Bibliothèque numérique
medic@

Annales de dermatologie et de syphiligraphie

5ème série, tome VI. - Paris : Masson, 1917.
Cote : 90153

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90153x1916x1917

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.

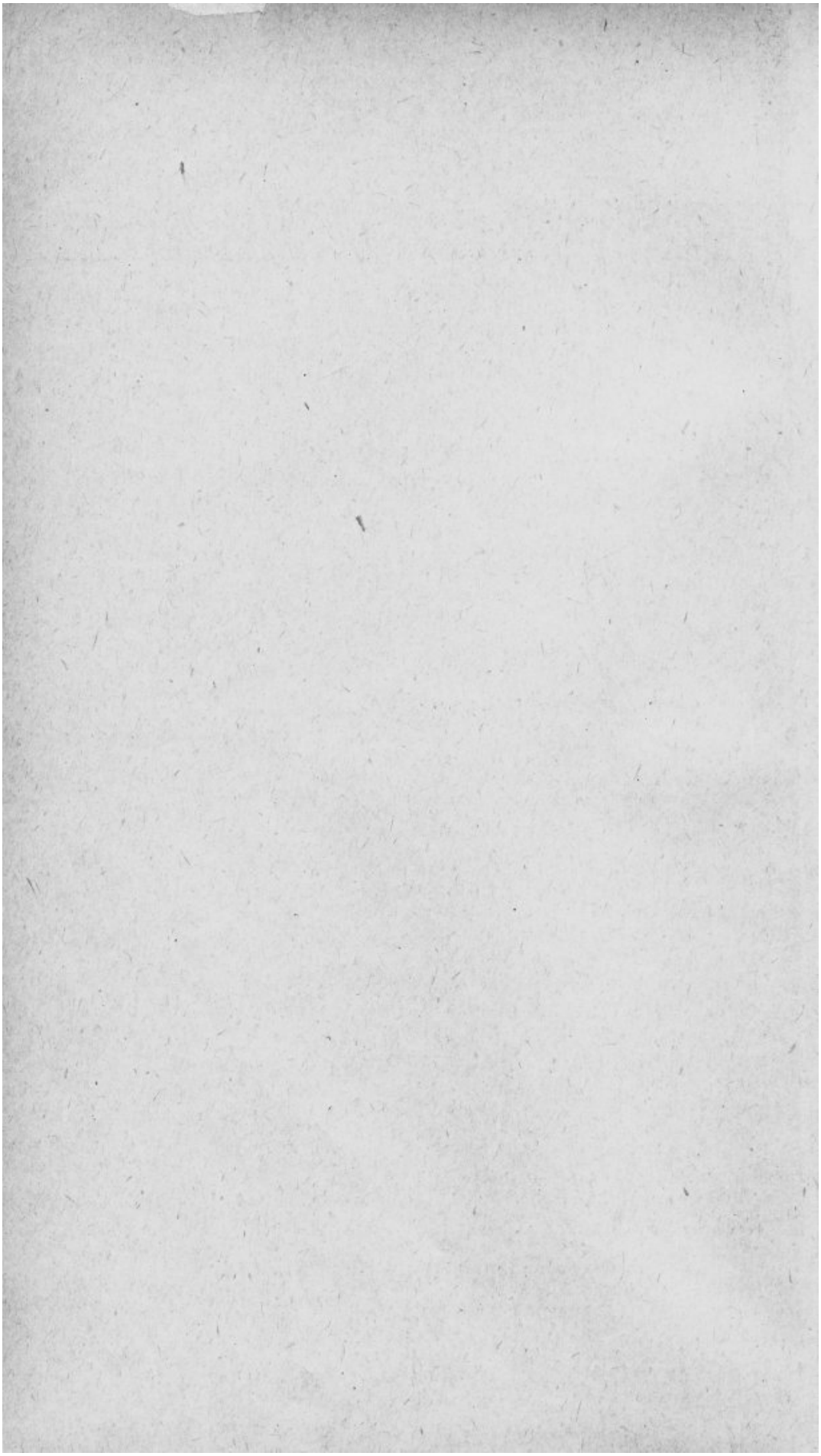
AVEC LA COLLABORATION DE MM.

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. 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.

TOME VI — ANNÉE 1916-1917

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)



ANNALES
DE
DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

TRAVAUX ORIGINAUX



NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PHAGÉDÉNISME GÉOMÉTRIQUE

Par **L. Brocq.**

Le 28 février 1908 j'ai fait avec mon excellent élève et ami M. le Dr Clément Simon, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, une communication sur le phagédénisme. Ce travail ne nous a pas paru avoir suffisamment attiré l'attention des dermatologistes et des syphiligraphistes.

Depuis lors nous avons eu l'occasion d'observer de nouveaux faits et de nous confirmer dans les idées que nous avions exposées à cette époque. Aussi jugeons-nous utile de reprendre cette question avec quelques détails.

Préambule. — Nous avons mis en relief dans notre mémoire de 1908 ce fait assez intéressant que, lorsqu'on cherche dans les ouvrages classiques la définition du mot *phagédénisme,* on s'aperçoit qu'elle n'a aucune précision (1). Pour la plupart des auteurs le phagédénisme n'est ni une maladie définie, « ni un symptôme exclusivement propre à une maladie bien déterminée. C'est un accident qui complique les maladies les plus diverses comme nature et qui leur imprime un caractère de malignité plus accentué » (Lereboullet).

« C'est, dit Mauriac, une complication d'ordre commun et non spécifique, un symptôme irrégulier, anormal, une déviation et une modalité vicieuse que peuvent présenter tous les états morbides dont l'ulcé-

(1) Voir Mauriac, *Leçons sur les maladies vénérienne,* Paris, 1883, p. 905; A. Fournier, *Traité de la syphilis,* Paris, t. II, p. 414; L. Lereboullet, *Dict. encyclopédique des sciences médicales,* article Phagédénisme, etc.

ration est un des phénomènes essentiels ou accessoires, habituels ou accidentels. »

Aussi les syphiligraphes ont-ils distingué : 1° *au point de vue étiologique* un phagédénisme du chancre simple, un phagédénisme de la tuberculose, du cancer, des ulcérations dites vulgaires, des ulcérations des pays tropicaux, de la syphilis, etc..., 2° *au point de vue objectif et évolutif*, surtout dans la syphilis, un phagédénisme rouge, un phagédénisme gangréneux, pultacé ou diphtéroïde, extensif ou en surface, térébrant, etc....

Depuis les découvertes de Pasteur on a songé à chercher la cause du phagédénisme dans une infection microbienne surajoutée à la maladie primitive.

Au premier rang de ceux qui ont évolué dans cette voie il convient de citer le très regretté Julien (1). Voici comment il s'exprime : « Le document que voici est une nouvelle preuve que dans certains cas, la constitution et la thérapeutique interne restent étrangères à l'évolution de l'ulcère, puisque, malgré son allure menaçante, le processus peut être enrayé du jour où l'antisepsie locale est rigoureusement établie.... Je n'oserais dire qu'il n'y ait pas de phagédénismes syphilitiques ; mais je crois qu'il y a beaucoup plus encore de phagédénismes septiques ou d'ulcérations, syphilitiques originairement, qui deviennent phagédéniques par septicité. La clinique même ne semble-t-elle pas nous conduire à cette notion quand elle nous présente des ulcères à marche suraiguë, avec ces caractères d'affection aiguë qui sont si contraires à la torpidité reconnue du syphilome ? Il est évident qu'un élément nouveau s'est ajouté. »

Ces idées, pour nous profondément vraies, n'ont pas été admises par tous les vénéréologues. Le Pr. Fournier s'exprimait à cet égard avec une très prudente réserve. « Pour certains médecins le phagédénisme ne serait que le résultat d'une *infection microbique secondaire*, à savoir d'une inoculation microbique subie par la plaie originelle. Auquel cas le phagédénisme ne serait rien autre qu'une complication *septique*.

« Rien de mieux, théoriquement, rien que d'admissible *a priori*.

« Mais quel est donc le microbe qui, surajouté à une plaie d'ordre quelconque, lui inocule la qualité phagédénique ? Cela on a négligé (et pour cause) de le spécifier.....

« Il dérive du fait de M. Jullien (2) un excellent précepte reconnu pour tel d'ailleurs par tout le monde, à savoir : qu'il convient de placer les plaies phagédéniques dans des conditions rigoureuses d'antisepsie, et cela pour exclure une des causes qui peuvent contribuer à leur entre-

(1) L. Jullien, Réflexions sur le phagédénisme syphilitique et le phagédénisme septique, *Bulletin de la Société Française de dermatologie et de syphiligraphie*, 12 avril 1890, p. 108.

(2) Voir *loc. cit.*

tien. Mais, doctrinalement, il serait excessif, je pense, d'en conclure que le phagédénisme est un simple effet de septicité, non moins que très imprudent, comme conséquence, de le combattre par les *seules* ressources de l'antisepsie. Cela pour deux raisons : parce que, d'abord, nous avons tous vu des phagédénismes de tout ordre résister à l'antisepsie la plus rigoureuse, et parce que, d'autre part, en ce qui concerne le phagédénisme de la syphilis, l'expérience nous a appris qu'il a son correctif le plus puissant et le plus sûr, son véritable remède, dans le traitement antisyphilitique. Est-ce que ce traitement exercerait en l'espèce une action aussi radicale, si ce phagédénisme n'avait pas pour raison d'être, pour raison d'origine et d'entretien, une qualité syphilitique de la lésion ? (1) »

Il nous semble que le Pr. Fournier a dans ce qui précède commis une confusion, et cela parce qu'il n'a pas établi de distinctions suffisantes entre des faits cliniques, — différents les uns des autres, — qui ont été englobés sous l'étiquette générale de phagédénisme par cela seul qu'ils avaient comme caractère commun une tendance marquée à la destruction rapide des tissus.

Il existe des faits, et certainement ce sont les plus nombreux, dans lesquels l'élément syphilis semble être le facteur principal, dans lesquels les infections secondaires, s'il y en a, ne jouent qu'un rôle accessoire, et dans lesquels le traitement antisyphilitique d'une part, d'autre part le traitement de l'état général quand il est indiqué, suffisent, avec des pansements propres, à guérir les malades. La citation qui précède du Pr. Fournier s'applique à cette première catégorie de faits. Ici c'est bien la syphilis qui est en jeu : elle constitue la *dominante étiologique* ; et la médication antisyphilitique est, comme l'a dit le vénéré maître, le véritable remède.

Mais il y a une deuxième série de faits dans lesquels il semble bien qu'un processus morbide de la plus grande importance et bien défini au point de vue objectif et évolutif se surajoute au processus morbide initial, que ce processus initial ait été la syphilis, le chancre simple, ou une ulcération de nature quelconque. Ce processus morbide surajouté peut même arriver à dominer la scène pathologique, de telle sorte que le processus morbide initial perd momentanément toute importance. Ce sont les faits auxquels se rapporte très probablement la citation qui précède de Jullien. Or ces faits offrent, comme nous venons de le dire, un aspect objectif tellement particulier, tellement spécial, que lorsqu'on a en observé un seul avec quelque attention on peut le reconnaître d'emblée. Et leur physionomie est pathognomonique à un si haut degré que l'on a immédiatement la sensation qu'il s'agit d'un processus local bien défini surajouté au processus morbide initial. Il

(1) A. Fournier, *loc. cit.*, p. 448-449.

convient toutefois de reconnaître que, selon les cas, il peut présenter une intensité variable de virulence.

C'était pour bien mettre en lumière ces caractères cliniques que nous avons fait en 1908 notre communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

C'est pour attirer de nouveau l'attention sur eux, pour faire accepter des spécialistes cette symptomatologie, que nous nous décidons à écrire ce nouveau mémoire.

Faits cliniques.

Obs. I et Obs. II. — C'est en 1899 que notre attention a été attirée pour la première fois sur cette variété de phagédénisme. Deux femmes qui se trouvaient dans la salle Natalis Guillot de notre service de l'hôpital Broca, à quelques lits d'intervalle, furent atteintes simultanément d'accidents ulcéreux phagédéniques rapidement extensifs, caractérisés objectivement par un bord surélevé, taillé en talus fort rapide en dedans, d'un rouge vif en dehors, décrivant un grand ovale géométrique.

Chez l'une d'elles (Obs. I), le phagédénisme s'était développé sur la face externe de la cuisse, au niveau d'un chancre simple d'inoculation, et les caractères du phagédénisme n'étaient nullement celui du chancre simple dit phagédénique : il n'y avait pas de bords décollés, anfractueux, irréguliers. La configuration générale de l'ulcération était, je le répète, géométrique, absolument régulière, comme tracée à la main, plutôt ovalaire qu'arrondie : les bords formaient un talus surélevé ; en dedans ce talus figurait une pente rapide à 70° ou 75° environ, était complètement ulcéré et se continuait avec l'ulcération centrale qui était irrégulière et sanieuse ; en dehors le talus s'affaissait en pente douce à 20° ou 25° vers les tissus sains, et était d'un rouge très vif, presque violacé.

Chez l'autre (Obs. II), le phagédénisme s'était développé à la jambe sur des syphilides ulcéreuses. Il avait exactement la même physionomie que le précédent, et par suite ne ressemblait nullement, ni comme aspect, ni comme configuration, ni comme rapidité d'évolution, à des syphilides ulcéreuses ordinaires.

Réflexions. — A cette époque nous fûmes vivement frappé tout d'abord de l'aspect si spécial de ces lésions, et ensuite de la coïncidence de deux cas d'un accident aussi rare chez deux hospitalisées d'une même salle, au même moment. Tout cela nous porta à penser qu'il pouvait bien s'agir d'une affection *autonome, inoculable,* greffée sur des lésions ulcéreuses de nature différente.

Et en effet quoi de plus démonstratif que ces deux faits ? On ne peut ici incriminer une manifestation nettement et purement syphilitique ; l'une des malades était indemne de syphilis. On ne peut songer à un chancre simple phagédénique puisque les lésions n'en avaient pas l'aspect, et puisque l'une des deux malades était atteinte de syphilis et non de chancre simple.

Voilà deux malades atteintes primitivement d'affections ulcéreuses de nature essentiellement différente, qui, tout d'un coup, voient se greffer sur leurs lésions primitives des lésions secondaires totalement différentes d'aspect et d'évolution des lésions primitives et parfaitement identiques entre elles. Ou la logique n'est plus qu'un vain mot, ou l'on doit forcément conclure que ces deux malades ont été infectées toutes les deux par un même agent microbien extérieur qui est venu greffer une maladie secondaire bien définie sur les affections primitives dont elles étaient atteintes.

Obs. III. — Homme de 40 ans, atteint d'éruptions papuleuses syphilitiques secondaires, très surmené. A la suite de fatigues exagérées, certaines lésions des jambes s'ulcèrent, puis brusquement elles changent d'aspect et prennent une allure rapidement extensive avec bords saillants géométriquement arrondis, comme dessinés au compas; leur face interne, taillée en talus très rapide, à angle de 75° à 80°, présente dans sa paroi qui a de 8 à 12 millimètres de hauteur des multitudes de petits abcès qui la criblent en quelque sorte et qui lui donnent un aspect spongieux : on la dirait forée d'une énorme quantité de petites cavernules remplies de pus que l'on fait sourdre par une pression dirigée de dehors en dedans. La face externe de la bordure s'abaisse en pente douce vers les tissus sains : elle est d'un rouge vif et de 1 cent. 1/2 à 2 centimètres de large. Elle donne la sensation d'une infiltration très prononcée.

Le traitement antisyphilitique institué avec toute l'intensité voulue resta complètement impuissant contre ces lésions qui continuèrent à progresser. Je n'arrivai à les arrêter et à les guérir que par des désinfections nombreuses à l'eau oxygénée, par des cautérisations répétées au permanganate de potasse, au tartrate ferrico-potassique, au bleu de méthylène, au chlorure de zinc, au nitrate d'argent, et en prenant la précaution de soulever les bords, de les éverser, d'exprimer tous les abcès, d'agir avec minutie sur tous les décollements et toutes les anfractuosités.

Obs. IV. — Homme âgé de 68 ans, atteint de syphilome tertiaire du nez et de la face. En plein traitement antisyphilitique, il se développa sur l'aile gauche du nez une ulcération à marche rapide, à bords nettement arrondis, taillés en dedans en talus presque à pic, entourés d'une zone érythémateuse, fortement infiltrés, à extension périphérique rapide. Malgré une médication mixte énergique, l'ulcération continua à évoluer sans aucune modification. La guérison ne fut obtenue qu'avec des traitements locaux antimicrobiens minutieux analogues à ceux que nous avions employés dans le cas précédent.

Obs. V. — Femme qui était entrée pour la première fois en mars 1905 dans notre service de l'hôpital Broca pour une vaste ulcération syphilitique, que l'on pouvait qualifier de phagédénique, de la partie latérale gauche du nez et de la joue gauche. Elle guérit par le traitement mixte, par des pulvérisations et des pansements iodoformés. Elle revint une deuxième fois, le 21 juin 1905 (voir la figure 1), pour une récidive in situ des mêmes accidents: ils étaient plus étendus que la première fois: ils

guérirent par les mêmes moyens. Mais la malade revint nous voir une



Fig. 1. — 21 juin 1905. — Phagédénisme syphilitique.

troisième fois, le 11 novembre 1905 (voir la figure 2), avec des lésions qui



Fig. 2. — Même malade; 11 novembre 1905. — Phagédénisme géométrique.

ne présentaient pas tout à fait le même aspect. C'était le côté droit du nez

et les régions voisines de la joue droite qui étaient atteints. Ils présentaient une ulcération profonde à bords très infiltrés et dont la configuration générale était géométriquement circulaire. La face interne du talus qui formait le bord était à vif, taillée en talus à pente fort raide, de 75° à 80° d'inclinaison : cette falaise était criblée de petits abcès qui lui donnaient une apparence spongieuse. La face externe du talus était épidermisée, d'un rouge vif, descendait vers la peau saine en pente d'environ 20° d'inclinaison : la largeur de cette zone périphérique d'infiltration variait d'un centimètre et demi à deux centimètres. L'extension de cette énorme ulcération se faisait avec rapidité malgré le traitement antisyphilitique mixte qui avait été continué par intermittences depuis le mois de juin. C'était même en pleine médication que la lésion que nous venons de schématiser avait fait son apparition, de telle sorte que nous nous étions même demandé tout d'abord si nous n'avions pas affaire à un accident d'iodisme. Mais, après mûr examen de la lésion, nous n'avions pu nous arrêter plus longuement à cette idée. Il s'agissait bien encore ici d'un de ces accidents phagédéniques virulents superposés à la syphilis tertiaire dont nous avions déjà vu les exemples que nous venons de relater.

