatologie, par Kutznicky.. 252
— Traitement par l'air sec des dermatoses prurigineuses et suintantes, par Wagner-Kratge. 252
— Métallothérapie colloïdale, par Pozzi-Escot. 383
— Notions pratiques d'électricité, par Lermoyez.. 383
— Traitement hydro-minéral dans les dermatoses squameuses, par Peyri-Rocamora. . . . 432
— Tentatives pour guérir les dermatoses en améliorant le sang, par Linser.. 448

Thérapeutique. Radiumthérapie combinée aux traitements médicamenteux, par Schramek. 508
— Cyanure d'or et de potassium dans la tuberculose cutanée, par Walter. 509
Thorium X dans le proriasis, par Gudzent et Winckler. . 230
— en dermatologie, par Wagner. 508
Trichomycose jaune, rouge et noire des régions axillaires, par Castellani. 49
Trichophytie. Recherches histologiques sur la guérison de la — et l'allergie chez le cobaye, par Hanawa. 179
— La microsporie. par Dreuw. . 448
— des adultes, par Bogrow et Tschernogubow. 508
Tuberculides. — Un cas d'acné agminata, par Mac Cormac. . 49
— Érythème induré avec tuberculose, par Parkes Weber. . . 49
— Traitement des — nodulaires par la méthode de Bier, par Sainz de Aja et Serrano. . . 49
— Traitement par le néosalvarsan, par Arnault Tzanck et Pelbois. 65
Tuberculose. Rapports avec l'albuminurie orthostatique chez les malades atteints de dermatoses, par Arnold. . . . 33
— et érythème noueux, par Moro.. 243
— Érythème noueux et septicémie à bacilles de Koch, par Landouzy.. 423
— et lupus érythémateux chronique, par Bloch et Fuchs. . 497
— Rapports du psoriasis avec la —, par Warnecke. 504
— et érythème noueux, par Foerster. 618
Tuberculose cutanée. Albuminurie orthostatique cutanée chez les malades atteints de —, par W. Arnold.. . . . 33
— Trois formes anormales, par Howard Fox. 50
— Traitement par le néosalvarsan, par Arnault Tzanck et Polbois. 65
Tuberculose cutanée. Sur une forme fongueuse de —, par Nanta. 141
— végétante du pied par inoculation externe, par Nicolas, Moutot et Gravier. 179
— verruqueuse disséminée d'origine hématogène post-exanthématique, par Bourgeois. . 509
— Cyanure d'or et de potassium dans la —, par Walter . . 509
— Recherches des bacilles tuberculeux dans la — de la face, par Stern. 509
— due à un bacille aviaire. Rapports entre les variétés de bacilles et les formes de tuberculose cutanée, par Lipschutz.. 622
— à petites papules chez les enfants, par Feer. 622
Tumeurs *carcinoïdes* multiples primitives de la peau chez un enfant, par Hutchinson. . . 364
— *des glandes cutanées*, par Richer Schwab. 447
— *superficielles*. Traitement par le bromure de radium, par Williams et Ellsworth. . . . 252
— *à cellules géantes* consécutives à des injections sous-cutanéec d'une préparation arsenico-ferrique, par Oppenheim. . . 510
Typhus exanthématique, par Arzt et Kerl. 510

U

Ulcérations des organes génitaux chez la femme, par Scherber. 53
— , par Lipschutz. 54
Ulcères. Traitement par des applications de Salvarsan, par Alston. 178
Ulcères d'Yemen. Vibrion trouvé dans les —, par Wiener. 50
Ulcères variqueux. Gommes cutanées à aspect d'—, par Barail. 105
— Pansement au fromage, par Williams. 510
— Traitement, par Speirs. . . . 510

Ulcères variqueux, par Floriano de Lunos. 511
— , par Grissiuma. 511
Ulcérées (Surfaces). Greffes amniotiques, par Stern. . . . 38
Ulérythème sycosiforme de Unna, par Sprinz. 511
Urticaire traitée par l'adrénaline, par Swann. 50
— Acné urticarienne, par Adamson. 180
— Œdème angioneurotique et purpura des mains et des pieds chez un nourrisson, par Snow. 504
— artificielle et chéloïde, par Dreuw. 512
Urticaire pigmentaire, par Trimble et Fordyce. 512
— , par Kerl. 512

V

Vaccinothérapie. Éruption infectée consécutive à un lichen plan. Guérison par un vaccin autogène, par Hutchins. . . 41
— Cas d'actinomycose traité par un vaccin, par Collie. . . . 418
Varicelle chez les adultes, par Krause. 623
Variole. Syphilides pustuleuses simulant la —, par Kirby-Smith. 111
Vénériennes (Maladies) au point de vue de la responsabilité médicale, par Hahn. . 190
— Les —, par Biggs. 367
— Manuel des —, par Scholtz. . 447
— Emploi de la médication iodique dans le traitement des —, par Connell. 372
Vernix caseosa. Étude chimique dn —, par Julien. . . . 408
Verrues. Rare processus de guérison, par Nonell. 51
— Multiples — pigmentées durant la grossesse, par Ward. . . 180
— Disparition spontanée des — de la face après traitement chirurgical des — des mains, par Mérian. 180
— juvéniles, par Rabello. . . . 623
Vitiligo. Deux cas, par Rabello. 623

X

Xanthome tubéreux multiple, par Pollitzer. 51
— Signification de la cholestérine dans la formation du —, par Schmidt. 623

Z

Zona conjugal, par Audry. . . 299
— Voie suivie par le virus de l'herpès zoster pour atteindre les ganglions nerveux, par Montgomery. 366
Zona. Bactéries du ganglion de Gasser dans un — frontal par Sande. 623
Zona. Pathologie du —, par Kursteiner. 624
— Herpès zoster généralisé dans la leucémie lymphatique, par Fischl. 624