Nous instituâmes une médication locale énergique par des pulvérisations, des lotions à l'eau oxygénée, des badigeons au bleu de méthylène, des cautérisations au chlorure de zinc, des pansements à l'iodoforme, et nous obtinmes l'arrêt de ce phagédénisme au bout de quelques jours.

Réflexions. — L'observation qui précède est importante, car elle nous montre avec la plus grande netteté coexistant chez le même sujet les deux ordres de faits cliniques que nous avons schématisés plus haut.

Dans une première et une deuxième phase de la maladie nous avons eu affaire à un phagédénisme térébrant, irrégulier, anfractueux, à bords polycyliques, qui a guéri chaque fois par le traitement mixte antisyphilitique et par des pansements simples.

Dans une troisième phase de la maladie nous nous sommes trouvé en présence de ces mêmes accidents, mais ils se sont tout d'un coup compliqués de lésions d'un autre aspect, d'une toute autre évolution, n'intéressant que les téguments, mais le faisant avec une intensité tout à fait particulière, et s'étendant suivant un bord parfaitement géométrique comme configuration, rappelant en un mot les bordures des affections causées par les champignons pathogènes, telles la trichophytie cutanée ; et cette lésion n'a pas été influencée par le traitement antisyphilitique : elle a même fait son apparition pendant que la malade était soumise à cette médication.

Nul autre cas ne peut être plus démonstratif, plus probant, pour établir d'une manière irréfutable au point de vue clinique la thèse que nous défendons.

Obs. VI. — En 1906, nous avons soigné à l'hôpital Saint-Louis, salle Hillairet, un homme atteint de lésions ecthymateuses multiples et confluentes

de la face interne de la cuisse gauche sans syphilis ni chancre simple antérieurs ; à leur partie externe elles prirent brusquement, sous nos yeux, des allures rapidement envahissantes. Les bords étaient surélevés, taillés à pic en dedans, et, sur cette face interne, ulcérés et infiltrés de pus qui formait de nombreux petits abcès de la grosseur moyenne d'une tête d'épingle dans la paroi même de la falaise. Au maximum de développement l'ulcération formait dans son ensemble un grand ovale dont les bords externes

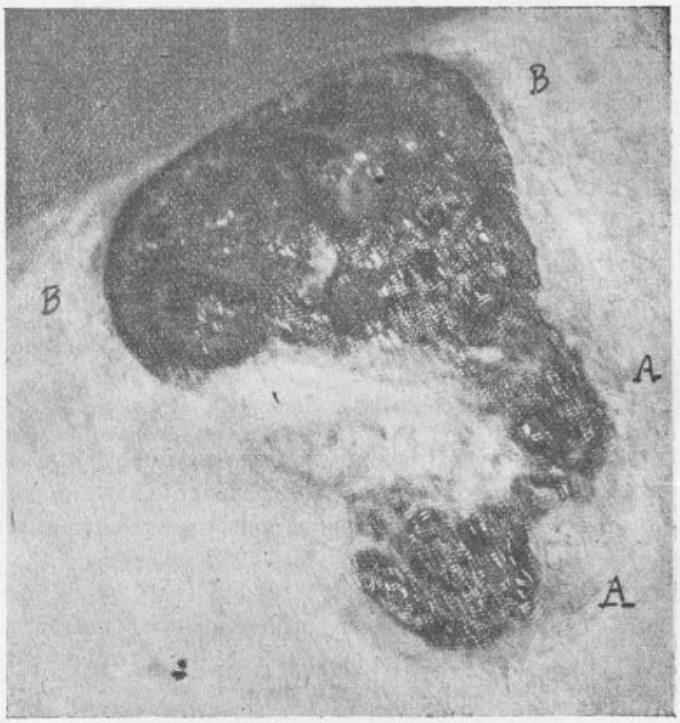


Fig. 3. — AA. Ecthyma. BB. Phagédénisme géométrique.

étaient parfaitement géométriques et avaient 8 centimètres sur 6 (voir fig. 3).

Dans ce cas nous n'instituâmes aucun traitement antisyphititique, et nous obtinmes la guérison par une désinfection rigoureuse à l'eau oxygénée, des badigeons répétés avec du bleu de méthylène, et des pansements à l'iodoforme.

Obs VII (1). — X..., âgée de 22 ans, journalière, sans antécédents personnels ou héréditaires notables, a eu un chancre syphilitique vulvaire en août 1906. On lui fit à cette époque 20 injections de biiodure d'hydrargyre, puis elle cessa tout traitement. Quelques mois après elle se présenta atteinte de

(1) Publiée in extenso, par M. Cl. Simon, dans les *Annales de Dermatologie*, février 1908, p. 102.

plaques muqueuses à la gorge, et on lui fit alors six injections d'huile grise.

Elle disparut de nouveau pendant quelque temps, puis elle rentra le 12 novembre 1907 salle Lorry, dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, pour une roséole circinée et pour une lésion ulcéreuse de la partie interne de la fesse gauche qui aurait débuté depuis un mois.

Le jour de son entrée cette ulcération était arrondie, de la dimension d'une pièce de deux francs, bien limitée, entourée d'une aréole d'un rouge vif de plus de deux centimètres de largeur. L'épiderme était décollé péri-



Fig. 4. — Aspect de la lésion au début, le 13 novembre.

phériquement dans une étendue de deux millimètres environ, comme dans les impétigos-ecthymas. L'ulcération avait un fond plat : elle était sanieuse, grisâtre, et était recouverte d'une sorte de pellicule pseudo-membraneuse d'aspect pultacé. Au niveau de cette lésion et des téguments voisins, on sentait une induration considérable dénotant une infiltration très profonde des tissus sous-jacents.

Le 13 novembre, le lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, l'ulcération avait presque doublé d'étendue. Elle atteignait le pli interfessier (voir fig. 4).

Le 14 novembre l'extension de l'ulcération se faisait avec une effrayante rapidité malgré un traitement antisyphilitique comprenant une injection quotidienne de deux centigrammes de biiodure d'hydrargyre, et malgré des pansements antiseptiques locaux minutieux. La face interne de la fesse droite commençait à être envahie.

Le 15 novembre l'ulcération avait plus que doublé d'étendue depuis la veille : dans son ensemble elle avait les dimensions d'une paume de main d'adulte.

Les bords en étaient très infiltrés, saillants, taillés en falaise de 12 millimètres environ de hauteur vers l'ulcération, criblés de sortes d'abcès formant des cavernes irrégulières dans les parois de la falaise, de telle sorte que, par une pression exercée sur ces bords, on en faisait sourdre du pus comme d'une éponge. Les téguments étaient intéressés dans leur totalité : la peau était par places décollée des parties sous-jacentes et ces décollements étaient infiltrés de pus. La zone externe des bords de l'ulcération était formée par une sorte de talus en pente douce d'un centimètre et demi à deux centimètres de large, et au niveau duquel les téguments étaient d'un rouge vif.

L'impression que l'on ressentait en présence d'une pareille lésion était



Fig. 5. — Aspect de la cicatrice après l'ablation chirurgicale.

celle d'un processus extensif d'une extrême malignité, et l'on avait le sentiment qu'il serait fort difficile, sinon impossible, de l'enrayer par de simples moyens médicaux. Elle imposait en outre d'emblée l'idée fort nette d'une infection microbienne surajoutée à la syphilis. L'ulcération ne ressemblait nullement à une lésion syphilitique : quand on l'étalait en écartant les fesses, on se trouvait en présence d'une énorme perte de substance à bords géométriquement circulaires, rappelant comme configuration générale celle de l'anneau géométrique de la trichophytie cutanée et non les circinations de la syphilis.

Aussi l'idée d'une exérèse chirurgicale nous vint-elle à l'esprit. Considérant que nous avions affaire à une infection locale des plus virulentes greffée sur fond de syphilis, nous pensâmes qu'il était indiqué d'en pratiquer l'ablation totale, en empiétant largement sur les tissus sains périphériques pour enlever la zone extensive d'infection.

Le 16 novembre l'opération fut faite par M. Rabinovitch après rachisto-

vaïnisation. Les téguments furent enlevés en dépassant largement les limites des tissus objectivement malades. Le sacrum et le coccyx furent raclés à la curette. La plaie ainsi obtenue fut touchée au chlorure de zinc : on mit un drain dans chaque angle et on sutura.

On se borna comme autre traitement à donner 30 grammes de liqueur de van Swieten par jour en trois fois. Tout se passa parfaitement bien. Les drains furent enlevés au bout de dix jours. La réunion par première intention fut obtenue partout, sauf au niveau des drains. La plaie du drain inférieur ne se cicatrisa que vers la fin de décembre (voir fig. 5). Nous reviendrons plus loin sur les examens histologiques et bactériologiques qui furent pratiqués.

Obs. VIII. — Jeune fille, âgée de 17 ans, d'une santé générale parfaite, vierge, n'ayant aucun antécédent de syphilis ni acquise, ni héréditaire.

Elle se présente pour la première fois à notre consultation de l'hôpital Saint-Louis, le 1er décembre 1907, pour une ulcération de la partie inféro-interne de la jambe droite, un peu au-dessus de la malléole. Le début de cette lésion remontait au mois d'août 1907 : il s'était fait par un petit « bouton » saillant que la malade avait percé, et d'où il était sorti deux ou trois gouttes de liquide clair ; puis peu à peu l'ulcération s'était formée et s'était agrandie.

Lorsque nous la voyons le 1er décembre, la plupart des médecins présents portent le diagnostic de syphilides tertiaires ulcéreuses en raison de l'orbicularité des plaies ; mais nous sommes frappé de l'aspect tout à fait spécial des bords qui sont tuméfiés, infiltrés, décollés par places, criblés de petits abcès minuscules, et nous pensons tout de suite à des lésions phagédéniques sans pouvoir préciser si oui ou non elles se sont développées sur fond de syphilis.

Voyant que les plaies continuent à s'étendre, la malade se décide le 19 décembre à entrer à l'hôpital.

A cette époque elle porte à la partie inférieure et interne de la jambe droite, un peu au-dessus de la cheville des lésions ulcéreuses dont l'ensemble forme une zone d'environ 7 à 8 centimètres de diamètre (voir fig. 6).

A la partie antérieure de la lésion, se trouve un vaste fossé géométriquement semi-circulaire à fond irrégulier, sanieux, recouvert de pus et de détritus grisâtres. Son bord externe, très régulier de forme, est taillé en falaise un peu oblique suivant un angle de 75° environ ; par places il est soulevé et décollé par du pus. Il présente sur sa paroi, par endroits, de petites anfractuosités remplies de pus, sortes de petits abcès miliaires formant des cavernules, de telle sorte que lorsque l'on presse sur le bord de dehors en dedans on fait sourdre du pus dans le fossé de l'ulcération. Les téguments situés en dehors de ce bord sont d'un rouge vif : ils sont tuméfiés, et cette zone d'infiltration et de rougeur a une largeur qui varie de 7 à 10 millimètres : elle est un peu sensible à la pression. Les bords internes du fossé d'ulcération sont irréguliers, déchiquetés, décollés par places.

Ce grand fossé semi-circulaire antérieur se relie en bas à un autre fossé qui décrit un quart de cercle en bas et en dedans, et qui se relie lui-même en arrière par un léger étranglement à un autre fossé figurant également

environ un quart de cercle et qui n'est séparé en haut du fossé antérieur que par une sorte de pont de peau non ulcérée d'environ un centimètre de large.

Au niveau de ce pont, qui est situé à la partie supérieure de la lésion, les téguments sont d'un rouge vif, et par places ils sont criblés de sortes de petites pustules jaunâtres. Mais ce ne sont que des pseudo-pustules : ce sont en réalité des puits ou des orifices par lesquels s'ouvrent à l'intérieur des décollements profonds communiquant avec les ulcérations voisines.

Au niveau de la partie centrale de l'aire ainsi délimitée les téguments sont d'un rouge plus ou moins vif, douloureux par places à la pression, par



Fig. 6.

places criblés de petits points jaunâtres analogues à ceux que nous venons de signaler et qui ne sont que des puits ou des cratères communiquant avec des décollements profonds. Toute cette zone centrale est donc en quelque sorte minée par le processus ulcéreux.

Pour élucider tout de suite la question de la syphilis, nous faisons des injections quotidiennes de biiodure d'hydrargyre à la dose de deux centigrammes chaque, et nous donnons à l'intérieur deux grammes par jour d'iodure de potassium. Localement nous faisons des badigeons avec une solution au centième de bleu de méthylène et des applications d'iodoforme.

Malgré ce traitement, le processus ulcéreux continue à gagner par extension périphérique des talus à pic des ulcérations principales ; dans la zone interne les décollements persistent, et il se forme de nouveaux puits, d'abord minuscules et simulant des pustules, puis qui s'agrandissent par fonte de leurs parois. Le pont supérieur est rapidement emporté.

Dès qu'il est bien évident que la médication antisyphilitique ne produit aucun effet utile, nous instituons une médication locale beaucoup plus énergique. Nous détruisons toutes les zones d'extension avec le galvano-cautère ; puis nous faisons des cautérisations des plaies tantôt avec le tartrate ferrico-potassique au 10e, tantôt avec le nitrate d'argent au 5e, en ayant soin de pénétrer dans le fond de tous les abcès : nous pansons avec un mélange de camphre et de jus de citron à parties égales.

Au bout de trois semaines de ces soins minutieusement appliqués, le processus extensif s'arrête. Le 10 février la cicatrisation de toutes les plaies est obtenue. Mais quelques jours après nous voyons encore survenir trois petits abcès profonds au milieu du tissu cicatriciel, puis se produire de nouveau des décollements épidermiques. Nous faisons encore des cautérisations ignées, des badigeons de nitrate d'argent, des pansements au camphre et au citron, puis au vin aromatique.

Enfin (dernière phase du mal), quand les ulcérations profondes dont nous venons de parler ont été cicatrisées, vers le 24 février, il s'est encore produit des lésions superficielles, de forme ovalaire, rappelant tout à fait l'ecthyma streptococcique.

D'ailleurs lors de l'entrée de cette femme à l'hôpital nous avions trouvé du streptocoque au niveau des ulcérations.

Nous reviendrons plus loin sur les examens histologiques et bactériologiques qui ont été faits sur cette malade.

Réflexions. — Alors que dans l'observation VII, il s'agissait d'un phagédénisme suraigu d'une extrême virulence, caractérisé au point de vue évolutif par une rapidité d'extension extraordinaire et au point de vue objectif par des bords très épais, infiltrés, entourés d'une large zone érythémateuse, dans cette observation VIII il s'agit au contraire d'un processus évidemment de même nature, également caractérisé par un bord externe taillé à pic, creusé de petites cavités purulentes formant des cavernules, ayant une configuration générale géométrique, mais l'ulcération ne s'étendait qu'avec une rapidité modérée, les bords n'étaient pas très épais, la zone érythémateuse périphérique n'avait pas plus de 7 à 10 millimètres de large. Bref c'était une forme plutôt subaiguë.

Obs. IX. — Le 26 décembre 1912 entre au n° 8 de la salle Quinquaud de mon service de l'hôpital Saint-Louis, Mme Cr.... âgée d'une trentaine d'années et dont l'affection a débuté il y a deux mois par de petites ulcérations aux jambes. Peu à peu elles se sont aggravées, et, lorsque la malade s'est enfin décidée à entrer à l'hôpital, elle portait aux deux jambes de vastes ulcérations, une à la jambe gauche, deux à la jambe droite, à bords nettement arrêtés, géométriques, figurant des ovales de 3 centimètres sur 2 centimètres et demi, de 7 centimètres sur 5, taillés en dedans en talus presque à pic de 4 à 8 millimètres de hauteur, présentant dans leur épaisseur de petits abcès miliaires formant des cavernules. Les ulcérations étaient entourées d'une zone érythémateuse de 8 à 10 millimètres de large (voir fig. 7).

Le Wassermann était négatif, et d'ailleurs la malade n'avait aucun antécédent spécifique.

Malgré un traitement local [soigneux par des lotions et des pulvérisations au néol, des badigeons avec du bleu de méthylène, des pansements

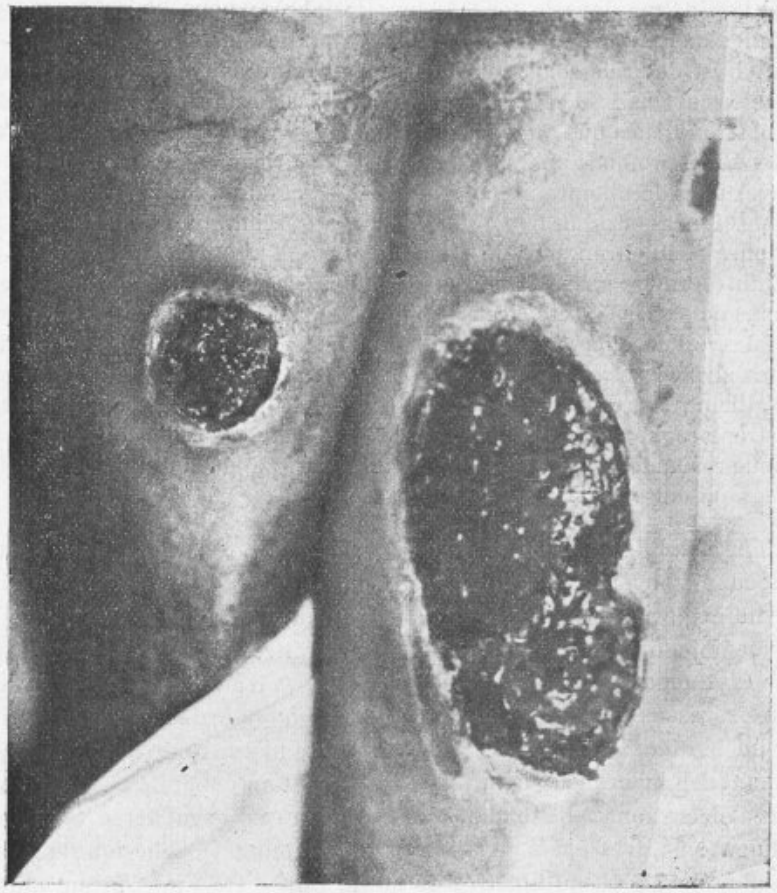


Fig. 7.