SYPHILIS

I. — ÉTUDE CLINIQUE.

Acanthome papillaire sur terrain syphilitique, par Tryb. . 486
Albuminurie orthostatique chez les malades atteints de syphilis, par W. Arnold. . . 33
Anémie pernicieuse syphilitique, par Weichsel. 306
Aorte. Maladies syphilitiques de l'aorte, par Oberndorfer. . 117
— , par Dencke. 118
— Aortite syphilitique à forme d'insuffisance ventriculaire gauche, par Gallavardin. . . 181
— Réaction de Wassermann et lésions de l'aorte, par Gilbert

et Brin. 436
Aorte. Complications oculaires de l'anévrisme de l'aorte. Anévrisme de l'aorte et tabes, par Frenkel et Saint-Martin. . . 562
— Aortite syphilitique, par Gruber. 563
— Rôle étiologique de la syphilis dans les aortites chroniques avec ou sans insuffisance aortique, par Lian et Vernes. . 563
— L'aortite chronique de la syphilis acquise, par Gaucher et Brin. 564
Articulations. Ostéo-arthrite du coude. Insuffisance mitrale, par Covisa. 109
— Sur la polyarthrite à un stade avancé de la syphilis, par Huzar. 300
— Polyarthrite aiguë pendant l'incubation de la syphilis, par Rubin. 558
— Syphilis des articulations, par Axhausen. 559
Chancre syphilitique de la caroncule lacrymale, par Jampolsky. 104
— intra-uréthral, par Marsh. . . 105
— Leucoplasie commissurale coexistant avec un —. Réinfection possible, par Landouzy et Pinard. 107
— induré du col utérin et son diagnostic, par Zomachion. . 301
— Syphilis sans —, par Polland. 301
— de la paupière supérieure, par Bobrie. 556
— narinaire, — du doigt, par Payenneville. 556
— extragénitaux chez la femme, par Bobrie. 556
— Les cellules lymphoïdes et les plasmazellen du —, par Nanta. 638
Chancriforme. Ulcération — de la vulve chez une enfant de trois ans, par Thibierge. . . 668
Chéloïde. A propos d'une — sur syphilis, par Gougerot. . 488
Cœur. Cardiopathies mitrales familiales, par Milian. . . . 107
— Insuffisance mitrale. Polyarthrite, par Covisa. 109
— L'électro-cardiographie des syphilitiques, par Peyri et Bellido. 374
Cœur. Électro-cardiographie chez les syphilitiques, par Peyri-Rocamora et Bellido. . . . 564
— Le cœur dans la syphilis, par Harlow Brooks. 562
— Angine de poitrine syphilitique, par Gaucher et Cesbron. 562
Corps caverneux. Syphilis gommeuse chancriforme des —, par Lemnos. 565
Diabète insipide. Pathologie et thérapeutique, par Benario. . 301
Diagnostic R. W. tardives. Difficultés du diagnostic de la syphilis au début. Syphilis retardées, par Gougerot. . . 382
— Peut-on diagnostiquer la syphilis d'après l'oreille, par Beck. 671
Estomac. La syphilis gastrique, par Copelli. 301
Évolution. Syphilis d' — atypique, par Gougerot. . . . 105
— Syphilis maligne précoce, par Brin. 110
Fécondité anormale de parents syphilitiques, malformations chez les enfants, par Watson. 106
Fièvre. Syphilis et —, par Glaser. 302
Foie. Syndrome de Banti d'origine syphilitique, par Urrutia. 105
— Syphilis hépatique avec ascite lactescente, par Rebatu et Faujas. 184
— Maladies du foie pendant le stade précoce de la syphilis, par Buschke et Zernik. . . 560
— Les grosses tumeurs syphilitiques du foie, par Lejars. . . 560
— Pathogénie de l'ictère hémolytique congénital, par Chauffard. 560
— Ictère hémolysinique de l'hérédo-syphilis tardive, par Troisier. 561
Formes. Sur une — rare. Syphilide cutanée verruqueuse, par Dunjanowitsch. 110
— Syphilis grave résistant au traitement et névralgie scia-

tique, par Sainz de Aja. . . 668
Généralités. Localisation régionale des lésions syphilitiques tertiaires, par Barail.. . . 105
— Progrès en syphiligraphie, par D'Arcy Power. 106
— Syphiligraphie en 1913, par Milian. 106
— La syphilis dans l'Afrique du Sud-Ouest, par Scherer. . . 302
— Relations de la syphilis avec les maladies internes, par Longcope. 302
— Valeur en médecine légale des méthodes récentes de diagnostic, par Thibierge. 302
— Influence de la syphilis sur la santé publique, par Browning. 374
Gommes. Hémorragie mortelle par — pharyngées, par Azua. 112
— Gomme résistant au salvarsan, par H. Fox.. 374
— Syphilis gommeuse chancriforme des corps caverneux, par Lemmos. 565
— de la tête du pancréas, par Leuret et Secousse.. . . . 560
Gommes cutanées à aspect d'ulcères variqueux, par Barail. 105
— Infiltration gommeuse prise pour un phlegmon, par Meaux Saint-Marc.. 109
Histoire. Syphilis en Espagne pendant les années 1494 et 1495, par Sudhoff. 552
— Soins aux syphilitiques et prophylaxie de la syphilis à Nuremberg de 1498 à 1505, par Sudhoff.. 552
Histologie. Les cellules lymphoïdes et les plasmazellen du chancre syphilitique, par Nanta. 638
Incubation. Durée de l' — de la syphilis au point de vue médico-légal, par Thibierge.. 541
Kératodermie plantaire syphilitique, par Coyon et Burnier. 495
Leucémie myéloïde et syphilis, par Nanta. 236
Leucoplasie commissurale coexistant avec un chancre syphilitique. Réinfection possible, par Landouzy et Pinard. 107
Leucoplasie sans préexistence de syphilis, par Queyrat et Bouttier. 108
Lèvres. Macrocheilie syphilitique, par Corbelt. 558
Liquide céphalo-rachidien. Présence de spirochètes, par Nichols et Hough. 63
— dans la syphilis et la parasyphilis nerveuse, par Roger. 114
— , par Altmann et Dreyfus. . 116
— Réaction au chlorure d'or colloïdal, par Grulee et Moody. 567
— Origine des réagines dans le —, par Spät. 669
Médecine légale. Valeur en — des méthodes récentes de diagnostic de la syphilis, par Thibierge. 302
— Valeur de la réaction de Wassermann sur le cadavre, par Boas et Eiken.. 310
— Durée de l'incubation de la syphilis, par Thibierge. . . 541
— La réaction de Wassermann en —, par Thibierge. 666
— Valeur en — des méthodes récentes de diagnostic de la syphilis, par Thibierge. . . 667
— Ulcération chancriforme de la vulve chez une enfant, par Thibierge. 668
Médiastin. Syphilome intrathoracique confondu avec un cancer du médiastin. Retour à la santé depuis deux ans après le traitement (hectine et salvarsan), par Bensaude et Emery. 108
Nez. Le salvarsan dans la syphilis du —, par Goodale. . 127
Œil. Les manifestations oculaires de la syphilis héréditaire, par Velter.. 568
— Syphilis familiale et kératite parenchymateuse. 672
— Genèse de la kératite interstitielle, par Schieck. 672
Oreille. Syphilis acquise et — interne, par Rigaud. . . . 203