à l'iodoforme, ces ulcérations ont continué à progresser, quoique lentement, sous nos yeux.

Nous avons alors, vers le 15 janvier 1913, fait à la malade une série d'injections de cacodylate de soude aux doses de deux à cinq centigrammes chaque et nous avons fait des pansements avec une pommade au collargol au 1/10. Sous l'influence de cette médication l'extension périphérique s'est arrêtée, et les ulcérations se sont cicatrisées au bout de quinze jours.

Obs. X. — Le 9 février 1913 entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Quinquaud, dans mon service, une jeune fille de 17 ans, B..., canneuse, atteinte

d'une forte blennorrhagie. Elle n'offre aucun antécédent ni personnel, ni héréditaire, digne d'intérêt.

Elle présente de l'œdème vulvaire accentué, des stigmates blennorrhagiques à l'état aigu de la face interne des cuisses, des adénites inguinales bilatérales, et en outre à la partie supérieure du pli interfessier vers la fesse droite deux petites ulcérations ayant chacune la grandeur d'une pièce de 50 centimes, à fond rougeâtre, non bourgeonnantes, à bords décollés, non douloureuses, car la malade ignorait totalement leur existence. Nous



Fig. 8.

n'y attachons tout d'abord aucune importance. Nous les considérons comme deux éléments d'ecthyma et nous les faisons toucher à l'eau d'Alibour et panser avec de la poudre d'ectogan et dermatol.

Quel n'est pas notre étonnement quand le 14 février, examinant de nouveau notre malade, nous trouvons ces deux ulcérations réunies en une plaie qui présente tous les symptômes du phagédénisme géométrique (voir fig. 8). Elle constitue maintenant une assez vaste perte de substance qui, lorsque l'on tend les fesses, a la forme d'un ovale d'environ quatre centimètres et demi dans son grand diamètre sur trois centimètres et demi de diamètre transversal. Les bords en sont assez régulièrement géométriques, sauf vers le tiers inférieur où se voient encore deux saillies aiguës, vestiges de la réunion des deux ulcérations primitives. La plaie est entourée d'une aréole d'un rouge assez vif d'environ 6 à 8 millimètres de large. Le bord est surélevé, infiltré ; il est ulcéré à sa partie interne laquelle est taillée à pic ou suivant un angle de près de 80° et forme une falaise de 5 à 6 millimètres d'épaisseur dans l'intérieur de laquelle se voient de petits abcès miliaires minuscules qui forment des taches jaunes criblant la paroi

rouge de la falaise. Par endroits ces bords sont décollés à leur base des parties sous-jacentes, et ces décollements sont remplis de pus. Le fond de la plaie est sanieux, grisâtre par places, par places montre des bourgeons charnus irréguliers. La plaie est devenue douloureuse.

Devant ces caractères qui dénotaient le phagédénisme microbien, nous prîmes immédiatement des mesures énergiques, car nous avions présente à l'esprit l'histoire de notre malade de l'observation VII. Nous prescrivîmes donc tout de suite des applications d'air chaud, des pulvérisations au néol, des badigeons de bleu de méthylène, et des pansements avec la pommade au collargol au 1/10. Le phagédénisme continua à évoluer encore pendant 3 jours élargissant la plaie, mais avec de moins en moins de rapidité. Dès le quatrième jour l'extension était arrêtée. Quelques jours plus tard les bords étaient affaissés, la plaie avait perdu ses caractères de malignité, et, trois semaines après, tout était cicatrisé.

Obs. XI. — Le 16 décembre 1913 entre au n° 8 de la salle Quinquaud dans mon service une femme âgée de 59 ans, fleuriste, pour une lésion de la face externe de la jambe gauche. Son père est mort à 54 ans d'un anévrysme de la crosse de l'aorte; sa mère est morte d'une affection cardiaque à 60 ans : elle aurait fait deux fausses couches.

La malade a été mariée et a eu deux enfants : son mari est mort d'une affection cardiaque. Un de ses enfants est mort en bas âge du croup. Elle n'a, dit-elle, aucun antécédent pathologique. Cependant la réaction de Wassermann, qui fut faite chez elle à cause de l'aspect que prirent les lésions, fut trouvé franchement positivee.

L'affection dont elle est atteinte a débuté dans les premiers jours de décembre par une vive rougeur au niveau de la face externe de la jambe gauche. Cette rougeur était le siège d'une forte démangeaison. Sous l'influence du grattage il se forma, au dire de la malade, une petite plaie superficielle. Elle alla consulter à l'hospice d'Ivry, et on lui fit un pansement avec une solution dont elle ne peut préciser la nature.

Le lendemain elle se présente à notre consultation de l'hôpital Saint-Louis avec une escarre noirâtre, arrondie, d'environ 5 centimètres de diamètre, située au niveau de la jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la face externe de la jambe gauche.

Cette escarre est tellement nette, tellement régulière de forme que nous croyons tout d'abord à une gangrène traumatique causée par une application de potasse caustique ou d'acide sulfurique sur les téguments. Mais notre enquête ne nous a jamais rien révélé à ce sujet. Jamais la malade n'a varié dans ses affirmations; jamais elle n'a reconnu avoir appliqué sur sa jambe une substance capable de désorganiser les tissus avec une pareille violence.

Nous prescrivons le repos au lit, des lotions légèrement antiseptiques, des applications de pâte à l'oxyde de zinc tout autour de l'escarre sur la face externe de la jambe pour calmer l'inflammation considérable qui existe au niveau de cette région, et des pansements humides aseptiques pour faciliter la chute de l'escarre. Le tout exhale une odeur horriblement fétide.

Le 20 décembre l'escarre commence déjà à se détacher; elle est extrê-

mement profonde, car elle intéresse même l'aponévrose musculaire ; mais en outre l'ulcération qui se produit tout autour d'elle n'a pas l'aspect d'une simple ulcération d'élimination. En effet, vers le 25 décembre, nous pouvons exciser et enlever une grande partie de l'escarre, mais il est évident

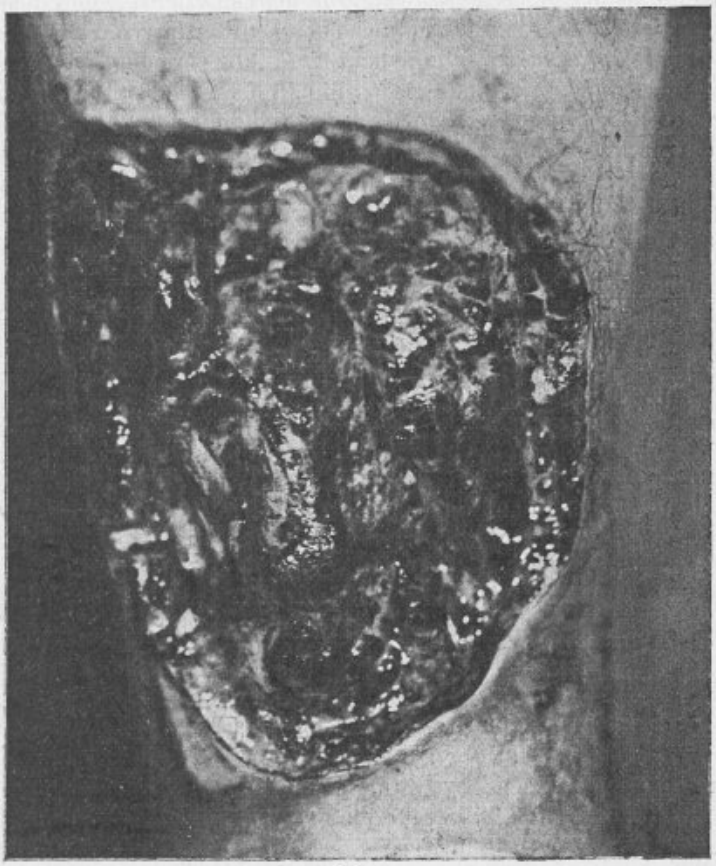


Fig. 9.

que l'ulcération gagne excentriquement et progresse à la façon d'une ulcération phagédénique (voir fig. 9).

Les bords sont nettement arrêtés, comme tirés au compas, géométriques, d'un rouge extrêmement vif extérieurement, tuméfiés ; leur face interne est taillée à pic, a de dix à douze millimètres de hauteur. Ils sont décollés par place ; entre les aponévroses et les muscles sous-jacents il y a en ces points des anfractuosités irrégulières remplies de pus. La falaise interne des bords est criblée de petits abcès miliaires jaunâtres. Le fond de l'ulcération est extrêmement irrégulier, sanieux, rempli de débris d'aponévrose et de tissu cellulaire sphacélés non encore éliminés.

Devant cet aspect et cette tendance à l'extension périphérique relative-

ment rapide, nous posons le diagnostic de phagédénisme géométrique de nature microbienne et nous instituons immédiatement un traitement par les applications d'air chaud, les pulvérisations de néol, les cautérisations au bleu de méthylène, les pansements avec la pommade au collargol, et les injections intra-veineuses d'électrargol.

Sous l'influence de cette médication la marche extensive de l'ulcération semble s'arrêter vers le 2 janvier ; et nous pensions arriver à la cicatrisation, quand, à notre grand étonnement, après une période pendant laquelle le mal a semblé rester stationnaire, il prend vers le 10 janvier 1914 un aspect tout à fait nouveau.

Alors que dans les premiers jours l'ulcération était nettement arrondie et géométrique, elle a maintenant une tendance des plus nettes à se circiner ; à sa partie inférieure se voient deux bosselures, figurant chacune un quart de cercle, d'environ 1 centimètre et demi d'étendue, tangentes l'une à l'autre : à la partie supérieure de l'ulcération se dessine nettement une autre circination un peu plus considérable. Au niveau des bords, les téguments sont comme soulevés, d'un rouge violacé ; l'ulcération, au lieu d'être taillée en falaise inclinée à 80 ou 85° comme elle l'était au début, est nettement excavée. Bref, l'aspect général de la lésion est maintenant tellement analogue à celui d'un syphilome tuberculo-gommeux circiné que nous faisons procéder à l'analyse du sang ; la réaction de Wassermann est franchement positive.

Nous soumettons dès lors le 12 janvier la malade à un traitement antisyphilitique énergique par des injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre, tout en continuant le traitement local.

Comme par places le processus phagédénique paraît encore persister et que dans son ensemble l'ulcération progresse de nouveau en produisant d'assez vastes décollements, nous faisons en outre, tous les jours d'abord, puis tous les deux ou trois jours seulement, des injections d'électrargol.

Nous arrivons ainsi, mais très péniblement, vers le 25 janvier, à enrayer ce deuxième processus.

Après 22 injections de cyanure, la malade ayant des coliques, nous employons les frictions hydrargyriques et nous obtenons enfin la cicatrisation complète vers le 18 février.

Réflexions. — Cette observation nous paraît fort intéressante en ce qu'elle est la contre-partie de l'observation VII. Dans l'observation VII il s'agit d'une lésion primitivement syphilitique, ou pour mieux dire d'un phagédénisme qui semble bien avoir été tout d'abord nettement de nature syphilitique, puis qui, ultérieurement, s'est compliqué d'un phagédénisme géométrique lequel s'est secondairement greffé sur des lésions de syphilis tertiaire

Dans l'observation XI il s'agit au contraire d'une lésion qui semble avoir été tout d'abord un processus de phagédénisme géométrique débutant par une plaque de gangrène cutanée. Puis, comme cette femme avait une syphilis ignorée, soit héréditaire, soit acquise, et non traitée, il s'est fait un réveil de cette syphilis au niveau de ce phagédé-

nisme géométrique alors qu'il avait déjà perdu de sa virulence, et, dans une deuxième phase de la maladie, l'infection syphilitique a imprimé au processus morbide sa caractéristique symptomatique.

Obs. XII. — Le 8 juin 1914, M... Marie, âgée de 28 ans, entre au n° 10 de la salle Quinquaud dans mon service pour une ulcération du mamelon

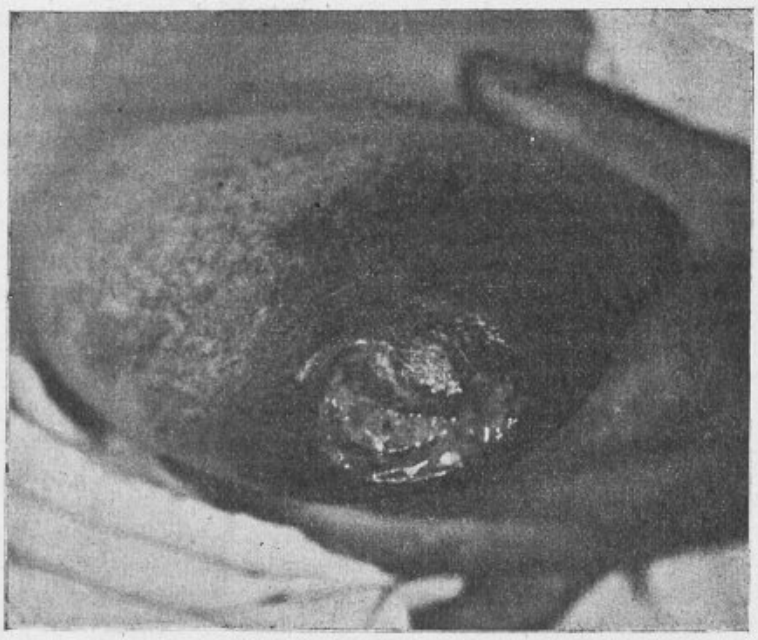


Fig. 10.

gauche. Cette femme a été soignée il y a deux ans pour une syphilis : elle aurait eu un accident primitif au mamelon droit rappelant, dit-elle, comme aspect la lésion qu'elle présente en ce moment au mamelon gauche. On lui aurait fait à cette époque trois injections d'arsénobenzol. Depuis lors elle n'a plus fait aucun traitement.

La lésion actuelle a débuté il y a deux mois par une sorte de petit bouton, qui progressivement a augmenté de volume, puis s'est ulcéré. La malade n'y prêtait pas grande attention, quand depuis 4 ou 5 jours la plaie est devenue douloureuse, et s'est étendue avec rapidité ; en même temps sont survenus des ganglions axillaires.

Au moment de son entrée à l'hôpital on voit vers le mamelon gauche une plaie profonde d'environ 3 centimètres et demi à 4 centimètres de large, sur 3 centimètres de hauteur (voir fig. 10). Elle intéresse la partie inférieure et interne de l'aréole et la partie intéro-interne du mamelon dont toute la base est profondément ulcérée. La perte de substance décrit en réalité près de trois quarts de cercle autour de la base de ce mamelon, de telle sorte qu'il n'y a que sa partie médiane supérieure qui soit

indemne. Partant de cette base du mamelon l'ulcération décrit un ovale à grand axe transversal, à petit axe vertical, à bords d'une netteté parfaite, géométriques. L'ovale, je le répète, serait absolument complet sans la petite irrégularité supérieure que forme la base du mamelon, lequel, quoique ulcéré, fait une saillie semi-circulaire.

Les bords de cette ulcération sont infiltrés, tuméfiés et saillants. Extérieurement ils descendent en pente douce vers la peau saine et sont le siège d'une vive rougeur qui va en s'atténuant vers les parties indemnes, et qui a de 8 à 10 millimètres de large. Du côté de l'ulcération les bords sont à vif, et forment un talus incliné de 80° à 85°, donc presque à pic, de 4 à 6 millimètres de hauteur, et ces parois sont criblées par places de petits points jaunâtres, de la grosseur d'une petite ou d'une grosse tête d'épingle, et qui sont des abcès miliaires.

Le fond de l'ulcération est extrêmement irrégulier, bosselé, grisâtre et sanieux. Par places on entrevoit quelques pâles bourgeons charnus.

La malade dit que cette lésion est devenue depuis quelques jours fort douloureuse, spontanément et à la pression. Sous l'aisselle gauche on sent nettement deux ganglions axillaires assez volumineux.

Depuis deux jours la plaie s'étend avec rapidité : elle a doublé en quatre jours et cela malgré une médication active par des injections intraveineuse quotidiennes de cyanure d'hydrargyre instituée depuis le 24 juillet.

Tous ces caractères nous indiquent nettement qu'il s'agit d'un processus de phagédénisme géométrique peut-être surajouté à une lésion primitive syphilitique.

La réaction de Wassermann est positive.

Aussi, tout en instituant une médication antisyphilitique par des injections solubles de benzoate d'hydrargyre, faisons-nous localement des pulvérisations au néol, des attouchements au baume du Pérou et des pansements au collargol.

Au bout de 4 jours la marche envahissante est arrêtée. Au bout de 8 jours les bords ont perdu leur caractère spécial, et la cicatrisation est obtenue en trois semaines.

Obs. XIII. — Le 4 août 1914 nous recevons dans notre service de l'hôpital Saint-Louis, au n° 24 de la salle Rayer, une femme B..., âgée de 50 ans, atteinte d'une perforation du voile du palais et d'ulcérations profondes du cou et de la jambe droite.

Cette malade a eu en 1912 un accident primitif et des plaques muqueuses. Elle fut soignée à cette époque par huit injections d'huile grise. Depuis lors elle n'a suivi aucun traitement.

En décembre 1913 elle eut une forte bronchite. En janvier 1914 elle vit apparaître à la partie inférieure des deux jambes et vers le cou, un peu au-dessous et en dehors de l'angle de la mâchoire, des grosseurs du volume d'un œuf de pigeon. Ces tumeurs évoluèrent avec la plus grande lenteur. Celles du cou et de la jambe droite finirent par s'ulcérer vers le mois de juin.

Il est probable qu'en même temps elle a dû avoir une lésion analogue au voile du palais et que cette gomme s'est ramollie et ulcérée, car à l'heure actuelle elle a une perforation du voile avec toutes ses conséquences, voix nasonnée, difficulté de la déglutition.