Oreille. Vertige de Ménière. Guérison par le 606. Réaction de Herxheimer, par MILIAN. . 375
— Peut-on diagnostiquer la syphilis d'après l'oreille, par BECK. 671
Os. Hyperostoses syphilitiques héréditaires des — longs, par LÉVY-BING et DUROEUX. . . . 108
— Cas remarquable de syphilis des —, par COVISA. 109
— Ostéo-arthrite du coude. Insuffisance mitrale, par COVISA. . 109
— Étiologie de l'ostéite fibreuse, par SKILLERN. 558
— Syphilis des os, par AXHAUSEN. 559
— Mal vertébral syphilitique sous-occipital, par GAUCHER et BORY. 559
Pancréas. Gomme de la tête du —, par LEURET et SECOUSSE. . 560
Parasyphilis. Méningites syphilitiques, méningites parasyphilitiques, par H. ROGER. 114
— Liquide céphalo-rachidien dans la —, par H. ROGER. . 114
— La question de la —, par SCHOENBORN et CEINTZ. . . . 115
— La fin de la —, par POLLITZER. 300
Parotide. Syphilome de la —, par LETULLE et VUILLET. . . 109
Peau. Infiltration gommeuse syphilitique prise pour un phlegmon, par MEAUX SAINT-MARC.. 109
Pelade et syphilis, par AZUA. . 111
— décalvante totale au cours de la syphilis guérie par le salvarsan, par SAMPELAYO. . . 111
Pemphigus simple ou syphilitique ? par ALVAREZ. . . . 110
Pharynx. Hémorragie mortelle par gommes du —, par AZUA. 112
— Indications pour l'emploi du salvarsan dans la syphilis du nez et de la gorge, par GOODALE. 127
Poumon. Syphilome bronchopulmonaire pris pour un cancer du médiastin. Guérison par l'hectine-salvarsan, par BENSAUDE et EMERY. . . 108
— Syphilis du —, par COVISA. . 673
Prophylaxie de la syphilis avec la pommade à la quinine, par SCHERESCHEWSKY. . . . 303
Prostate. Syphilis de la —, par HESSE. 565
Prurit tabétique et arsénobenzol, par PUJOL. 115
Rein. Néphrite au cours de la syphilis secondaire, par PARKET WEBER.. 113
— Maladies syphilitiques et post-syphilitiques du —, par BAUER et HABETIN. 306
— Rôle étiologique de la syphilis dans la néphrite hydrurique, par LIAN et VERNES. 564
Réinfection. Leucoplasie commissurale coexistant avec un chancre syphilitique. — possible, par LANDOUZY et PINARD. 107
— Sept cas. Intoxications par le salvarsan, par ANTORIC. . . 113
— Sur la question de la —, par SOHE. 303
— au bout de trois mois, par BIACH. 303
— chez un sujet traité par le salvarsan, par PAPPAGALLO. . 304
— , par STERN. 304
— , par RAVAUT. 304
— chez un malade traité un an auparavant par l'arsénobenzol, par QUEYRAT.. 378
Sang. Lipoïdes du —, par BAUER et SKERTEZKI. 311
— Figure neutrophile, par THÉVENOT. 311
— Propriété particulière, par LESSER et KLAGES.. 674
Sarcoïdes et syphilis. Nécessité d'une revision du groupe des sarcoïdes, par PAUTRIER. . . 344
Surrénales. Syphilis des capsules —, par SÉZARY. 673
Syphilides cutanées verruqueuses, par DUNJANOWITSCH. . . . 110
— pustuleuses simulant la variole, par KIRBY-SMITH.. . . 111
— annulaires du nègre, par HAZEN. 379
— Une manifestation d'immunité artificielle de la peau au cours de la syphilis secondaire, par STUMPKE. 558
— Macrocheilie syphilitique, par CORBELT.. 558

Syphilis exotique. Syphilis dans les colonies allemandes, par Heim. 552
Syphilis héréditaire. *Amputations congénitales* des doigts chez un hérédo-syphilitique. Étiologie, par Babès. . . . 155
— *Cardiopathies* mitrales familiales, par Milian. 107
— — Insuffisance mitrale. Polyarthrite, par Covisa. 109
— *Dent de Hutchinson* unilatérale, par Audry. 100
— *Encéphalopathies*, par Babonneix. 568
— *Épilepsie* et syphilis cérébrale héréditaire tardive. Iodothérapie, par Paul Boncour. . . 114
— *Gommes* chez un nouveau-né. Répartition des tréponèmes, par Sauvage et Géry. . . . 104
— *Hyperostoses* des os longs, par Lévy-Bing et Duroeux. . . . 108
— *Ictère*. Hérédo-syphilis. Pathogénie de l' — hémolytique congénital, par Chauffard. . 560
— — hémolysinique de l'hérédo-syphilis tardive, par Troisier. 561
— *Kératite*. Syphilis familiale et — interstitielle. 672
— — Genèse de la — interstitielle, par Schieck. 672
— *Liquide céphalo-rachidien*. La réaction au chlorure d'or colloïdal de Lange, par Grulee et Moody. 567
— *Loi de Profeta* et réaction de Wassermann, par Sabin. . . 375
— *Malformations*. Fécondité anormale de parents syphilitiques, avec — des enfants, par Watson. 106
— *Mortalité* de la syphilis héréditaire, par Post. 568
— *Oculaires*. (Manifestations), par Velter. 568
— *Pronostic*, par Marcus. . . . 106
— *Sang*. Propriété parctiulière du — des nouveau-nés syphilitiques à l'égard de la réaction de Wasserman, par Lesser et Klages. 674
— *Séro-diagnostic*, par Ledermann. 435
Syphilis héréditaire. *Syphilis de seconde génération*, par Sainz de Aja 106
— *Syphilis héréditaire tardive*, par Rabello.. 375
— *Traitement*. Le salvarsan dans la syphilis infantile, par Sainz de Aja. 107
— — , par Simpson et Thatcher. 439
Système nerveux. *Amblyopie* par lésion des nerfs optiques compliquant l'hémiplégie syphilitique, par Noïca et Dimelesca.. 567
— *Argyll-Robertson* et paralysie oculaire compliquant l'anévrisme de l'aorte, par Frenkel de Saint-Martin.. 562
— *Atrophies musculaires* progressives syphilitiques, par Léri et Leronge. 115
— — Aran-Duchenne d'origine syphilitique, par Souques et Valery-Radot. 567
— *Encéphalopathies* infantiles e hérédo-syphilis, par Babonneix. 568
— *Épilepsie* et syphilis cérébrale héréditaire tardive, par Paul Boncour.. 114
— *Hémiplégie* syphilitique compliquée d'amblyopie par lésion des nerfs optiques, par Noïcaet Dimelesca. 567
— *Méningites syphilitiques* préroséoliques, par Ch. Audry et Lavau. 29
— — aiguë chez un syphilitique récent, par Nunez. 114
— — Méningites cliniques : cérébrales et spinales, aiguës et chroniques. Méningites latentes, par Roger. 114
— — métachancreuse et préroséolique, par Lavau. . . . 280
— — et méningite tuberculeuse chez l'adulte, par Petit. . . 567
— — Tréponèmes dans la —, par Marinesco et Minea.. . . . 669
— *Myélite syphilitique* amyotrophique, par Léri et Leronge. 115
— *Neurasthénie*. Syphilis et —, par Krebs. 300

Systeme nerveux. *Neurotropisme syphilitique,* par CARNOT et DUMONT. 113
— *Névralgie* du trijumeau et paralysie faciale due à la syphilis, par G. DEL MAZO. . . . 115
— — sciatique dans un cas de syphilis résistant au traitement, par SAINZ DE AJA. 668
— *Paralysie générale.* Tréponèmes dans le cerveau des paralytiques, par NOGUCHI. . . . 61
— — Trépomènes dans le cerveau, par MARINESCO et MINEA. 62, 103
— — Le salvarsan dans la —, par TROWBRIDGE. 128
— — Spirochètes vivants dans le cerveau des paralytiques, par UHLENHUTH et MULZER. . . . 313
— — et syphilis, par NOGUCHI. . 378
— — tréponèmes dans le sang, par LEVADITI. 381
— — Réaction de Wasserman et salvarsan, par SICARD et REILLY. 382
— — Recherche par l'inoculation animale des parasites du sang, par GRAVES. 434
— — Recherche par l'inoculation au lapin des tréponèmes du cerveau, par BERGER. 435
— — , par NOGUCHI. 435
— — traitée par les injections intrachidiennes de néosalvarsan, par MARIE et LEVADITI. 441
— — Réactions humorales. Injections intrarachidiennes de néosalvarsan, par JEANSELME, VERNES et BLOCH. 442
— — Injections sous-arachnoïdiennes cérébrales, par SICARD et LEBLANC. 442
— — Traitement par le salvarsan, par RAECKE. 443
— — Forme de la syphilis qui aboutit à la —, par COLLIN. . 669
— — Tréponèmes dans la méningite syphilitique associée à la —, par MARINESCO et MINEA. . 669
— — Tréponèmes dans le cerveau des paralytiques, par MARINESCO et MINEA. 669
Système nerveux. *Paralysie générale.* Spirochètes dans la —, par GEBER, BENEDEK et TATAR. 670
— — Spirochètes vivants dans la —, par GEBER et BENEDEK. . 670
— — et syphilis, par NOGUCHI. . 670
— — Tréponèmes dans le cerveau des paralytiques, par BÉRIEL et DURAND. 671
— — , par FORSTER et TOMASCEWZKI. 671
— *Poliomyélite. antérieure* aiguë au cours de la syphilis secondaire, par TOUCHARD et MEAUX SAINT-MARC.. 567
— — *Syphilis cérébrale* héréditaire tardive, par PAUL BONCOUR. 114
— — Pronostic et thérapeutique, par SCHWINN. 304
— *Syphilis cérébro-spinale,* par N. ZYLBERLAST.. 114
— — avec symptômes ataxo-cérébelleux du type Friedreich, par CLAUDE et ROUILLARD.. . 115
— — Diagnostic et traitement des maladies du système nerveux central d'origine syphilitique, par NONNE. 190
— *Syphilis médullaire* précoce avec phénomènes bulbaires, par LEGRIS et BENECH. 669
— *Syphilis nerveuse.* Liquide céphalorachidien, par ROGER. . 114
— — Injections intrarachidiennes de néosalvarsan dans la —, par RAVAUT. 441
— — Comment dépister la —? Traitement par les injections intrarachidiennes de néosalvarsan, par RAVAUT.. . . . 566
— *Tabes.* Prurit tabétique et arsénobenzol, par PUJOL. . . . 115
— — à évolution atypique, par ESCUDER-NUNEZ. 378
— — Réactions humorales. Injections intrarachidiennes de néosalvarsan, par JEANSELME, VERNES et BLOCH.. 442
— — Guérison des accidents tabétiques par l'arsenic et les préparations bactériennes, par DÖLLKEN.. 442