Jusqu'ici son histoire est donc assez banale : syphilis prise à un âge relativement assez avancé, médication tout à fait insuffisante, et comme conséquence gommes précoces du côté du voile du palais, du cou et des jambes. Notre attention n'aurait pas été attirée sur ce fait si nous n'avions pas constaté, lorsque cette malade est entrée dans notre service, au niveau de la jambe droite, des lésions d'un caractère tout à fait spécial.

Comme nous l'avons dit plus haut, seule la gomme de la jambe gauche est restée à l'état de tumeur non ouverte, toutes les autres se sont ulcérées.

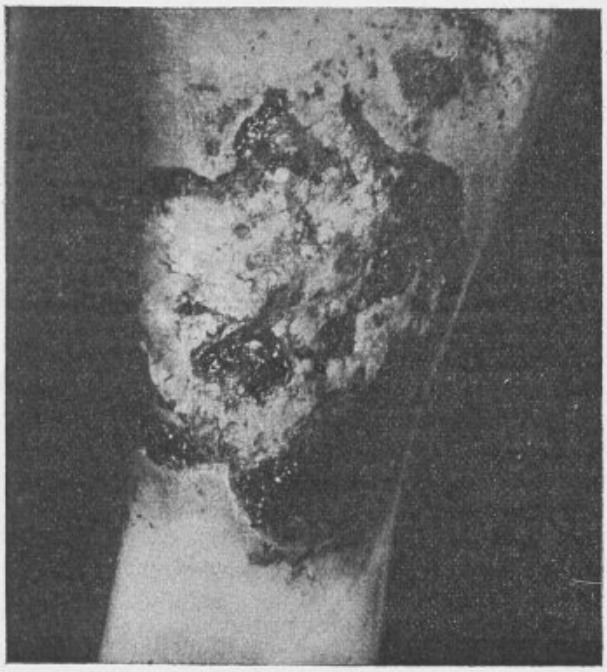


Fig. 11.

En particulier celle de la partie inférieure et interne de la jambe droite a subi cette évolution, puis, peu à peu, à son niveau, comme cela arrive parfois, il s'est formé des syphilides tuberculo-gommeuses ulcéreuses serpigineuses. Mais depuis quelques jours, au dire de la malade, ces lésions qui jusqu'alors n'avaient été que peu ou point douloureuses, et qui ne s'étaient étendues que fort lentement, sont devenues fort sensibles et ont eu une marche des plus rapides, et cela malgré un traitement antisyphilitique consistant en injections mercurielles, tandis que les gommes de la gorge et de la jambe gauche s'amélioraient.

Or, quand on examine avec soin la jambe droite, voici ce que l'on constate (voir fig. 11) : tout à fait à la partie inférieure de la face interne, au niveau de la malléole, se voient des ulcérations serpigineuses ressemblant bien à des ulcérations syphilitiques tertiaires : mais un peu plus haut, il n'en est plus de même. On trouve en ce point une très vaste plaie constituée

par trois zones principales. La plus considérable, antéro-supérieure, décrit presque deux tiers de cercle à convexité située en haut et en avant : le diamètre de ce cercle est d'environ 6 centimètres : il empiète sur la face antéro-inférieure de la jambe : il se relie en arrière et en haut à angle presque droit à la deuxième zone, postérieure celle-là, ou pour mieux dire postéro-supérieure, qui forme elle aussi environ les deux tiers d'un cercle à convexité postérieure de 5 centimètres de diamètre : il empiète largement sur la partie inférieure de la face postérieure de la jambe.

Les bords de ces deux zones supérieures sont d'une absolue netteté et parfaitement géométriques : nous avons dit que ces deux cercles étaient tangents par leur partie supérieure où ils se rejoignent en formant un angle droit (voir la photographie). Ces bords sont infiltrés, et font une saillie notable au-dessus du niveau des téguments sains. Leur zone externe s'affaisse assez rapidement vers ces téguments : elle est d'un rouge vif, presque livide vers l'ulcération, et cette aréole rouge périphérique a, suivant les endroits, de 5 à 8 millimètres de large.

La limite de l'ulcération qui correspond exactement à la crête, ou pour mieux dire à la partie la plus saillante du bord, est linéaire, d'une netteté parfaite et comme tirée au compas. En dedans se voit la zone interne du bord laquelle est formée par un talus presque à pic par places, par places au contraire fort obliquement taillée, de telle sorte que son inclinaison varie de 40° à 85° suivant les endroits. Ce talus est d'un rouge plus ou moins vif suivant les régions, mais il présente presque partout cette particularité d'être criblé d'une grande quantité de petits points jaunâtres qui sont autant de petits abcès miliaires : quand on les a vidés il reste des sortes de petites loges semblables à des alvéoles creusées dans la falaise des bords.

La hauteur de cette falaise ou pour mieux dire la profondeur du sillon d'ulcération en dedans des bords est également fort variable selon les points : par places elle atteint 8 millimètres, par places elle n'est guère que de 3 à 4 millimètres. Nulle part on ne trouve de décollement des bords.

La largeur de la zone ulcérée qui se trouve en dedans du bord périphérique d'extension est également des plus variables. En haut et en avant elle atteint 3 centimètres, en arrière elle varie de 2 centimètres et demi à 8 millimètres. Le fond de cette zone est assez irrégulier, inégal, sanieux par places, par places rempli de détritus ; par ailleurs on y voit des bourgeons charnus livides ou blafards.

En dedans de cette zone périphérique d'ulcération, c'est-à-dire au centre même de la zone délimitée par les deux grands cercles que nous venons de décrire, se voit une zone centrale extrêmement tourmentée, à contours déchiquetés, et qui comprend : *a*) des parties fort irrégulières au niveau desquelles l'épidermisation s'est faite ; les téguments y sont rouges, violacés, inégaux, recouverts de squames et par places de croûtelles ; *b*) des ulcérations également fort irrégulières ; les unes sont assez profondes et relativement assez étendues, de 12 millimètres, de 8 millimètres, de 5 millimètres de diamètre : elles communiquent pour la plupart entre elles de manière à former des traînées sinueuses ; les autres sont minuscules, superficielles, consécutives pour la plupart à l'ouverture de pustulettes que l'on trouve d'ailleurs encore en certain nombre disséminées çà et là à la surface de la lésion.

Reste à décrire la partie inférieure de la grande ulcération ou 3e grande zone, zone inférieure.

Dans cette région le bord externe est des plus irréguliers: il est constitué par plusieurs encoches et plusieurs saillies: il semble bien qu'à ce niveau il y ait eu plusieurs foyers d'infection qui ont évolué simultanément et qui se sont réunis. En ce point il n'y a rien de net au point de vue du diagnostic. Tout l'intérêt du cas réside dans les deux zones supérieures, et ce

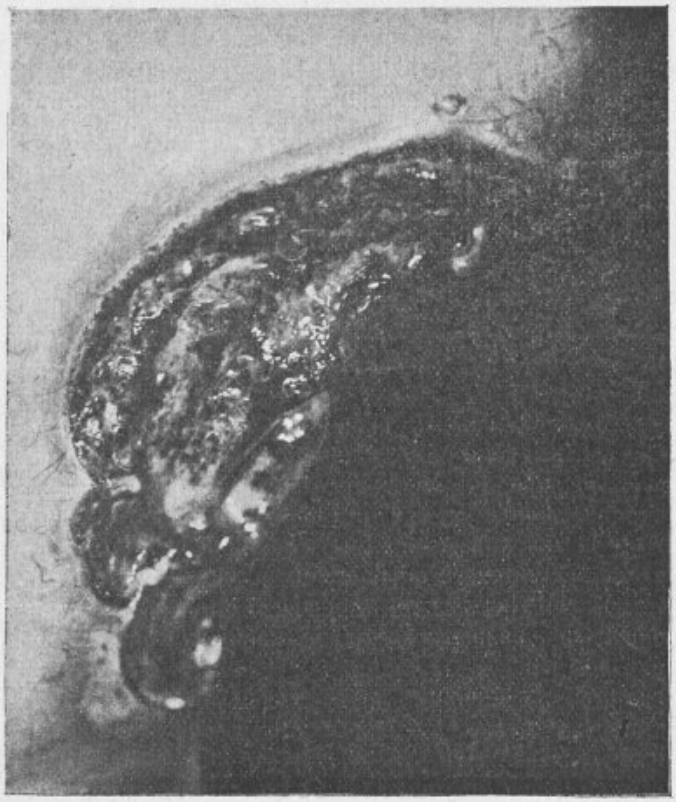


Fig. 12.

sont ces deux zones qui nous ont fait porter immédiatement le diagnostic de phagédénisme géométrique.

Aussi, tout en continuant la médication antisyphilitique, prescrivons-nous des pulvérisations et des lotions à l'eau néolée, des attouchements au baume du Pérou, et des pansements avec la pommade au collargol.

Au bout de quatre jours de ces soins locaux, le processus extensif était arrêté partout sauf vers la zone antéro-supérieure. Il ne fut maîtrisé en ce dernier point que vers le 16 août. Il est vrai de dire que l'on avait employé par erreur comme pansement de la pommade au collargol au 20e, au lieu de l'employer au 10e ou même au 8e comme nous le faisons d'ordinaire dans ces cas de phagédénisme.

Nous avons donc eu encore de petits abcès miliaires dans la zone antéro-supérieure d'ulcération jusqu'à cette date. Mais depuis lors les plaies ont perdu tout caractère de virulence. La guérison complète a eu lieu le 6 septembre.

Obs. XIV. — (Voir fig. 12.)

Enfant de 12 ans, atteint d'un phagédénisme géométrique géant datant de quelques jours, et qui, au premier abord, semblait greffé sur des syphilides tuberculo-ulcéreuses serpigineuses, assez nettes à la partie inférieure des lésions, tandis que le phagédénisme avait envahi toute la zone supérieure et y évoluait avec rapidité. Nous ne vîmes ce cas qu'une seule fois le 20 janvier 1913. M. le Dr Sottas put en prendre la photographie ci-jointe, mais il nous fut impossible d'en recueillir l'observation.

Analyse des faits cliniques.

Symptômes objectifs. — Si l'on parcourt avec quelque soin les documents qui précèdent, il est aisé de voir que les lésions qui y sont relatées ont un tel air de famille, elles se ressemblent à un si haut degré, qu'il est impossible de ne pas en faire un type morbide bien à part.

En voici les principaux caractères.

Mode de début. — *Ici rien de spécial.* — Les lésions débutent le plus souvent, ainsi que nous le relèverons plus loin en parlant de l'étiologie, sur une lésion antérieure, et cette lésion, il faut le proclamer bien haut, est *très souvent,* mais non toujours, de nature syphilitique.

Tout d'abord la syphilide, ou le chancre simple, ou l'ecthyma qui vont être le point de départ de l'affection ne présentent rien de particulier, puis tout d'un coup l'ulcération primitive change d'aspect, d'évolution, et c'est ici que la physionomie du mal devient pathognomonique.

Rapidité d'évolution. — Alors que jusqu'à ces modifications que nous allons préciser l'ulcération évoluait lentement, normalement, elle prend brusquement une rapidité d'extension tout à fait extraordinaire. Il y a cependant à ce point de vue d'assez grandes différences selon les cas. Dans notre observation VII par exemple la virulence est tellement grande qu'en quatre jours, du 12 au 16 novembre, l'ulcération passe de la dimension d'une pièce de deux francs à celle de la paume d'une main de femme : nous ne connaissons pas d'autre processus capable de détruire les téguments d'une manière aussi foudroyante. Dans l'observation VIII au contraire le processus met plus de trois mois pour produire des ulcérations de 7 à 8 centimètres de diamètre : et il y a tous les intermédiaires entre ces deux extrêmes.

On peut dire néanmoins d'une manière générale que cette forme spéciale de phagédénisme est caractérisée par une rapidité considérable de l'extension périphérique des lésions.

Étude des bords. — Mais l'élément de diagnostic capital est l'étude objective des bords : en voici les détails essentiels.

1° *Configuration générale.* — Dans les bords de ces ulcérations il faut distinguer : *a*) la *crête* du bord qui en constitue la partie la plus saillante, et en dedans de laquelle commence l'ulcération ; *b*) l'*aréole périphérique* ou mieux *zone externe* ; *c*) la *zone interne ulcérée* ou *talus* ou *falaise interne*.

a) La *crête du bord* est linéaire et décrit toujours une courbe parfaitement régulière, géométrique, circulaire ou ovalaire et que l'on croirait tracée avec la pointe d'un compas. C'est là un des caractères les plus saillants de cette lésion. Et ce caractère est mis en relief par les autres particularités que présente cette bordure.

Quand on voit pour la première fois une de ces lésions au début, avant qu'elle n'ait pris une grande extension, cette configuration si particulière ne frappe pas, mais quand l'ulcération est arrivée à avoir plusieurs centimètres de diamètre, ce caractère géométrique est tellement évident qu'il frappe l'esprit, et, quand on l'a vu une fois, on peut le retrouver dans les ulcérations qui ne sont qu'à leur début.

Cette crête du bord qui forme la limite entre la zone ulcérée et la zone non ulcérée est toujours plus ou moins saillante suivant le degré de tuméfaction de ce bord. Elle constitue la partie la plus culminante du bord, du moins dans la majorité des cas.

b) En dehors d'elle se trouve la *zone externe* au niveau de laquelle les téguments sont infiltrés, mais cette infiltration va en diminuant progressivement vers les tissus sains. Elle est le siège d'une rougeur plus ou moins vive, laquelle s'atténue aussi progressivement à mesure que l'on s'éloigne de la crête. Toute la zone tuméfiée est d'ordinaire rouge, et la teinte érythémateuse peut même s'étendre quelque peu sur les téguments non infiltrés. La largeur de cette zone d'infiltration et d'érythème périphérique varie suivant les cas de 4 à 5 millimètres à 15 ou 20 millimètres.

Elle est parfois le siège d'une certaine sensibilité, très rarement de prurit.

c) En dedans de la crête du bord se trouve la zone interne ulcérée ; son étude est des plus intéressantes.

Elle forme fort souvent une falaise ou talus assez régulier d'aspect, d'une hauteur totale qui varie suivant les cas et suivant les régions dans un même cas de 3 millimètres à 10 ou 12 millimètres : cette hauteur dépend d'ailleurs du degré d'infiltration des téguments.

La pente est également très variable. Parfois taillée à pic, elle est

plus souvent inclinée en talus à angle de 70° à 85°. Plus rarement elle peut avoir une pente beaucoup plus douce, de 40° par exemple.

La teinte est d'un rouge plus ou moins vif. Mais elle est souvent voilée de pus et, quand on l'a détergée, on s'aperçoit qu'elle présente dans sa paroi de petits points jaunâtres de volume variable, comme encastrés dans son épaisseur et qui parfois la criblent littéralement.

En pressant sur le bord de dehors en dedans on peut parfois faire sourdre de l'épaisseur de ce bord comme d'une éponge des gouttelettes de pus, et l'on s'aperçoit, soit en procédant de cette manière, soit en épongeant les points jaunâtres dont nous venons de parler, qu'ils ne sont en réalité que de petits abcès miliaires dont la grosseur varie de celle d'une petite à celle d'une très grosse tête d'épingle.

Quand on en a détergé un certain nombre il semble que la paroi du talus soit criblée d'alvéoles ou de cavernules miliaires.

L'ulcération intéresse presque toujours toute l'épaisseur des téguments. Quand elle le fait, il se produit parfois des décollements en masse de la peau au niveau des bords, et ces décollements plus ou moins anfractueux et plus ou moins considérables sont remplis de pus.

L'ulcération. — La zone qui est comprise dans l'intérieur des bords est extrêmement variable d'aspect selon les cas, et l'on peut dire qu'elle ne présente rien de pathognomonique.

Quand le processus destructeur évolue avec une grande rapidité, toute la zone interne est ulcérée, complètement à vif, recouverte de pus jaunâtre, parfois mal lié et grisâtre, parfois hémorragique, mais plus souvent épais et franchement jaune. Quand on a détergé le pus, le fond de l'ulcération apparaît et il varie d'aspect suivant les cas et suivant la région. Tantôt il est d'un rouge plus ou moins vif, granuleux ; tantôt on y voit des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé, des aponévroses, des muscles mis à nu, des fragments de derme incomplètement détruits. Tantôt il est assez régulier, aplati, sanieux, grisâtre, et est recouvert d'une sorte de pellicule pseudo-membraneuse comme pultacée.

Quand le processus destructeur évolue avec lenteur et surtout quand il se superpose à un autre processus ulcéreux lent dont il n'occupe que les bords, la zone interne présente une toute autre apparence. En dedans de la zone périphérique extensive formée par les bords se voit une sorte de sillon ou de fossé d'ulcération dont la largeur varie selon les cas, et selon les régions dans un même cas, de 3 à 4 millimètres à 3 centimètres et plus. Au niveau de cette zone le fond de l'ulcération revêt un aspect identique à celui que nous venons de décrire. Mais en dedans de ce fossé se voit une zone interne au niveau de laquelle on trouve des parties cicatrisées ou pour mieux dire épidermisées, très irrégulières de contours, au niveau desquelles les téguments sont d'un

rouge variable et sont plus ou moins recouverts de squames ou de croûtelles. Ces zones épidermisées sont en quelque sorte déchiquetées par des ulcérations de deux ordres lesquelles sont plus ou moins recouvertes de croûtes : les unes assez larges et profondes, les autres minuscules, parfois superficielles, parfois plus creusées, et qui semblent être consécutives à l'évolution de pustulettes qui criblent dans certains cas les surfaces épidermisées.

Quand le processus phagédénique a une grande virulence et qu'il s'installe secondairement sur des plaies qui ont déjà évolué depuis un certain temps et qui présentent, comme nous venons de le dire, à leur centre des zones épidermisées, il est aussi possible que le phagédénisme gagne également cette zone centrale, et il peut le faire soit par un bord d'envahissement analogue au bord externe, soit et plutôt par décollement de certaines parties de la zone épidermisée, au-dessous de laquelle se forment des anfractuosités irrégulières remplies de pus et que le processus ronge en dessous de bas en haut. On voit alors se produire au niveau de la surface épidermisée des sortes de pustules jaunâtres arrondies, qui ne sont plus, comme dans la catégorie précédente de faits, de vraies pustules d'abord superficielles, de plus en plus profondes : ce sont des puits ou des cheminées qui se sont ouverts de la profondeur à la surface, et qui font communiquer les décollements profonds avec l'extérieur. Puis ils s'élargissent progressivement de façon à former de véritables cratères.