Système nerveux. *Tabes.* traitement, par Nochte. . . . 443
— — et anévrisme de l'aorte, par Frenkel et de Saint-Martin.. 562
— *Tremblement* d'origine syphilitique, par Covisa. 117
Thyroïde. Syphilis thyroïdienne. Ses analogies histologiques avec la tuberculose, par Favre et Savy. 183
Vaisseaux. Hémorragie mortelle par gomme pharyngée, par Azua. 112
— Maladie de Raynaud sous la dépendance de la syphilis. Association de livedo réticulé, par Parkes Weber. . . 42
— Syndrome de Raynaud et syphilis, par Semon. 117
— — , par Giroux. 373
— Phlébite syphilitique, par Brunon. 672
Vessie. Syphilis de la —, par Lévy-Bing et Duroeux. . . . 118
— , par Dreyer. 306

II. — ÉTUDE BIOLOGIQUE.

Anaphylaxie dans la syphilis et cuti-réaction, par Nakano. 309
Cuti-réaction. Expérimentation avec la luétine, par Howard Fox. 119
— et diagnostic de la syphilis, par Rytina.. 119
— ses rapports avec la réaction de Wassermann, par Müller et Stein.. 119
— L'intradermoréaction dans la syphilis et la framboesia, par Baermann et Heinmann. . . 307
— Une — utilisable dans la syphilis tertiaire, par Klausner. 308
— Réaction à la luétine de Noguchi, par Bons et Ditterson. 308
— Cuti-réaction à la luétine, par Kaliski. 308
— de la syphilis, par Wolfson. . 308
— , rapports avec la réaction de Wassermann, par Müller et Stein 309
— et anaphylaxie dans la syphilis, par Nakano. 309
— et culture du spirochète, par Burnier.. 380
Cuti-réaction. La luétine-réaction, par Noguchi. 381
— Cent réactions à la luétine, par Marie et Broughton Alcock. 381
— Intradermoréaction à la luétine dans la syphilis et quelques maladies infectieuses, par Lagane et Broughton Alcock. 381
— Luétine-réaction de Noguchi, par Fosler. 555
— Cuti-réaction, rapports avec la réaction de Wassermann, par Müller et Stein. 555
— dans la syphilis, par Burnier. 556
— Technique de la réaction à la pallidine, par Klausner. . . 556
Hématologie. Figure neutrophile sanguine d'Arneth dans la syphilis, par Thévenot. . 311
— Lipoïdes du sang dans la syphilis, par Bauer et Skertezky. 311
Immunisation avec des cultures pures de spirochètes, par Nakano. 63
— avec des produits de culture de spirochètes, par Schereschewsky. 182
Séro-réaction. R. W. chez les syphilitiques traités par le salvarsan, par Engmann et Buhmann. 64
— Liquide céphalo-rachidien dans la syphilis nerveuse, par H. Roger.. 114
— Salvarsan et liquide céphalo-rachidien pendant la syphilis précoce. Recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis latente, par Altmann et Dreyfus. . . . 116
— Sur la dermo-réaction dans la syphilis et ses rapports avec la R.W., par Müller et Stein. 119
— Emploi d'extraits végétaux dans la R. W., par Tribondeau. 120
— L'antigène dans la R. W., par Desmoulières. 120
— Extrait de cœur de veau additionné de cholestérine dans la R. W., par Bottler. . . 121

Séro-réaction. Traitement spécifique et R. W., par Gourari. 121
— Interprétation des résultats de la R. W., par Craig. . . . 121
— Les résultats contradictoires de la R. W., par Wolbarst. . 121
— Le séro-diagnostic de la syphilis, par Glück. 121
— Résultat de seize cents R. W., par Minassian.. 184
— La R. W. positive a-t-elle une valeur absolue ? (39 pour 100 de réactions positives chez les non syphilitiques), par Nicolas et Gaté. 193
— Le séro-diagnostic de la syphilis, par Brauer. 256
— Les erreurs d'interprétation de la R. W., par Ravaut. . . . 285
— Valeur en médecine légale des méthodes récentes de diagnostic de la syphilis, par Thibierge. 302
— Rapports de la cuti-réaction avec la R. W., par Müller et Stein.. 309
— Technique de la prise du sang pour la R. W., par Mulzer. . 310
— Signification de la R. W. dans le sang des cadavres, par Boas et Eiken.. 310
— Perfectionnements de la R.W. et sérums paradoxaux, par Graetz. 311
— L'étude de la loi de Profeta par la R. W., par Sabin. . . 375
— La R. W. chez les nègres aliénés de l'Alabama, par Ivey. 382
— Les R. W. tardives. Difficultés de diagnostic de la syphilis au début. Syphilis retardées, par Gougerot.. 382
— Paralysie générale, R.W. et salvarsan, par Sicard et Reilly. 382
— Syphilis congénitale et séro-diagnostic, par Ledermann, . 435
— Signification de la R. W. appréciée quantitativement, par Lesser. 435
— Réaction chimique positive pour le contrôle de la R. W., par Kaplan et Mac Clelland. 436
— R. W. et lésions de l'aorte, par Gilbert et Brin. . . . 436
Séro-réaction. Utilisation dans la R. W. des hématies de caillot, par Bénard. 436
— Rôle de la cholestérine dans la R. W., par Louste et Montlaur. 436
— Réactions humorales dans le tabes et la pa- ralysie générale. Injections sous-arachnoïdiennes de néo-salvarsan, par Jeanselme, Vernes et Bloch. 442
— La R. W., au point de vue clinique, par Boas. 446
— Valeur de l'index syphilitique dans la syphilis et la parasyphilis, par Sormani. . . . 554
— Réaction chimique quantitative pour contrôler la R. W., par Kaplan. 554
— Évaluation des sérums de syphilitiques en amines, par Kaplan. 554
— Une cause d'erreur de la R.W. dépendant de l'ouate, par Langer. 555
— Rapports de la cuti-réaction avec la R. W., par Müller et Stein.. 555
— Réaction au chlorure d'or colloïdal de Lange pratiquée sur le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis congénitale, par Grulee et Moody. . . . 567
— Survivance des tréponèmes chez les syphilitiques sérologiquement guéris, par Plazy. 665
— La R. W. en médecine légale, par Thibierge.. 666
— Origine des réagines dans le liquide céphalo-rachidien, par Spät. 669
— Propriété particulière du sang des nouveau-nés syphilitiques à l'égard de la R. W., par Lesser et Klages. 674

III. — ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE ET EXPÉRIMENTALE.

Bactériologie. Histoire biologique complète du microbe

de la syphilis, par Mac Donagh. 61
Bactériologie. Spirochètes dans le système nerveux des paralytiques et des tabétiques, par Noguchi. 62
— Tréponèmes dans le cerveau des paralytiques, par Noguchi et Moore. 62
— Tréponèmes dans la méningite syphilitique et la paralysie générale, par Marinesco et Minea. 62
— Spirochètes dans le liquide cérébro-spinal dans un cas de rechute après emploi du salvarsan, par Nichols et Hough. 63
— Parasite intracellulaire des lésions syphilitiques et du sang, se transformant en spirochètes, par Halford Ross.. 102
— Tréponème dans la méningite syphilitique et la paralysie générale, par Marinesco et Minea. 103
— Tréponème dans le cerveau des paralytiques morts en ictus, par Marie, Levaditi et Bankoski. 103
— Répartition des tréponèmes dans les gommes syphilitiques d'un nouveau-né, par Sauvage et Géry. 104
— Observations sur les spirochètes vivants, par Meirowsky. 181
— Cycle vital du micro-organisme de la syphilis, par Mac Donagh. 182
— Division des spirochètes pâles dans les cultures, par Nakano. 312
— Identification des spirochètes dans les cultures, par Noguchi. 312
— Coloration du tréponème pâle par le nitrate d'argent ammoniacal, par Fontana. . . . 312
— Spirochètes vivants dans le cerveau des paralytiques généraux, par Forster et Tomascewsky.. 313
— Infectiosité du lait des femmes syphilitiques, par Ulenhuth et Mulzer. 313
Bactériologie. Le leucocytozoon de la syphilis, par Peyri-Rocamora. 379
— La culture du spirochète et la cuti-réaction, par Burnier. . 380
— Culture du tréponème pâle, par Noguchi. 380
— Tréponème dans le sang des paralytiques généraux, par Levaditi. 384
— Corpuscules de Ross dans la syphilis, par Hassan Rechad. 434
— Recherche par inoculation du tréponème du sang des paralytiques, par Graves. . . . 434
— Recherche du spirochète pâle du cerveau des paralytiques généraux par l'inoculation, par Berger. 435
— , par Noguchi. 435
— Survivance des tréponèmes et récidives *in situ* chez les syphilitiques guéris, par Plazy. 665
— Nouvelle coloration du tréponème, par Fontana. . . . 665
— Spirochètes dans la méningite syphilitique associée à la paralysie générale, par Marinesco et Minea. 669
— Tréponèmes dans le cerveau des paralytiques généraux, par Marinesco et Minea. . . 669
— , par Geber, Benedek et Tatar. 670
— , par Geber et Benedek. . . 670
— , par Noguchi. 670
— , par Bériel et Durand. . . 671
— , par Foster et Tomaszewski. 671
Syphilis expérimentale. Infectiosité du sang et des humeurs de l'homme syphilitique par rapport au lapin, par Uhlenhuth et Mulzer. . 63
— Kératite syphilitique chez le lapin, par Danila et Strœ. . 102
— Rapports de la — avec celle de l'homme, par Buschke. . 434
— Inoculation de lapins avec du sang de paralytiques, par Graves. 434
— Inoculation avec du cerveau de paralytiques généraux, par Berger.. 435
— , par Noguchi. 435
— du lapin, par Arzt et Kerl. . 553

Syphilis expérimentale. Sur les résultats de la —, par Uhlenhuth et Mulzer. . . . 553
— Transmission de la syphilis au lapin, par Copelli et Marziani. 665

IV. — ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE.

Accidents de l'arsénothérapie. Considérations sur les intoxications graves par le salvarsan, par Antoric. . . 113
— Cas de mort par le salvarsan, par Jordan.. 187
— Paralysie de Landry causée par une intoxication par le salvarsan, par Alzheimer et Lewandowsky.. 187
— Deux cas d'ictère après salvarsan, par Covisa. 189
— Mort après le salvarsan, par Krol.. 319
— Sept cas de maladies cérébrales (trois morts) après le traitement par le salvarsan, par Cæsar.. 320
Accidents du traitement mercuriel. Intoxication mercurielle à forme scorbutique consécutive à une cure d'huile grise. Mort, par Audry. . . 613
Anaphylaxie locale arsenicale, par J. de Azua. 187
Antiluétine. Substance de thérapeutique combinée, par Tsuzuki. 314
— Son action, par Tsuzuki, Schigabase, Hagashi et Htano. . 314
Atoxylate de mercure, par Hugel. 315
Eau distillée contre le salvarsan dans le traitement de la syphilis, par Arbour Stephens.. 316
Expérimentation des arsénos. Toxicité du salvarsan pour les centres nerveux, par Camus. 186
— Comment se comporte le système nerveux des lapins en présence de fortes doses de salvarsan, par Doinikow. . . 186
Expérimentation des arsénos. Recherches expérimentales et cliniques sur la toxicologie du salvarsan, par Mindreich. 319
Galyl, par de Beurmann, Mouneyrat et Tanon. 122
— dans le traitement de la syphilis, par Danel. 316
— Le —, composé arsenical antisyphilitique, par Troisfontaines. 438
Généralités. Traitement spécifique et réaction de Wassermann, par Gourari. . . . 121
— Les remèdes actuels de la syphilis et leur emploi, par Touton. 122
— Influence des découvertes nouvelles sur le traitement de la syphilis dans les stations hydrominérales, par Touton. 123
— Diagnostic et traitement des maladies du système nerveux central d'origine syphilitique, par Nonne. 190
— Progrès de la syphilisthérapie, par Bering. 313
— Le traitement de la syphilis à l'hôpital de Chatam, par Bodley-Scott. 437
— Le traitement de la syphilis dans ses premières périodes, par Gibbard et Harrisson. . 437
Généralités de l'arsénothérapie. Arsénothérapie de la syphilis. Deux dérivés arsenicaux nouveaux, par de Beurmann, Mouneyrat et Tanon. 122
— Emploi des arsénos aromatiques par voie rectale en thérapeutique infantile, par Weil, Morel et Mouriquand.. 122
— Trois ans d'arsénothérapie antisyphilitique à l'Antiquaille, par Nicolas et Moutot. . . 391
— Signification pratique de la R. W. appréciée quantitativement dans le traitement de la syphilis, par Lesser. . 435
— — **Arsénobensol.** Spirochètes dans le liquide cérébro-

spinal chez un malade présentant une rechute nerveuse après emploi du salvarsan, par Nichols et Hough. . . . 63
Généralités de l'arsénothérapie. Arsénobensol. Étude du Wassermann chez les syphilitiques traités par le salvarsan, par Engman et Buhman. 64
— — Salvarsan dans la syphilis infantile, par Sainz de Aja. 107
— — Salvarsan et liquide céphalo-rachidien pendant la syphilis précoce, par Altmann et Dreyfus. 116
— — Signification de la fièvre consécutive à une première injection de salvarsan, par Jeanselme et Jacquet. . . . 125
— — Traitement par le salvarsan de la syphilis jeune, par Jeanselme et Vernes. 126
— — Eau distillée contre le salvarsan dans le traitement de la syphilis, par Arbour Stephens. 316
— — Infusion ou injection de salvarsan, par Zimmern. . . . 316
— — Pratique du salvarsan, par Spietschka. 316
— — Action sur le sang des injections répétées de salvarsan, par Heden. 318
— — La fièvre du salvarsan, par Luithlen et Mucha. 319
— — Traitement de la syphilis le 606, par Jeanselme. . . . 383
— — Troisième année de salvarsan, par Peyri Rocamora. . . 438
— — Traitement de la syphilis héréditaire par le salvarsan, par Simpson et Thatcher. . . 439
— — Le 606 ne stérilise pas la syphilis, par Lévy-Bing. . . 440
— — Localisations de l'arsenic dans les viscères après injections du 606, par Jeanselme, Vernes, Bertrand et Bloch. 440
— — Emploi des injections intra-musculaires de salvarsan, par Bertarelli. 441
— — Sur l'augmentation de la pression cérébrale dans la syphilis après le salvarsan, par Spiethoff. 444
Généralités de l'arsénothérapie. Arsénobensol. Comment le praticien doit-il envisager le traitement de la syphilis par le salvarsan, par Jadassohn. 445
— — **Néosalvarsan.** Le néosalvarsan à la clinique dermatologique de Bordeaux, par Morin et Joulin. 98
— — Sur le néosalvarsan, par Lier. 124
— — , par Kaufman. 124
— — Premières impressions cliniques, par J. de Azua. . . . 125
— — Le traitement par le néosalvarsan peut-il être ambulatoire, par Touton. 125
— — Sur 1000 injections sous-cutanées de néosalvarsan, par Wechselmann. 316
— — Action sur le sang des injections répétées de néosalvarsan, par Heden. 318
— — Le néosalvarsan doit-il être employé dans le traitement ambulatoire? par Wolff et Mulzer. 319
— — 2400 injections de néosalvarsan à Rosario, par Magnani. . 438
— — Injections sous-arachnoïdiennes cérébrales de mercure et de néosalvarsan, par Sicard et Leblanc. 442
— — Comment dépister la syphilis nerveuse? Traitement par les injections intra-rachidiennes de néosalvarsan, par Ravaut. 566
Iodostarine. Sur l' — 314
— dans le traitement de la syphilis, par Baumer. 314
Iodothérapie. Épilepsie et syphilis cérébrale héréditaire tardive. Guérison par l'iodothérapie, par Paul Boncour. . 114
Lipoïodin dans la syphilis, par Roth. 314
Neurorécidives. Les accidents neuroméningés précoces et tardifs du 606. Méningorechutes ou méningorécidives thérapeutiques, par Roger. . 186