Aspect général. — Ce qu'il y a de vraiment pathognomonique dans cette affection c'est : 1° la rapidité de l'évolution extensive ; 2° la manière dont se fait cette extension, comme une maladie parasitaire superficielle, comme une trichophytie cutanée, par une bordure circulaire qui gagne excentriquement en gardant sa configuration géométrique ; 3° l'aspect particulier de la zone d'extension que nous avons minutieusement décrit plus haut : *a*) tuméfaction des téguments au niveau du bord ; *b*) aréole rouge périphérique ; *c*) crête culminante linéaire ; *d*) en dedans de laquelle se trouve l'ulcération taillée à pic, en falaise plus ou moins abrupte ; *e*) cette falaise porte dans ses parois de petits abcès miliaires formant cavernules.

Mais, comme pour les trichophyties, l'aspect général peut néanmoins être variable selon les cas, et voici pourquoi. Quand il n'y a qu'un seul point d'infection, il s'étale régulièrement en gardant sa forme géométrique arrondie ou ovalaire, et alors cette régularité est on ne peut plus frappante.

Mais s'il se produit plusieurs centres d'infection, et s'ils sont assez rapprochés les uns des autres, les cercles d'extension peuvent devenir tangents, se couper et former dès lors des circinations, c'est-à-dire des arcs de cercle plus ou moins importants qui se rejoignent ou se coupent à angles plus ou moins ouverts.

Dès lors un médecin peu averti et n'ayant pas observé des faits analogues pourrait croire que la physionomie générale des lésions rappelle celle des syphilides ulcéreuses tertiaires circinées. Ce serait une erreur ; car les segments de cercles dans le phagédénisme géométrique sont incomparablement plus vastes que dans les syphilides circinées ; ils sont beaucoup plus réguliers ; en outre les bords des ulcérations ont les caractères distinctifs que nous avous décrits plus haut et qui ne s'observent jamais dans les syphilides non compliquées.

Ajoutons enfin qu'il y a une autre raison majeure qui entre en ligne de compte dans la variabilité de l'aspect général, et qui n'existe pas dans les trichophyties, c'est que presque toujours notre phagédénisme se développe sur des lésions préexistantes dont la nature et la physionomie ne sont pas nécessairement semblables. Et ces lésions primitives contribuent, elles aussi, à imprimer à chaque cas particulier son caractère spécial.

Superficialité du processus. — Le processus que nous venons de décrire semble n'envahir que fort rarement les tissus profonds. Cependant il est à cette règle quelques exceptions dont nous allons parler dans un instant et dont notre observation XI constitue un exemple. Dans la majorité des cas ce phagédénisme n'intéresse que les téguments soit dans leurs trois quarts supérieurs, soit dans leur totalité, et parfois le tissu cellulaire sous-cutané. Au nez il nous a semblé avoir une certaine tendance à détruire les cartilages.

En tous cas il y a de fort sérieuses différences entre ce phagédénisme géométrique qui intéresse surtout la peau et les phagédénismes syphilitiques purs qui ont de la tendance à détruire non seulement les téguments mais encore les tissus profonds et même les os.

Adénopathies. — Dans la plupart de nos cas les ganglions lymphatiques correspondants se sont tuméfiés ; parfois ils ont été douloureux. Jamais ils n'ont suppuré. Dans quelques-unes de nos observations il nous a semblé que la rougeur qui entourait les ulcérations avait un aspect lymphangitique, mais jamais nous n'avons vu se produire de véritable lymphangite trunculaire ou en nappe. A cet égard il y a quelques différences à établir entre les faits que nous publions et ceux dont nous allons parler dans un instant.

Symptômes subjectifs. — Ils sont relativement peu importants. Dans un cas il y aurait eu au début du prurit : mais ce prurit appartenait-il bien au processus phagédénique ? N'était-il pas d'une toute autre nature, et le phagédénisme n'a-t-il pas été au contraire causé par une inoculation consécutive aux grattages ?

Parfois les lésions sont indolentes ou presque indolentes. Plus souvent elles sont un peu douloureuses ; dans quelques cas les douleurs

qu'elles causent sout des plus violentes, et la sensibilité des plaies est tellement vive qu'on peut à peine les panser. Il ne semble donc pas qu'à cet égard il y ait rien de caractéristique.

Complications. — D'après ce qui précède on voit qu'elles sont peu importantes et peu nombreuses. C'est l'affection elle-même que nous étudions qui constitue une complication des plaies et des plus sérieuses. Décrire comme complication du phagédénisme térébrant les pustulettes que nous avons mentionnées plus haut, l'ecthyma, ou les syphilides, serait un peu le monde renversé.

Comme nous venons de le dire, c'est le phagédénisme qui vient compliquer à un moment donné les lésions précédentes.

Il semble bien cependant que parfois le phagédénisme puisse, comme dans notre observation XI, chez une personne atteinte de syphilis latente, provoquer l'apparition au point lésé de syphilides gommeuses. A la rigueur on peut dire que, dans ce cas, les syphilides sont venues compliquer le phagédénisme, puisqu'elles n'existaient pas avant l'éclosion du phagédénisme et qu'elles sont venues se greffer sur lui.

Modes de début insolites. — *Les rapports du phagédénisme géométrique avec les gangrènes des organes génitaux.* — Dans notre observation XI le phagédénisme a débuté par une escarre profonde des téguments et des tissus sous-jacents. Le fait est indéniable : nous avons assisté nous-mêmes, dans notre service, à toute cette évolution. Il semble que ce mode de début soit insolite aux membres et au tronc. Mais il reste un point à étudier et nous ne ferons que l'indiquer ici, car il nous paraît réclamer de nouvelles recherches plus précises. C'est de savoir si la gangrène des organes génitaux et en particulier la forme spéciale que l'on a décrite sous le nom de *gangrène foudroyante des organes génitaux* ne doit pas être rapprochée du phagédénisme géométrique, ou même ne doit pas lui être complètement râttachée.

C'est une question que nous nous sommes posée après avoir observé certains faits d'ulcérations à marche fort rapide des organes génitaux, du prépuce, du fourreau de la verge surtout, du gland et du scrotum, ulcérations qui avaient débuté par une vive rougeur avec œdème considérable, plaque de sphacèle plus ou moins étendue, laquelle, après son élimination relativement rapide, laissait à nu une ulcération à marche extensive plus ou moins foudroyante, ressemblant tout à fait comme aspect aux ulcérations du phagédénisme géométrique que nous venons de décrire.

C'est, nous le répétons, une question à reprendre complètement sur de nouvelles bases.

Qu'on veuille bien relire en tenant compte des idées que nous venons d'émettre les documents suivants :

Cas de A. Fournier (1), dans lequel Sabouraud a trouvé un streptocoque.

Cas de Danlos (2), dans lequel quarante-huit heures au plus (!) avaient suffi pour le développement du sphacèle, l'élimination de l'escarre, et la constitution d'une énorme plaie ayant circoncis le prépuce *comme au bistouri.*

Cas de Griffon et J. du Castel (3), dans lequel il s'agit d'un chancre syphilitique qui se complique de gangrène et presque immédiatement d'un phagédénisme térébrant qui gagne malgré le traitement antisyphilitique.

Cas de Gaucher, Vignat et Joltrain (4) et de Gaucher, Druelle et Vignat (5), dans le premier desquels il semble que l'agent pathogène ait été un microbe anaérobie.

Toutes ces questions sont des plus difficiles à étudier. Elles ne pourront être résolues que par la découverte, si elle est possible, du ou des agents pathogènes de ces diverses lésions.

Nous reviendrons sur ce point un peu plus loin en parlant de la bactériologie du phagédénisme géométrique.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique des lésions que nous venons de décrire ne présente qu'un intérêt assez secondaire.

Je dirai même que leur histologie doit forcément être décevante, car dans beaucoup de cas ces lésions sont greffées sur d'autres lésions préexistantes, et il devient dès lors difficile de préciser ce qui appartient au phagédénisme seul.

Pour l'étudier dans son état de pureté, il faut donc biopsier la zone tout à fait externe, c'est-à-dire la bordure d'extension, d'un phagédénisme géométrique à allures quasi-foudroyantes, tellement rapide dans son évolution que si le phagédénisme coexiste avec une autre affection, les lésions de celle-ci n'aient pas eu le temps de compliquer les lésions dues au seul phagédénisme.

Nous croyons que ces conditions étaient remplies dans notre observation VII : dans ce cas on put pratiquer un large examen histologique puisque le phagédénisme fut enlevé en entier chirurgicalement.

Or voici la note que MM. Dominici, Rubens Duval et Cl. Simon nous ont remise à ce sujet :

« Il n'existe que des lésions de nécrose et des réactions inflammatoires.

« A UN FAIBLE GROSSISSEMENT, les *téguments qui entourent l'ulcération* ne présentent qu'une réaction inflammatoire banale.

(1) *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 12 nov. 1896, p. 507.
(2) *Idem*, 1er mai 1902, p. 242.
(3) *Idem*, 7 déc. 1905, p. 323.
(4) *Idem*, 4 nov. 1909, p. 338.
(5) *Idem*, 2 déc. 1909, p. 411.

« *L'ulcération* est profonde : elle a détruit toute la peau et a entamé le tissu adipeux hypodermique. La partie superficielle du fond de l'ulcération présente de grandes altérations de cette couche hypodermique. Les vésicules adipeuses y ont presque totalement disparu : il y a de nombreux vaisseaux de néoformation qui sont dilatés et congestionnés. Cette zone forme une bande d'un millimètre environ d'épaisseur qui tranche de la manière la plus nette par son extrême infiltration sur le tissu hypodermique sous-jacent lequel semble être resté à peu près normal sauf quelques infiltrats cellulaires.

« Donc, en profondeur comme en surface, le processus morbide qui a déterminé cette profonde ulcération semble avoir un rayon d'action plutôt limité, au delà duquel les tissus ne manifestent qu'une réaction inflammatoire de voisinage assez modérée.

« A UN FORT GROSSISSEMENT, la *zone en voie de destruction du fond de l'ulcération* présente un mélange d'altérations nécrotiques et de réactions inflammatoires. La nécrose porte surtout sur la partie la plus superficielle de cette zone. Là où la nécrose ne fait que débuter, on voit qu'elle intéresse surtout des leucocytes polynucléaires et des hématies dégénérées ou très altérées emprisonnées dans les mailles d'un réticulum fibrineux.

« Au-dessous de la fine pellicule de mortification on trouve un tissu profondément modifié par un processus inflammatoire des plus intenses. Les faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques ont à peu près complètement disparu. Toutes les cellules conjonctives sont très hypertrophiées, revenues à un état indifférencié. Elles se présentent avec un corps protoplasmique augmenté de volume, très basophile, avec un noyau également hypertrophié et à chromatine renforcée. Ces cellules sont en réaction inflammatoire simple, mais intense. Elles présentent peu de macrophagie, pas de clasmatose ; les karyokinèses sont rares.

« Il existe en outre un œdème inflammatoire intense et une précipitation de fibrine très abondante. En certains point la fibrine forme un réseau à mailles serrées et emprisonne les divers éléments. D'autre part il existe une diapédèse très abondante de leucocytes qui sont exclusivement des polynucléaires neutrophiles. Ceux-ci en nombre considérable subissent diverses altérations au niveau de l'ulcération : le noyau de la plupart d'entre eux est pyknotique. Il existe en outre une extravasation importante d'hématies qui arrivent même en certains points à former de véritables petites hémorragies interstitielles.,

« Les vaisseaux augmentés de volume, dilatés et congestionnés, ont des parois très altérées. Celles-ci sont fenêtrées par une migration colossale des polynucléaires en diapédèse. Les cellules conjonctives des parois vasculaires, profondément touchées par le processus infectieux, entrent moins en réaction qu'elles ne sont frappées de dégéné-

rescence et de nécrose. Là où les vaisseaux sont le moins touchés, l'endothélium est très tuméfié, basophile, et en réaction inflammatoire intense. Mais, d'une manière générale, l'atteinte dégénérative l'emporte sur les modifications réactionnelles.

« La *couche profonde* ne présente qu'une réaction inflammatoire de voisinage peu accentuée. La régression des cellules adipeuses n'est qu'ébauchée. Entre les vésicules adipeuses bien conservées existent de l'œdème inflammatoire avec précipitation de fibrine, un apport de polynucléaires neutrophiles et de quelques monucléaires, une extravasation légère d'hématies. En outre toutes les cellules conjonctives fixes sont en vive réaction inflammatoire, présentent un protoplasma hypertrophié, nettement basophile et un noyau augmenté de volume à chromatine renforcé.

« En résumé il s'agit d'un processus phlegmasique violent à prédominance de nécrose et à rayon d'action peu étendu. » (Dominici, Rubens-Duval et Cl. Simon.)

Si l'on se reporte d'autre part à notre huitième cas on voit que, d'après M. Rubens-Duval, les LÉSIONS HISTOLOGIQUES DU BORD EXTERNE au niveau de la zone d'extension sont ainsi constituées.

« *Lésions du derme, du corps réticulaire et de l'épiderme.* Elles semblent n'être que la conséquence des altérations de l'hypoderme : elles consistent : 1° en une hypertrophie générale de l'épiderme et surtout du corps muqueux de Malpighi accompagnée d'un certain degré d'allongement et d'irrégularité des cônes interpapillaires ; 2° en une disparition de la couche granuleuse d'éléidine au bord immédiat de l'ulcération contrastant avec l'augmentation d'épaisseur de cette couche à une très faible distance de celle-ci ; 3° en une hypertrophie et une infiltration légère des papilles dont les vaisseaux sont dilatés ; 4° en infiltrats dermiques disposés en manchons périvasculaires et qui relient ainsi à travers le derme les altérations marquées de l'hypoderme aux modifications légères des couches superficielles.

« *Lésions de l'hypoderme.* — Elles sont essentiellement constituées par des infiltrats cellulaires parcourus par des vaisseaux à parois épaissies, et réunis en larges amas souvent occupés en leur centre par des zones de nécrose. »

Nous renvoyons pour plus de détails sur tous ces points à notre mémoire du 28 février 1908 (1). Il est inutile de les reproduire ici d'autant plus que dans ce dernier examen histologique il existe peut-être en outre des lésions de syphilis tertiaire intriquées dans les lésions du phagédénisme.

En résumé, nous ne saurions trop redire ce que nous avons annoncé au début de ce chapitre : l'histologie ne permet de découvrir aucune

(1) *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1908, p. 290.

altération de tissu qui puisse être regardée comme pathognomonique de la forme morbide que nous étudions.

Bactériologie. — Les très nombreuses recherches que nous avons fait faire sur la plupart des cas de phagédénisme que nous avons observés ne nous ont donné aucun résultat bien satisfaisant. A plusieurs reprises nous avons cru découvrir un microbe pathogène spécial, mais cet espoir a toujours fini par être déçu.

Très souvent on trouve du streptocoque, toujours du staphylocoque.

Nous avons recherché l'association fuso-spirillaire, le bacillus ramosus de Veillon : nous ne les avons jamais rencontrés.

Les inoculations aux animaux n'ont pas donné non plus de résultats probants. Nous avons pu provoquer par inoculation intrapéritonéale chez le lapin une péritonite suraiguë à type de nécrose analogue à celle que produit le streptocoque chez cet animal.

Il est inutile de nous appesantir plus longuement sur ces recherches dont les résultats n'ont été nullement satisfaisants. Il est évident qu'elles doivent être reprises avec patience et persévérance.

Il faut que l'on précise s'il existe dans ces cas un microbe pathogène spécial, très probablement anaérobie, ou si l'on est autorisé à considérer les infections streptococciques et staphylococciques déjà mentionnées comme suffisantes, grâce à une exaltation de virulence, pour produire ces phénomènes.

Étiologie. — Sur les 13 cas précédents nous relevons 10 femmes et seulement 3 hommes. Il est vrai que nous n'avons pas fait entrer dans cette nomenclature nos cas de gangrène et d'ulcérations phagédéniques des organes génitaux. D'après cette petite statistique il semblerait que la femme soit beaucoup plus exposée que l'homme au phagédénisme géométrique. Mais on sait que des statistiques aussi restreintes sont fort sujettes à des causes d'erreur.

Le phagédénisme s'est développé une fois sur un chancre simple d'inoculation, quatre fois sur des ulcérations semblant avoir été de l'impétigo-ecthyma et sans que les malades aient paru être entachés de syphilis, une fois sur un impétigo-ecthyma (mais la malade était atteinte de syphilis ignorée), quatre fois sur des syphilides secondaires, trois fois sur des syphilides tertiaires.

En somme sur 13 cas les malades étaient huit fois très nettement entachés de syphilis, 5 fois on n'a pu trouver chez eux de syphilis antérieure.

La syphilis semble donc faciliter singulièrement l'évolution de cette lésion et sans doute y prédisposer. Mais notre phagédénisme peut se développer et avoir même une évolution assez rapide et maligne chez des sujets nullement entachés de syphilis.

Sur 13 cas le phagédénisme siégeait 8 fois aux membres inférieurs, surtout aux jambes, une fois au sein, deux fois vers le pli interfessier, deux fois à la partie médiane de la face.

Aucun de ces malades ne présentait de cachexie véritable. Cinq d'entre eux pouvaient être considérés comme un peu affaiblis.

L'âge ne semble pas avoir une bien grande importance : 7 fois sur 13 cas les malades avaient de 17 à 30 ans ; 6 fois ils avaient de 30 ans à 68 ans.

Traitement. — Avant d'examiner et de discuter le diagnostic différentiel et la nature probable de l'affection que nous étudions, il nous paraît indispensable d'en exposer le traitement, car les résultats donnés par la thérapeutique dans cette dermatose constituent de puissants arguments en faveur de sa nature microbienne locale.

Un premier grand fait se dégage de la lecture des documents qui précèdent, c'est l'échec du traitement antisyphilitique dans ces accidents.

Non seulement on n'obtient aucun effet utile par le mercure, ou l'arsenic seuls, ou combinés à l'iodure de potassium (1), mais encore c'est assez souvent en plein traitement antispécifique qu'éclatent les accidents phagédéniques comme dans nos observations III, IV et V.

D'autre part ces accidents peuvent guérir uniquement par des soins locaux sans que les malades suivent aucun traitement antisyphilitique.

Dans la majorité des cas nous avons réussi à arrêter la marche envahissante du mal, puis à guérir les ulcérations, avec de simples pansements.

Nous avons surtout employé pour cela : les pulvérisations prolongées avec de l'eau néolée au 10e, les lotions à l'eau oxygénée, au permanganate de potasse au 100e, à l'eau d'Alibour, les cautérisations au permanganate de potasse au 20e, au chlorure de zinc au 10e, au bleu de méthylène au 50e et au 25e, au baume du Pérou, au tartrate ferrico-potassique au 10e, à la teinture d'iode, au nitrate d'argent, les pansements à l'iodoforme, au styrax iodoformé, au mélange de camphre et de citron, au néol coupé de 10 fois son volume d'eau bouillie, au vin aromatique, etc...

Mais c'est le collargol qui nous a paru être le topique de beaucoup le plus efficace. Nous l'employons en pommade au 20e, plus souvent au 10e et même au 7e dans les cas rebelles.

Un des gros avantages de cette substance, c'est qu'elle n'est nulle-

(1) Nous n'avons pas essayé l'arsénobenzol dans ces accidents. Il est possible qu'il ait une certaine action : mais nous ne croyons pas qu'on soit autorisé à expérimenter dans un cas sérieux du phagédénisme que nous étudions l'action thérapeutique de l'arsénobenzol seul. Pendant le laps de temps nécessaire à cette médication, le phagédénisme aura exercé des ravages regrettables.

ment irritante dans la majorité des cas ; aussi n'a-t-on pas à craindre, quand on l'emploie, de voir se développer tout autour du phagédénisme une dermite périphérique. Il nous a semblé que le collargol pouvait arrêter la marche extensive du phagédénisme au bout de trois ou quatre jours.

Cependant il échoue dans quelques cas. Il faut aussi savoir qu'il est bon parfois, lorsque le collargol a arrêté le phagédénisme et l'a transformé en plaie simple, de remplacer le collargol par des pansements à l'eau bouillie pure ou coupée de néol, ou par des pansements au vin aromatique, ou par des pansements avec des poudres cicatrisantes, telles que le sous-carbonate de fer, l'aristol, l'ektogan mélangé au dermatol, etc...

Dans les cas de phagédénisme foudroyant caractérisés au point de vue objectif par des bords extrêmement tuméfiés, par de hautes falaises d'extension, et au point de vue évolutif par une marche extensive et une effrayante rapidité, le collargol peut ne pas avoir une action assez efficace et assez prompte. On est alors autorisé à détruire brutalement toute la zone d'envahissement avec le thermocautère. C'est probablement dans des cas analogues que Ricord préconisait son caustique sulfo-carbonique : mais cet agent ne nous paraît guère pratique et maniable quand on doit agir sur les vastes surfaces que nous avons décrites dans certains de nos cas.

On a vu que, dans l'observation VII, effrayé de la rapidité avec laquelle le mal évoluait, nous sentant impuissant à l'arrêter avec des cautérisations et des pansements locaux, nous avons fait pratiquer l'exérèse large de la vaste ulcération avec les soins les plus minutieux : on enleva tous les tissus atteints et une zone périphérique de téguments intacts avec une asepsie des plus rigoureuses. Le succès couronna cette tentative dont on doit se souvenir.

Je me demande en effet si, lorsque la localisation de la lésion le permet, l'exérèse chirurgicale, pratiquée suivant les règles voulues, ne constitue pas le traitement de choix de ce phagédénisme.

Malheureusement il est rare qu'elle soit possible.

Il convient alors de ne pas laisser de côté une autre méthode thérapeutique que nous utilisons depuis plusieurs années dans tous les cas de phagédénisme et qui nous a donné d'excellents résultats : nous voulons parler de l'*air chaud*. Il faut l'employer suivant la technique préconisée pour les sphacèles et les ulcérations de mauvaise nature.

Dans la majorité des cas nous estimons que le traitement général est inutile. Il est seulement indiqué de mettre le malade au repos et dans les meilleures conditions d'hygiène possibles. Quand il est débilité, il est bon de lui donner de l'extrait mou de quinquina, des glycérophosphates, de lui faire des injections d'arsenic ou de cacodylate de soude. S'il semble qu'il y ait des phénomènes généraux d'infection, il est pru-

dent de faire des injections intraveineuses d'électrargol. Nous croyons qu'elles nous ont rendu de réels services dans des cas graves, surtout quand il y a tendance à la gangrène.

Diagnostic différentiel. — Nous serons très bref sur ce point. Si l'on a lu avec quelque attention notre description clinique, on comprend que le diagnostic objectif de cette lésion s'impose.

En dehors de la gangrène foudroyante des organes génitaux et de certains autres processus gangréneux encore mal définis, nous ne connaissons pas d'autre affection cutanée qui ait l'évolution rapidement extensive, parfois foudroyante de cette forme de phagédénisme, qui en ait la configuration si régulière, le bord si particulier, tuméfié, infiltré, taillé à pic ou en talus extrêmement rapide à l'intérieur, portant sur cette falaise de nombreuses petites cavités purulentes.

Les autres phagédénismes s'en distinguent aisément. Celui du chancre simple par sa configuration extrêmement irrégulière, par ses bords décollés ; celui de la syphilis secondaire (syphilis maligne précoce) par une marche bien moins rapide, par une physionomie infiniment moins virulente, par des bords peu tuméfiés, peu épais, simplement taillés à pic ; celui de la syphilis tertiaire par une configuration plus irrégulière, à circinations assez petites, en arcades mauresques, par sa tendance assez fréquente à gagner en profondeur aussi bien qu'en surface, par la rapidité avec laquelle la médication antisyphilitique mixte agit sur lui. Que l'on relise à ce point de vue notre observation V, et que l'on regarde attentivement les photographies qui y sont annexées, on verra combien le phagédénisme vraiment syphilitique diffère d'aspect de notre phagédénisme géométrique.

Nature, Pathogénie. — Nous avons l'intime conviction qu'il s'agit dans tous les cas que nous venons de relater d'un processus spécial dû à une infection microbienne locale, non syphilitique, surajoutée le plus souvent à un autre processus morbide primitif.

Nous sommes tellement convaincu de la nature purement locale, externe, de notre phagédénisme que nous n'avons pas hésité dans notre observation VII à faire pratiquer l'ablation chirurgicale de la lésion, et tout a parfaitement guéri. Et cependant la malade était syphilitique ! Est-il possible de concevoir qu'un processus phagédénique de nature exclusivement syphilitique, ou bien tenant uniquement à une infection générale ou à un mauvais terrain ait guéri de cette manière, par un pareil procédé ? Par l'ablation nous avons totalement et brutalement supprimé le germe morbide local, et la cicatrisation de la plaie chirurgicale non infectée s'est faite comme chez une personne saine.

D'ailleurs nous avons observé ce processus chez des sujets nullement entachés de syphilis, et chez eux il était identique d'aspect, d'évolution, de réactions thérapeutiques, à celui que nous avons observé chez des

syphilitiques. Jamais le traitement antisyphilitique n'a réussi à l'arrêter ; il a toujours guéri par le traitement local.

Nous croyons avoir observé un cas de contamination directe (Obs. I et Obs. II).

Sa configuration, sa manière d'évoluer sont bien celles des lésions produites par les parasites cutanés externes qui ne provoquent pas d'infection générale de l'organisme. Le microbe de l'ecthyma superficiel, le champignon de l'herpès circiné marchent excentriquement de la même manière que notre phagédénisme. Mais l'agent infectieux de celui-ci, qu'il soit unique ou qu'il soit une symbiose, est d'une toute autre malignité que ceux que nous venons de citer.

Ce sont des arguments cliniques et thérapeutiques que nous apportons pour défendre notre opinion.

On ne peut dire cependant que l'on n'ait pas trouvé des microbes dans les faits que nous avons relatés et dans ceux qu'ont publiés certains observateurs et dont nous n'avons pas voulu tenir compte pour l'étude clinique de la forme morbide que nous dégageons du tableau clinique un peu confus étiqueté jusqu'ici phagédénisme.

Dans deux de nos cas M. le Dr Lenglet a trouvé du streptocoque, et dans un des deux un bacille se rapprochant beaucoup de celui de Ducrey.

Dans la plupart de nos autres cas, nos collaborateurs, MM. Dominici, Rubens-Duval, Fage, Cl. Simon, etc..., ont trouvé du streptocoque. Inutile de dire qu'il y a toujours des staphylocoques.

Le regretté Jullien a eu, comme nous l'avons dit au début de cet article, le très grand mérite de comprendre la véritable nature du phagédénisme surajouté à la syphilis. Mais il a manqué de précision dans la description clinique, et dès lors sa démonstration n'a plus eu de base puisqu'il ne pouvait apporter de preuve étiologique. n'ayant pas trouvé, pas plus que nous d'ailleurs, de microbe pathogène pathognomonique.

Ce que nous voudrions bien faire comprendre, c'est que nous ne restons plus dans le vague : nous ne parlons plus simplement du phagédénisme, nous précisons une forme morbide tout à fait particulière du phagédénisme, nous lui décrivons un aspect tout à fait spécial.

En dehors de cette variété, il y a d'autres formes de phagédénisme : nous l'en avons distinguée plus haut. Nous ne parlons pas de celles-là.

Nous ne nous bornons pas par conséquent à reproduire et à amplifier les considérations de Jullien : nous décrivons une forme clinique précise et bien à part.

Aussi ne pouvons-nous comprendre ce qu'a voulu dire M. le Dr Hallopeau dans sa communication du 27 avril 1908 à la Société

française de dermatologie et de syphiligraphie (1). Il nous y a pris vivement à partie à propos de notre travail de 1908 et nous a reproché de donner une description insuffisante du phagédénisme. Voici les termes exacts : « La seconde catégorie de faits » (celle qui a trait à ce que nous étudions dans ce mémoire) « contient des éléments disparates, tels que ceux du noma et des syphilides, et elle est à tel point insuffisante que des altérations de la plus grande importance s'en trouvent éliminées ; c'est ainsi que le chancre simple devenu phagédénique n'y trouve pas place, etc... »

Où donc M. Hallopeau a-t-il vu que nous faisions rentrer dans notre phagédénisme le noma et les syphilides ? Il est possible qu'on y rattache ultérieurement certains faits de noma ou de gangrène des organes génitaux, mais nous n'avons jamais dit que tous les cas décrits sous le nom de noma et que tous les phagédénismes développés sur syphilis dussent y rentrer.

Ce qu'il y a de plus extraordinaire dans cette argumentation de M. le Dr Hallopeau, c'est qu'après nous avoir reproché de ranger dans notre phagédénisme des cas disparates, il nous reproche de ne pas y avoir fait rentrer le phagédénisme du chancre simple !

M. Hallopeau n'a pas vu qu'au lieu de grouper dans notre deuxième catégorie de faits des cas disparates, nous établissions au contraire sur des bases précises d'observation clinique une forme bien spéciale, bien particulière de phagédénisme, tellement bien tranchée qu'elle donne l'impression d'être une entité morbide nettement définie.

Maintenant qu'elle est bien établie par un faisceau bien homogène d'observations soigneusement triées, on verra si l'on ne peut pas lui agréger d'autres cas analogues auxquels nous avons fait allusion plus haut et qui ont été déjà décrits ou bien sous le nom banal de phagédénisme ou bien sous d'autres dénominations (2).

Résumé. — Dans le groupe énorme des faits qui ont été décrits sous le nom de phagédénisme, nous pensons qu'il faut distinguer et mettre à part une forme morbide bien spéciale comme aspect clinique et comme évolution qui semble pouvoir se développer sur toute lésion érosive ou ulcéreuse antérieure qu'elle qu'en soit la nature, ecthyma simple, chancre simple, syphilis secondaire, syphilis tertiaire, etc...

Elle est caractérisée par des ulcérations à bords nettement arrêtés figurant des cercles ou des ovales, ou des fragments de cercle ou des fragments d'ovale parfaits, absolument géométriques : les bords sont infiltrés, surélevés, taillés à pic ou mieux en falaises à angle très

(1) Voir *Bulletins*, 1908, p. 167.

(2) Voir en particulier le travail de Brault, Note sur le noma chez les indigènes ; ses rapports avec le phagédénisme dit des pays chauds. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 9 janvier 1906.

abrupt, et ces talus sont criblés de petits abcès formant des cavernules, de telle sorte que les tissus à ce niveau sont comme spongieux : ces bords sont assez souvent décollés par des cavités anfractueuses remplies de pus.

La zone d'infiltration périphérique est d'un rouge vif : sa largeur varie de 4 millimètres à 15 millimètres et même plus.

L'ulcération intéresse pour ainsi dire toujours les téguments dans leur totalité.

Elle a de la tendance à évoluer périphériquement, en décrivant une figure parfaitement géométrique et cela parfois avec une rapidité vraiment foudroyante : mais sa marche peut aussi n'être que simplement aiguë, ou même que subaiguë.

Il semble bien qu'il s'agisse d'une forme morbide spéciale, locale, due à l'infection de lésions épidermiques ou cutanées antérieures par un microbe pathogène spécial, ou par des associations microbiennes.

Elle a une tendance marquée à se développer sur fond de syphilis.

Nous n'en connaissons pas encore d'une manière précise l'agent pathogène.

On doit opposer à cette affection une médication locale des plus énergiques : parmi les moyens qui nous ont paru le plus efficaces nous devons signaler l'ablation chirurgicale totale et large quand elle est possible, l'air chaud, les cautérisations énergiques au thermocautère, les pansements au bleu de méthylène, au baume du Pérou, et surtout au collargol.

Un des caractères objectifs les plus importants de cette affection étant son extension par des bords bien arrêtés, disposés suivant des cercles ou des ovales parfaits, la limite de l'ulcération étant nettement linéaire, nous lui avons donné le nom de *phagédénisme géométrique*, pour le distinguer des autres processus ulcéreux et destructifs que l'on a jusqu'ici rangés dans le caput mortuum étiqueté phagédénisme.

PÉDICULOSE PUBIENNE PAR POUX DE TÊTE

Par

MM. J. Nicolas et G. Massia.

(Travail de la Clinique de l'Antiquaille de Lyon.)

Il est très rare que les différentes espèces de pediculi modifient leur habitat, et qu'on les trouve en dehors de leur localisation normale. Si on peut voir des pediculi pubis jusque sur les paupières, on ne voit de poux de tête en général que dans les régions céphalique et cervicale.

Nous rapportons brièvement l'observation suivante d'un malade porteur de poux de tête au niveau du pubis ; il est venu d'ailleurs à la consultation pour une autre affection.

Obs. — X..., 35 ans, manœuvre. Vient à la consultation de l'Antiquaille pour des plaies à la cheville droite (22 déc. 1913).

Pas de maladie importante à signaler dans ses antécédents. En 1910 (il y a 3 ans) aurait eu un chancre génital, probablement syphilitique. N'a pris que quelques pilules à ce moment. Depuis, pas de traitement.

Il y a un mois et demi, il s'aperçut d'une écorchure à la cheville droite, sur la partie externe, il l'attribua au frottement de sa chaussure. Actuellement on constate une ulcération comme une pièce de 5 francs, creusée, à bords taillés à pic, de forme arrondie, à fond suppurant. Au pourtour zone rouge d'inflammation ; ganglions cruraux. Il s'agit manifestement d'une gomme syphilitique infectée secondairement, ce qu'a montré également l'évolution.

En plus, on constate : des lésions de grattage sur l'abdomen et la ceinture, peu accentuées dans le dos ; d'assez nombreuses lésions d'infection cutanée superficielle ; quelques furoncles ou quelques folliculites disséminées ; quelques lésions suintantes sur les bourses et de l'intertrigo du sillon génito-crural, surtout à droite. Dans les aisselles, lésions en voie de cicatrisation d'infection folliculaire, probablement hidrosadénite de l'aisselle. Enfin un peu d'acné à la face antérieure de la poitrine.

Depuis deux mois environ, le malade se plaint de démangeaisons assez vives ; il couchait depuis quelque temps (deux mois environ) dans des installations plutôt sommaires, parfois dans la paille, étant occupé en ce moment à la pose de câbles électriques. Le malade affirme ne pas avoir eu de contact céphalique étranger au niveau du pubis, pendant tous ces temps derniers ; il a eu quelques rapports sexuels normaux.

A l'examen, on voit un certain nombre de poux s'agiter dans les poils du pubis et de l'abdomen ; mais ils ne se tiennent pas accrochés contre la peau, comme le sont ordinairement les morpions ; ils sont de grosseur variable, quelques-uns semblant fraîchement éclos ; ce sont des poux de tête. Les poils du pubis sont également porteurs d'un très grand nombre de lentes ; celles-ci sont solidement fixées aux poils, mais elles sont situées

non pas près de la racine du poil, mais à des hauteurs très variables, à la partie moyenne par exemple.

Enfin, l'examen du malade montre qu'il ne présente pas de poux ni de lentes à la région céphalique. Quelques pellicules sur un cuir chevelu un peu gras.

Les cils ni les aisselles ne présentent ni parasites ni lentes. Pas de pédiculose du corps. Les poux sont localisés uniquement au niveau du pubis.

Il s'agit là d'un cas indubitable de pédiculose localisée au pubis, causée par les poux de tête. Nous avons rapporté cette observation en raison de la rareté de cette localisation parasitaire. On sait que d'habitude, les différentes espèces de pediculi et surtout les poux de tête, restent localisés dans une région bien déterminée. A peine voit-on les poux de tête descendre sur le cou et la partie supérieure des épaules, dans certains cas, et y déterminer les lésions de grattage qu'on y rencontre parfois. Assez rarement aussi, on peut voir sur le corps, sur le pubis même un ou plusieurs poux de tête égarés là par hasard, ou à la suite d'un contact exceptionnel. Mais ils ne s'y fixent pas, n'y pondent pas, et disparaissent vite, soit qu'ils meurent, soit qu'ils gagnent des régions plus favorables à leur genre de vie.

A notre connaissance, il n'y a qu'un cas publié de cette déviation de parasitisme : Lydston a rapporté en 1892, un cas de prurit vulvaire chez une jeune fille, par poux de tête (1). Cette localisation est donc des plus rares ; et il est même curieux de constater l'instinct de ces parasites, qui les fait se tromper, en quelque sorte, si rarement de localisation.