Neurorécidives. Neurosyphilis après salvarsan chez une secondaire. Paralysie faciale double. Labyrinthite. Paralysie partielle du moteur oculaire commun. Symptômes méningés diffus, par J. DE AZUA. 187
— Neurosyphilis après salvarsan, par COVISA. 188
— Traitement des neurorécidives après salvarsan, par SAINZ DE AJA. 188
— Accidents neuroméningés graves et tardifs chez une syphilitique secondaire traitée par le mercure et le néosalvarsan, par VEDEL, ROGER et BAUMEL. 443
— Paralysie de Landry déterminée par une intoxication par le salvarsan, par FLEISHMANN. 443
Réaction de Herxheimer. Vertige de Ménière. Guérison par le 606. —, par MILIAN. . 375
— à forme lymphangitique, par DUFOUR et THIERS. 375
— , revue générale, par MILIAN. . 376
Récidives de la syphilis après le traitement par le 606, par GAUCHER et LÉVY-FRANKEL. . 186
Résultats. Arsénobenzol. Syphilome intrathoracique pris pour un cancer du médiastin. Retour à la santé depuis deux ans. Examen radiologique avant et après le traitement (hectine et salvarsan), par BENSAUDE et EMERY. 108
— — Pelade décalvante totale au cours d'une infection syphilitique guérie après deux injections de salvarsan, par SAMPELAYO. 111
— — Prurit tabétique et arsénobenzol, par PUJOL. 115
— — Résultats obtenus dans les spirochitoses locales par le salvarsan, par GERBER. . . . 126
— — Syphilis secondaire grave, guérison par le salvarsan, par CRIADO. 126
— — Salvarsan dans la syphilis du nez et de la gorge, par GOODALE. 127
Résultats. Arsénobensol. Traitement de la mère et de l'enfant par le salvarsan, par HOLTH. 127
— — Traitement des femmes syphilitiques enceintes par le salvarsan, par JEANSELME, VERNES et BLOCH. 127
— — , par JEANSELME. 127
— — Le salvarsan dans la paralysie générale, par TROWBRIDGE. 128
— — Deux cas de syphilis traités par les injections intra-rachidiennes de mercure et de salvarsan, par RAVAUT. 185
— — Cas de syphilis traités par le 606, par SERBA. 317
— — Sur les enfants des mères traitées par le salvarsan, par WOLF. 317
— — Action sur le sang des injections répétées de salvarsan et de néosalvarsan, par HEDEN. 318
— — Gomme résistant au salvarsan, par H. FOX. 374
— — Vertige de Ménière. Guérison par le 606. Réaction de Herxheimer, par MILIAN. . . 375
— — Salvarsan et réaction de Wassermann dans la paralysie générale, par SICARD et REILLY. 82
— — Maladie de Graves avec sclérodermie et réaction de Wassermanntraitée par le salvarsan, par Ziegel. 430
— — Guérison des accidents tabétiques par le salvarsan et les préparations bactériennes, par DOLLKEN. 442
— — Traitement de la paralysie générale par le salvarsan, par RAECKE. 443
Résultats. Néosalvarsan. Résultats obtenus dans les spirochétoses locales par le néosalvarsan, par GERBER. . . 126
— — Injections intra-rachidiennes de néosalvarsan dans la syphilis nerveuse, par RAVAUT. 441
— — Traitement de la paralysie générale par les injections intrarachidiennes de néosalvarsan, par MARIE et LEVADITI . 441
— — Réactions humorales dans le

tabes et la paralysie générale. Injections sous-arachnoïdiennes de néosalvarsan, par JEANSELME, VERNES et BLOCH.. 442
Technique. Parergies toxiques des injections intraveineuses de salvarsan causées par l'alcalinité du verre, par MATZENAUER. 116
— Titrage des solutions de salvarsan pour injection intraveineuse, par SAINZ DE AJA. . 123
— Mode d'administration du salvarsan et du néosalvarsan. Infusion ou injection, par STERN. 123
— Technique des injections intramusculaires huileuses d'arsénobenzol, par BALZER. . . 123
— Posologie du 606, par MILIAN. 124
— Sur les injections intraveineuses concentrées de néosalvarsan, par COHN.. 185
— Injections intraveineuses concentrées de salvarsan, par STRAUSS. 185
— Injections intra-rachidiennes, par RAVAUT. . . . 185, 441, 566
— , par MARIE et LEVADITI. . . 441
— , par JEANSELME, BLOCH et VERNES. 442
— Injections sous-arachnoïdiennes cérébrales, par SICARD et LEBLANC.. 442
Toxinon. Injections intraveineuses de —, nouvelle préparation mercurielle, par GUTMANN. 315
Traitement mixte arséno-mercuriel. Deux cas de syphilis traités par les injections intra-rachidiennes de mercure et de salvarsan, par RAVAUT. 185
— Aloxylate de mercure, par HUGEL. 315
— Sur la guérison de la syphilis par le traitement combiné : mercure et salvarsan, par SCHOLTZ et RIBES. 317
— Crâniocentèse et injections sous-arachnoïdiennes cérébrales de cyanure de mercure et de néosalvarsan, par SICARD et LEBLANC. 442
— Traitement des formes frustes du tabes (mercure, salvarsan), par NOCHTE. 443
— Sur les progrès du diagnostic et du traitement de la syphilis. Suites durables du traitement combiné par le salvarsan et le mercure, par HOFFMANN. 448
Traitement mercuriel. Stomatite mercurielle fruste, par HERPIN. 315
— Résorption du mercure dans la cure de frictions, par BORUTHAN. 315
— Atoxylate de mercure dans la syphilis, par HUGEL.. . . . 315
— Toxinon, par GUTMANN. . . . 315
— Intoxication mercurielle à la suite d'une cure d'huile grise, par AUDRY.. 613

En raison de la guerre, les sept premières livraisons de ce volume ont seules été publiées à leur date normale, dans les premiers mois de l'année 1914.

La livraison 8-9 qui était sous presse au début des hostilités et aurait dû paraître en septembre a été publiée en juin 1915.

La livraison 10 a été publiée en juillet 1915, la livraison 11 en octobre 1915 et la livraison 12 en décembre 1915.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.