Plusieurs moyens nous permettent de diagnostiquer sûrement cette localisation. Tout d'abord, l'examen microscopique du parasite. Celui-ci se différencie bien facilement du morpion, et nous n'insistons pas. L'aspect se rapproche par contre du pou de corps ; mais il est facile de l'en distinguer pas le nombre des anneaux de l'abdomen : on en compte sept chez le pou de tête, huit chez le pou de corps ; en outre, chez le pou de tête, il existe entre chaque anneau des incisures latérales, profondes, beaucoup moins marquées chez le pou de corps.

Il ne suffit pas de reconnaître le pou de tête, car on peut objecter qu'il s'agit de parasites aberrants, et que les lentes sont dues à des morpions disparus. Mais il existe entre les trois sortes de lentes des différences qui permettent le diagnostic de l'espèce (2) ; nous avons pu les mettre facilement en évidence dans le cas observé.

En premier lieu, le pou de corps ne pond que dans les vêtements, et n'accroche jamais ses lentes aux poils. Il ne peut s'agir de cette espèce dans notre cas, d'autant plus qu'il n'existe pas de poux de corps ni sur le reste du corps, ni dans les vêtements. Restent les œufs de morpion à distinguer des œufs du poux de tête. Les œufs des pediculi

(1) Lydston, Pediculi capitis as a cause of pruritus vulvæ. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1892, p. 399.

(2) Gabriélidès, Diagnostic différentiel des phtiriases palpébrales. *Annales d'oculistique*, 1911, p. 34.

sont fermés à leur extrémité supérieure, de laquelle sortira l'embryon, par une sorte de clapet, formé d'un certain nombre de grosses cellules, cubiques, claires, portant une dépression sur la face supérieure ; c'est la forme de ce clapet qui diffère un peu suivant l'espèce. Chez le pou de tête, elle est constituée par un petit nombre de cellules claires, cubiques, et toutes de même hauteur, disposées sur une seule couche, laquelle apparaît comme nettement plate. On compte quatre de ces cellules de champ, en général. Chez le morpion, on en compte cinq, parfois six ; mais c'est surtout par leur forme qu'elles sont caractéristiques ; elles sont nettement plus hautes, surtout au milieu du clapet, de belle sorte que ce clapet, bien que composé lui aussi d'une seule couche de cellules apparaît comme ayant une forme conique, et comme étant plus élevé que chez le pou de tête. La différence est assez nette et prête peu à confusion ; en cas de doute, il suffira d'examiner plusieurs lentes pour être fixé.

L'examen de l'intérieur de la lente peut aussi comme dans notre cas éclairer le diagnostic. Nous avons pu compter les anneaux par les orifices des trachées, dans l'œuf même ; on peut voir ainsi qu'il y a bien sept anneaux, au lieu que le morpion n'en présente que cinq. Enfin, quand l'embryon est assez développé, et que les boules réfringentes vitellines qui remplissent l'œuf au début ont en grande partie disparu, on peut soit en comptant les anneaux, soit enfin en examinant les pattes, distinguer facilement l'espèce.

On voit par ces quelques mots qu'on peut assez facilement reconnaître une localisation pédiculaire anormale, ce qui est un fait assez rare. Nous voulons ajouter un autre point particulier que nous présente le cas observé. On sait que le pou de tête pond ses lentes près du cuir chevelu, et que peu à peu, avec la croissance du chevelu, elles montent avec lui, et ainsi se forme un chapelet de lentes, dont la plus rapprochée du cuir chevelu est la plus jeune. Dans notre cas, il y a des lentes à des hauteurs variables, rarement à la base des poils, certaines à un ou deux centimètres de la peau, et ayant encore l'embryon à l'intérieur. On ne peut admettre que les poils pubiens aient poussé de cette longueur en 10 jours, temps nécessaire maximum à l'éclosion des lentes ; on sait que la croissance des poils du pubis est plus lente. Les œufs de morpions sont toujours à la base du poil, et s'en éloignent très peu. Nous devons admettre que dans ce cas, par une exception de plus dans leurs mœurs habituelles, ces poux de tête ont pondu leurs œufs au hasard, dans les poils du pubis.

Tout ceci, d'ailleurs, n'offre guère que l'intérêt de la rareté au point de vue dermatologique ; mais ces faits sont intéressants en parasitologie, si on envisage la déviation du parasitisme des poux, dans sa localisation ; ces cas de localisation anormale sont peut-être moins rares que ne le croient les classiques.

RECUEIL DE FAITS

SUR UN NOUVEAU CAS DE MORT CONSÉCUTIF A L'ADMINISTRATION DE L'ARSÉNOBENZOL DANS LA SYPHILIS

Par **Janko Gouchan.**

(Travail de la Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de l'Université de Toulouse.)

Th. C..., employé de chemin de fer, 32 ans, a été traité à la clinique pour un chancre syphilitique de date récente, antérieurement à l'apparition des accidents secondaires; il avait un petit chancre syphilitique sous-préputial, typique, avec une pléiade moyenne. Le chancre occupait la partie gauche du sillon balano-préputial. Pas d'albuminurie. Le 5 juillet, injection intra-veineuse de 0,90 de novarsénobenzol et injection intra-fessière de 0,10 de mercure (huile grise). Légère réaction, ce jour (vomissements, diarrhée), sans fièvre, ni rien d'anormal. Le malade quitte l'hôpital le lendemain de l'injection, et y rentre le 15, pour recevoir une deuxième injection semblable (0,85 environ de novarsénobenzol) et 0,10 de mercure, intra-fessier. Il passe 24 heures à l'hôpital, et le quitte le lendemain, sans avoir présenté de manifestations anormales. Le chancre était à peu près épidermisé. Le 16 au soir, le malade très fatigué se mit au lit. Il reste 2 jours dans sa chambre, semi-délirant, très accablé, présentant déjà des manifestations convulsives intermittentes. Le 19 juillet, il est apporté à l'Hôtel-Dieu dans un état très grave, demi-coma, délire; le malade ne répond pas intelligiblement. Pendant la nuit, convulsions localisées à la tête (mouvements désordonnés des yeux) et aux membres supérieurs (secousses et contractures). Pas d'altération du visage. T. 37°,9. Pouls 87.

Le malade se tient dans le décubitus dorsal, la tête étendue. On constate de la raideur de la nuque et de la colonne vertébrale. Il crie et paraît souffrir quand on veut le faire asseoir. Cependant, pas de véritable signe de Kernig. Réflexes rotuliens normaux, peut-être un peu exagérés. Strabisme divergent. Mydriase; pas d'inégalité pupillaire. Parésie du réflexe à la lumière. Incontinence d'urine empêchant l'analyse; urines très rares.

Ni vomissements, ni selles. Le ventre est considérablement ballonné; tympanisme considérable étendu à tout le ventre; percussion douloureuse. Pas de défense musculaire de la paroi; cependant la pression est très douloureuse, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Pas de hernie.

Rien d'anormal du côté de l'appareil respiratoire ou circulatoire.

Traitement : glace sur le ventre, lavement.

Dans l'après-midi, il ne se produit rien de nouveau. Le soir, T. 38°,9. P. 96.

2 lavements n'ont rien ramené. Un peu d'urine recueillie peu d'heures avant la mort contenait une grande quantité d'albumine.

20 juillet. Le malade est mort presque subitement ce matin à 7 heures.

Autopsie le 21 juillet (température très chaude). — Cœur et aorte normaux. Poumons congestionnés et adhérents, sans autres lésions.

L'intestin grêle est très distendu ; à 0 m. 50 de l'extrémité iléo-cæcale ; l'intestin grêle offre 2 segments de 0 m. 15 de longueur, aplaties, d'un rouge intense, avec une teinte pâle aux 2 extrémités. Cependant pas de sillon véritable. La surface interne de ces anses est violemment congestionnée, mais sans infiltration sanguine ni ulcération ; un groupe de follicule paraît plus saillant que d'habitude. Un exsudat puriforme en tapisse la face interne. Il y a un peu de sérosité sanguine dans l'abdomen ; mais pas de signes d'une vraie péritonite. La partie de l'intestin grêle qui est au-dessus de ces arêtes et le gros intestin sont notablement moins dilatés que le segment supérieur de l'intestin grêle.

Foie congestionné pesant 1 400. Rein droit 120; rein gauche 125; rate normale. L'état de conservation de ces différents organes était si mauvais qu'on n'a pas cru devoir en faire l'examen histologique. Macroscopiquement, ils ne présentaient rien d'anormal, sauf une apparence congestive très prononcée.

Méninges cérébrales congestionnées, sans traces d'inflammation. Pas d'augmentation de tension, ni d'altération apparente du liquide céphalo-rachidien. Aucune trace macroscopique d'encéphalite.

L'examen microscopique (Dr Nanta) de 4 points du cerveau n'a montré aucune trace d'encéphalite, ni même de congestion anormale.

Cette observation est un peu incomplète ; la mort rapide du malade, l'ignorance des antécédents au moment où l'on a apporté le sujet, le mauvais état des organes abdominaux expliquent les lacunes.

Faut-il y voir un exemple d'intoxication mortelle par le novarsénobenzol employé ? A s'en rapporter au tableau symptomatique, oui assurément. Il est vrai que l'autopsie est de ce chef négative, qu'il n'existait aucune trace d'encéphalite inflammatoire ou seulement congestive, et qu'en somme, les seules données fournies par l'autopsie pouvaient se rapporter à un volvulus intestinal ou à une altération cadavérique. Il reste donc un doute dans l'interprétation de cette mort.

Cependant, nous pensons qu'il est sage de la mettre au passif du novarsénobenzol en raison du syndrome convulsif si caractéristique.

En ce cas, c'est bien une mort due au seul médicament, car il n'a véritablement été commis aucune faute dans son administration, l'homme était vigoureux, jeune et sain ; la syphilis, très précoce ; les conditions d'administration, régulières.

Sur un peu plus de 1 450 syphilitiques traités par les arsénicaux, c'est le premier accident mortel qu'observe M. le Pr Audry. Peut-être faut-il considérer les doses de 0,90 comme parfois excessives ? En tous cas, l'action violemment congestive du médicament n'est pas douteuse, et il est probable que la mort fût due à cette action.

ENCORE UNE OBSERVATION DE DENT DE HUTCHINSON UNILATÉRALE

par **Ch. Audry.**

J'ai déjà publié (*Annales de Dermatologie*, février 1914, p. 100) l'observation d'une dent de Hutchinson unilatérale. En voici un autre cas.

Marthe X... âgée de 27 ans ne présente aucun antécédent personnel et n'en peut donner aucun sur ses parents. C'est une jolie fille, bien développée, intelligente, qui présente depuis quelques mois seulement une kératite interstitielle double, typique, pour laquelle elle est en traitement à la Clinique ophtalmologique (Pr Frenkel).

Sa dentition présente des anomalies extraordinaires. Depuis plusieurs années, sans carie ni douleurs préalables, elle voit ses dents se casser et tomber, sans cause connue, en mangeant, sans efforts.

Sur la mâchoire inférieure, elle a conservé les 2 premières molaires à droite, les 3 premières molaires à gauche, les 2 canines et les 4 incisives. Ces dents sont plantées régulièrement, avec des formes et dimensions normales, toutefois la canine gauche a perdu sa pointe; et les incisives, un peu petites, sont tronquées au sommet par disparition de l'arête d'émail.

A la mâchoire supérieure, il ne reste à droite que la quatrième molaire et 1 incisive médiane; à gauche, la quatrième molaire et les 2 incisives. Les gencives sont lisses et blanches. Les deux incisives médianes sont séparées par un espace de près de un centimètre, creusé d'un sillon blanchâtre; l'incisive médiane gauche peut passer pour tout à fait normale; à peine voit-on une légère obliquité en dedans de l'angle inféro-interne. La dent a la couleur, la dimension, la forme, les contours ordinaires. Seulement, le bord interne médian est épaissi; nulle trace d'encoche du bord libre; forme bien parallélogrammatique.

L'incisive médiane droite est totalement différente : l'obliquité interne est très faible; mais les contours sont nettement oviformes; la face antérieure est déprimée longitudinalement au centre, et l'encoche du bord libre est parfaitement dessinée. C'est bien la dent de Hutchinson typique, mais existant sur un seul côté.

Je ne vois aucun motif de répéter les courtes réflexions formulées dans la note antérieure qui a été publiée ici-même, au sujet d'un exemple très voisin.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Gelures.

Les pieds gelés dans l'armée, par Témoin. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 2 février 1915, p. 155.

T. a remarqué que de nombreux militaires sont atteints dans les tranchées de 1re ligne de lésions diagnostiquées gelures, sans avoir été soumis aux conditions de développement des gelures, conditions qui sont la rigueur de la température, l'immobilité absolue, l'hiver étant peu rigoureux et non comparable à l'hiver de 1870-1871 et les accidents ne survenant pas pendant le sommeil, mais après un séjour prolongé dans les tranchées. De plus les lésions portent exclusivement sur les pieds et respectent les mains, les oreilles et le nez, qui sont intéressés dans les gelures.

Ces accidents sont dus à l'arrêt de la circulation par compression, laquelle agit d'ailleurs par le même mécanisme qu'agirait la gelure.

La compression est produite par les lacets des chaussures serrés au maximum pour empêcher que l'eau pénètre dans les chaussures, par la macération et le gonflement des pieds restés longtemps dans l'eau, par le rétrécissement des chaussures sous l'influence de l'eau, par le resserrement sous la même influence des bandes molletières.

Les accidents deviennent d'autant plus graves que la durée du séjour dans l'eau est plus longue et que, les lésions n'étant pas douloureuses, les malades ne s'en aperçoivent que quand de grands désordres se sont produits.

Ils peuvent être évités en graissant les pieds pour empêcher la macération, en diminuant la longueur du séjour dans les tranchées, en veillant à ce que rien ne gêne la circulation de la jambe et du pied, ce qui s'obtient en portant des souliers suffisamment larges, ou même en ne portant pas de souliers. G. Thibierge.

Les gelures aux pieds dans les tranchées, par Castex. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 16 février 1915, p. 250.

C. attribue le développement des accidents à l'humidité des tranchées avec immobilité et refroidissement progressif. La striction explique le gonflement brusque du pied constaté par les malades au moment où ils se déchaussent ; cependant dans quelques cas les malades n'avaient ni bandes molletières ni chaussures serrées. G. Thibierge.

Contribution à l'étude étiologique des froidures, par F. Debat. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 20 avril 1915, p. 473.

Expérimentalement, l'immersion des pieds dans l'eau à la température de + 2° suffit à provoquer rapidement des troubles analogues à la froidure au 1er degré, troubles qui sont exagérés par les facteurs qui ralentissent la

circulation, en particulier l'immobilité et la constriction. Celle-ci paraît insuffisante à elle seule à produire tout trouble sérieux et n'intervient que secondairement, quand le pied est œdématié par la vaso-dilatation paralytique qui suit la vaso-constriction due au froid.

Sur 104 soldats atteints de froidures, 13 seulement ne présentaient aucune tare prédisposante. Chez les 91 autres, on notait l'alcoolisme 68 fois, la débilité 37 fois, la frilosité 32 fois, les engelures 29 fois, les traumatismes anciens de la jambe ou du pied 21 fois, les varices 12 fois, les rhumatismes 4 fois, le brightisme 2 fois, le diabète 1 fois.

Le froid dans la majorité des cas est comme le réactif de la résistance organique ou tissulaire. L'étiologie des froidures est éminemment complexe. G. Thibierge.

Prophylaxie des gelures aux pieds, par Orticoni. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 23 mars 1915, p. 376.

O. pense comme Témoin que les troubles considérés comme des gelures des pieds constatés chez les soldats sont dus à la macération des tissus favorisée par la compression. Il a obtenu des résultats satisfaisants, pour empêcher la production de ces accidents, du graissage des pieds avec une pommade composée de 20 grammes de lanoline anhydre, 2 grammes d'eau, 0 gr. 40 de farine de moutarde dishuilée. G. Thibierge.

Sur le traitement des gelures des pieds par les bains d'air chaud, par Chenal, Pellegrin et Ruffier. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 11 mai 1915, p. 576.

C., P. et R. n'ont pas constaté que la constriction par des chaussures étroites et le port de bandes molletières serrées aient une aussi grande influence que leur en accorde Témoin. Ils font remarquer que les lésions sont exclusivement localisées ou prédominantes à gauche, côté dont on connaît l'infériorité physiologique par rapport au côté droit.

Ils ont obtenu de bons résultats par les bains d'air chaud, donnés dans une boîte rectangulaire de bois, dont un des côtés est percé de trous pour le passage des pieds et dans laquelle on fait arriver par un tuyau de poêle coudé de l'air chauffé par une lampe à alcool. La température supportée varie suivant l'intensité des lésions et est d'autant plus élevée que celles-ci sont moins prononcées : on peut rarement dépasser 45° au début du traitement dans les cas d'ulcérations, d'eschares ; les cyanoses simples tolèrent assez rapidement 50°. Dans le bain, le malade accuse presque toujours du bien-être, mais à la suite des premiers bains il y a presque toujours des sensations assez douloureuses : fourmillements, lancissements, phénomènes d'onglée qui s'atténuent et disparaissent en 3 ou 4 séances ; les œdèmes et la cyanose disparaissent rapidement et même des orteils nécrosés d'aspect peuvent souvent reprendre leur vitalité. G. Thibierge.

Lentiginose.

Un cas de lentiginose profuse, par Henri Malherbe. *Gazette médicale de Nantes,* 1913, p. 62.

M. insiste d'abord sur la nécessité de distinguer les éphélides et le

lentigo qui ont des caractères respectifs particuliers tant au point de vue clinique qu'histologique. Il rapporte ensuite l'observation d'une jeune femme de 24 ans ayant présenté du lentigo sous forme d'éruption diffuse étrangement abondante, constellant toute la peau et surtout celle des membres. Les muqueuses sont respectées. Cette manifestation cutanée rare semble dans les cas rapportés survenir à plus ou moins de distance d'une maladie infectieuse. Dans le cas rapporté il y eut une rougeole grave. Cette difformité cutanée dont le pourquoi nous échappe est au-dessus des ressources actuelles de la thérapeutique. R. LUTEMBACHER.

Lèpre.

Tuberculose ganglionnaire chez les lépreux du « Settlement » de Molokaï (Glandular tuberculosis among lepers at the Molokaï Settlement), par G.-W. Mc COY. *Public health Bulletin (United States public health Service)*, n° 61, juillet 1913.

En 9 mois, sur 650 individus. M. C. a observé sur des adultes 10 cas de tuberculose ganglionnaire, avec bacille humain. Ch. AUDRY.

Danger de la vie commune avec les lépreux (The danger of association with lepers), par G. Mc COY et W. GOODHUE. *Public health Bulletin (United States public health Service)*, n° 61, juillet 1913.

Sur 119 hommes ayant du sang hawaïen et vivant avec les lépreux, 5 ont pris la lèpre, et sur 106 femmes de même condition, 5 aussi sont devenues lépreuses.

Sur 12 femmes blanches, neuf ont été contagionnées, et sur 23 hommes blancs, 3. Ch. AUDRY.

La réaction à la luétine est négative chez des lépreux indemnes de syphilis mais présentant la réaction de Wassermann (Absence of luetis reaction on lepers showing a positive Wassermann Reaction), par M.-T. CLEGG. *Public health Bulletin (United States public health Service)*, n° 61, juillet 1913.

Sur 11 lépreux. Ch. AUDRY.

Bacilles acido-résistants dans les sécrétions et les excrétions de lépreux (The presence of acid-fost bacilli in secretions and excretions of Lepers), par H. HOLLMANN. *Public health Bulletin (United States public health Service)* n° 61, juillet 1913.

Dans 89,65 pour 100 des formes nodulaires, dans 66,66 pour 100 des formes mixtes, dans 45,45 pour 100 des formes anesthriques, le mucus nasal a présenté des bacilles.

En examinant les formes noueuses, la salive en a présenté dans 21,73 pour 100 des cas, les crachats dans 3,22 pour 100; l'urine dans 7,14 pour 100; les larmes dans 5.26 pour 100.

On n'a pas pu les découvrir dans les fèces de 5 malades examinés à ce point de vue. Ch. AUDRY.

La lèpre transmise à un singe [Inoculazione di emulsione di leproma (intracardiaca e sotto cutaneo) in una scimmia inferiore (cercopithecus) — produzione di un nodo primario sotto cutaneo nel braccio sinistro (sede di

inoculazione) e successiva produzione di noduli secondari nell' antibraccio destro], par Giuseppe Verrotti. *Atti della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli,* 1913, n° 2.

Pendant 17 mois, V. poursuivit des essais d'inoculation de la lèpre, soit à des lapins, soit à des singes, en pratiquant des injections intracardiaques d'émulsion de léprome. Par cette méthode seule, aucun résultat ne fut obtenu. Mais en combinant avec l'injection intracardiaque une inoculation sous-cutanée, il vit se produire le résultat cherché. L'animal était un cercopithèque auquel il injecta une première fois 2 centimètres cubes d'émulsion de léprome dans la cavité cardiaque, une seconde fois, vingt jours après la première injection, 1/2 centimètre cube d'une même émulsion dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région interne des deux bras. Encouragé par un premier succès, V. fit, sur un autre cercopithèque, simultanément l'inoculation intracardiaque et l'inoculation sous-cutanée. Il assista cette fois au développement d'une lèpre généralisée, l'animal ayant présenté un premier léprome au point inoculé, puis, 15 jours après, un nodule dermique situé dans la région du dos dont la nature lépreuse fut démontrée par l'examen bactériologique et histologique. H. Minot.

Lichen.

Lichen nitidus (Lichen nitidus, Pinkus), par Carlo Bottelli. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1913, p. 401.

Un homme de 30 ans, issu de parents morts l'un et l'autre de tuberculose pulmonaire, n'ayant eu dans ses antécédents personnels qu'une crise appendiculaire bénigne, voit apparaître, à l'âge de 34 ans, sur ses mains, l'éruption qui a duré jusqu'à aujourd'hui. Elle consiste en petites papules rondes, de diamètre allant de 1/2 millimètre à 2 millimètres, à peine surélevées au-dessus du plan de la peau saine, de coloration rouge jaunâtre, sans aucune réaction inflammatoire, recouvertes d'une petite squame de couleur jaunâtre, d'aspect micacé lorsqu'on l'enlève par le grattage, et laissant voir au-dessous d'elle une surface piquetée de petits points hémorragiques. Les papules sont isolées les unes des autres et ne confluent en aucun lieu.

L'éruption occupe les espaces interdigitaux et les paumes des mains, la région médiane et antérieure des bras et des avant-bras, la région latérale et interne de l'abdomen, depuis la base du thorax jusqu'au canal inguinal, et la région sternale. Aucun élément sur les muqueuses.

Comme symptômes subjectifs, il n'existe qu'un peu de prurit, de temps en temps, entre les doigts. L'affection, observée pendant deux ans, n'a présenté aucune tendance à disparaître; au contraire, le nombre des papules a augmenté. Un traitement mercuriel institué pour traiter une syphilis contractée par le malade deux ans après l'apparition des premières papules n'a exercé aucune influence sur celles-ci. L'examen histologique révèle qu'à la papule nettement circonscrite correspond une infiltration bien délimitée de la couche papillaire, constituée presque uniquement de lymphocytes mononucléaires, avec un très petit nombre de cellules géantes, de capillaires dilatés et à paroi un peu épaissie. Pas de bacilles de Koch.

B. conclut son observation en posant le diagnostic de lichen nitidus de Pinkus. H. Minot.

Lipomatose.

Lipomatose symétrique (Symmetrische Lipomatosis (Übersicht nebst Mitteilung von 2 Fällen, kombiniert mit Psoriasis und Arthritis), par A. Buschke et Mattisshon. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 120, p. 537.

Après un résumé rapide des théories émises sur le lipome et sa structure, B. et M. donnent une intéressante revue des diverses données étiologiques et diverses pathogénies qui ont été invoquées.

Ils finissent par admettre que l'étiologie dite rhumatismale et nerveuse des auteurs français apparaît comme la plus plausible. Ils donnent ensuite 2 observations personnelles où les accidents rhumatismaux s'associent à la lipomatose symétrique.

Dans le second cas il existait en outre une dermatite exfoliante qui répondait à un psoriasis généralisé.

La fibrolysine était restée sans effet. Ch. Audry.

Lupus.

Lupus primitif du larynx (Primary lupus of the larynx), par Emil Mayer. *Medical Record,* 27 juin 1914, p. 1162.

M. cite trois nouveaux cas de lupus primitif du larynx. Il insiste sur la nécessité de maintenir le nom de lupus pour cette affection qui présente tous les caractères du lupus des muqueuses et qui diffère de la tuberculose banale du larynx par son évolution chronique et son pronostic vital relativement bon. Le lupus primitif du larynx n'est souvent qu'une découverte accidentelle au cours d'un examen médical. S. Fernet.

Premiers résultats de la cure du lupus vulgaire par des injections intraveineuses de cyanure d'or et de potassium, méthode de Bruck et Gluck (Primi risultati della cura del lupus volgare con iniezioni endo venose di cianuro d'oro e di potassio, metodo di Bruck e Gluck), par G. B. dalla Favera. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1913, p. 425.

F. rapporte les observations de 13 cas de lupus vulgaire traités par la méthode du cyanure d'or et de potassium. Le traitement débutait par une injection de 0 gr. 005 à 0 gr. 01, et la dose était augmentée progressivement pour atteindre la dose massive de 0 gr. 05 à 0 gr. 06. La quantité totale injectée variant selon les individus entre 0 gr. 20 et 0 gr. 65.

Les résultats furent assez encourageants, surtout au niveau des ulcérations lupiques. H. Minot.

Milium colloïde.

Sur le pseudo-milium colloïde (Zur Kenntnis des « Pseudo milium colloïdale »). par L. Arzt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 118, p. 785.

Les anciens auteurs français qui ont étudié le pseudo-milium colloïde l'ont défini comme une dégénération des faisceaux conjonctifs ; une opinion ultérieure y a vu une altération du tissu élastique, et d'autres admettent une opinion mixte. A. pense qu'il existe beaucoup de confusion dans ces définitions. Dans un travail antérieur et dans celui-ci, il montre que le

nom de dégénérescence colloïde peut s'appliquer non seulement aux lésions du soi-disant milium colloïde, mais encore à des points d'autres lésions (cicatrices, inflammations, etc.).

A. distingue la dégénérescence colloïde du tissu élastique, telle qu'elle survient accidentellement dans ces processus secondaires (cicatrices, etc.), de la dégénérescence colloïde des faisceaux conjonctifs, celles-ci constituant le pseudo-milium colloïde, tout en tenant compte que, même dans ces derniers cas, le tissu élastique peut participer à l'anomalie.

C'est ce qu'il faudrait préciser à l'avenir en indiquant la localisation sur l'un ou l'autre élément et l'importance de cette localisation. CH. AUDRY.

Morve.

Un cas de morve chronique chez l'homme (Ein Fall von Malleus chronicus beim Menschen), par J. V. VAN DER WALK et M. SCHOV. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 118, p. 743.

C'est le premier cas publié en Hollande. Homme de 34 ans, entré avec le diagnostic de néphrite chronique et de pemphigus malin. La maladie remontait à 5 ans. Étiologie inconnue; le malade, cordonnier de son état, avait pu toucher du cuir de cheval. Pas d'altérations viscérales, cliniquement appréciables. Albuminurie, cicatrices cutanées disséminées; la peau présente çà et là des pustules, des bulles, des ulcérations purulentes. Le nez est plein de croûtes et d'ulcérations; stomatite ulcéreuse; lésions étendues du larynx; cachexie. Réaction de Wassermann positive, mais sans valeur en raison de cette cachexie.

Son examen microscopique montra de nombreux bacilles morveux dans les nodules. Ch. AUDRY.

Pemphigus.

Étiologie et pathogénie du pemphigus chronique (Ulteriori ricerche sulla etiologia e patogenesi del pemfigo cronico), par Pasquale LONGO et Ant. SPECIALE. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1913, p. 573.

L. et S. concluent leur article par ces mots : « C'est notre conviction exposée dans nos travaux antérieurs et en conformité de vues avec Kaposi, Luithlen, Herxheimer, Greco, Gaucher, et autres, que le pemphigus foliaceus et le pemphigus végétant ne sont que les deux formes d'une même maladie, et que cette maladie est fonction d'un micro-organisme, un diplocoque, par nous observé et décrit. » H. MINOT.

Phthiriases.

Destruction des poux et traitement des phthiriases, par H. LABBÉ. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 18 mai 1915, p. 615.

L. a étudié la résistance des poux aux vapeurs dégagées à température constante en enceinte close par des poids égaux de diverses substances.

Le pouvoir immobilisant des vapeurs, vis-à-vis du parasite, se distingue essentiellement de leur pouvoir mortel. Ainsi la benzine endort le pou mais ne le tue qu'à très haute dose, de même le toluène; les xylènes, l'essence de mirbane, surtout l'acétate de benzyle, le chloroforme, agissent de même, mais plus rapidement.

Les essences, en particulier celles de lemon-grass, de citronelle, de bouleau tuent les poux peu après les avoir immobilisés, mais le temps nécessaire à la mort définitive est assez long.

L'anhydride sulfureux a un pouvoir d'immobilisation et un pouvoir mortel très élevés, mais son emploi est trop compliqué.

L'anisol, éther méthylique de phénol, est de toutes les substances expérimentées celle qui a le pouvoir destructif le plus élevé ; ses vapeurs sont très diffusibles ; la durée de contact nécessaire pour la mort est très courte. A un degré de dilution extrême, elles immobilisent le pou en 6 minutes et le tuent en 18 minutes.

En solution à 2,5 ou à 5 pour 100 dans l'alcool, les pulvérisations faites largement sur la tête, la barbe, le pubis, etc., répétées au besoin 2 ou 3 fois, permettent de traiter la phthiriase, sans provoquer de lésions du tégument. Dans les vêtements et sous-vêtements, les aspersions de cette solution projetée avec un pulvérisateur, suivies du séjour dans une caisse étanche, provoquent la mort des parasites sans altérer les tissus. Les aspersions copieuses et répétées à plusieurs reprises de cette solution sur et entre les vêtements gardés sur le corps suffisent à les débarrasser des parasites. G. Thibierge.

Prurit.

Prurit anal (Pruritus ani), par Lynch. *Medical Record,* 13 juin 1914, p. 1062.

Nouveau procédé chirurgical assurant la guérison radicale du prurit anal.

Après anesthésie à la cocaïne, on fait des deux côtés de l'anus des petites incisions par lesquelles on introduit sous la peau l'extrémité de ciseaux mousses et on sectionne, parallèlement à la peau, le tissu sous-cutané autour de l'anus, de façon à sectionner les nerfs sous-cutanés. On assure le drainage de la plaie pendant la première journée ; au bout de 48 heures la cicatrisation est généralement terminée. Ce procédé ne présente aucun danger, il a l'avantage de pouvoir être pratiqué sous anesthésie locale et de donner un soulagement immédiat. S. Fernet.

Un cas de prurit post-eczémateux guéri par la radiothérapie (Uno caso de prurito post-eczematoso curado por radioterapia), par J. Rateza. *Revista clinica de Madrid,* 15 février 1914, p. 95.

Femme de 22 ans atteinte d'eczéma des membres supérieurs dû au lavage, ayant gagné les jarrets, l'épaule et la poitrine, s'accompagnant d'un prurit intolérable ayant résisté aux moyens ordinaires de traitement.

Radiothérapie : 2 1/2 H, répétés chaque semaine en variant la région. Résultat dès plus satisfaisants.

Le prurit du jarret disparut dans les 6 ou 7 jours qui suivirent l'application de l'irradiation ; seule, l'épaule demanda 2 applications à 2 semaines d'intervalle. Guérison complète. J. Méneau.

Rhinosclérome.

Nature du rhinosclérome (Sulla natura del rinoscleroma), par Pasquale Longo. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1913, p. 645.

La constance, dit L., avec laquelle le bacille de Frisch se trouve à l'exté-

rieur et à l'intérieur de la muqueuse nasale des individus atteints de rhinosclérome permet de le faire considérer comme la cause de la maladie L'altération anatomique du rhinosclérome consiste en un processus inflammatoire spécialement caractérisé par une infiltration granulomateuse causée par le bacille de Frisch. On peut considérer le rhinosclérome comme une néoformation inflammatoire spécifique. H. Minot.

Sarcoïdes.

Un cas de sarcoïde sous-cutanée de Darier (Sopra un caso di sarcoide sottocutanea di Darier), par Aldo Marziani. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1913, p. 552.

M. a étudié ce cas de sarcoïde sous-cutanée, lequel, dit-il, est de nature à faire entrevoir une étiologie bien différente de celle admise jusqu'ici.

Un paysan de 24 ans, dans la famille duquel on note de la tuberculose osseuse et de la tuberculose pulmonaire, est frappé, à l'âge de 12 ans, de rhumatisme articulaire. La crise est sérieuse, le cœur est atteint; le patient doit rester 6 mois au lit. A la fin de cette attaque rhumatismale, apparaissent sous la peau les tumeurs qui lors de l'examen se présentent sous l'aspect suivant :

Ce sont de petites tumeurs dures, au nombre de 27, distribuées de la manière suivante : 12 à la nuque en deux files parallèles chacune de 6, l'une inférieure, l'autre supérieure, 4 à la région temporale droite, 3 à la région temporale gauche; toutes ces tumeurs localisées à la tête sont de la grosseur d'un pois chiche, lisses, dures, non adhérentes au plan profond ni au cuir chevelu qui les recouvre. Celles qui sont situées sur le tronc se répartissent ainsi : une au niveau de l'épine iliaque postérieure droite, l'autre au niveau de l'hypocondre droit; elles sont de la grosseur d'une noisette. Les autres nodules sont situés respectivement : 1 sur le membre supérieur droit, au niveau de la tête du radius, les autres aux membres inférieurs. Près du bord supérieur de la rotule gauche s'observe une tumeur grosse comme un haricot, près de laquelle sont trois autres tumeurs plus petites. Près du bord supérieur de la rotule droite, on sent une tumeur plus grosse, entourée de 4 autres plus petites. Toutes ces tumeurs sont de forme arrondie, lisses, dures, situées profondément dans le tissu sous-cutané, la peau qui les recouvre ne présente aucune altération. Examen bactériologique négatif, réaction de Wassermann négative, réaction de la tuberculine négative. Aucun signe clinique de tuberculose.

Sous l'influence d'injection de méthylarsinate de soude, les nodosités ne furent aucunement modifiées. Au contraire, sous l'influence du salicylate de soude, elles diminuèrent rapidement. Le traitement ayant été interrompu, les nodules grossirent de nouveau, et de nouveau l'absorption de salicylate de soude les fit rapidement diminuer de volume, en même temps qu'elle apportait un soulagement aux autres troubles (vagues douleurs articulaires, poussées d'urticaire) que présentait le malade.

L'examen histologique des tumeurs où s'observaient des lymphocytes, des cellules épithélioïdes et grand nombre de nombreuses cellules géantes, autorise M. à les ranger dans la classe des sarcoïdes sous-cutanées du type Darier et Roussy.

M. conclut qu'il y a une connexion certaine entre les tumeurs observées et le rhumatisme. H. Minot.

Trophœdème.

Un cas de trophœdème du membre inférieur droit, par P. Chatelin et Zuber. *Société de Neurologie de Paris,* 5 mars 1914. *Revue neurologique,* 30 mars 1914, p. 459.

Garçon de 16 ans. Début de l'affection vers l'âge de 5 ans. Le gonflement du membre inférieur droit s'est accru lentement en même temps que l'enfant grandissait. Gonflement uniforme de tout le membre, surtout la jambe, respectant relativement le pied ; sensation de résistance presque élastique à la cuisse, plus dure à la jambe. Coloration d'un blanc mat sauf à la fin de la journée où elle devient un peu violacée en même temps que l'œdème augmente légèrement. Pas d'autre trouble fonctionnel qu'une lourdeur de la jambe à la fin de la journée ou après une longue station debout. Pas de troubles de la sensibilité, ni des réflexes, pas de diminution de la force musculaire. Os normaux à la radiographie. Pas d'altération du sang. Pas d'hérédité similaire. G. Thibierge.

Zona.

Sur le zona généralisé avec lésions de la moelle (Ueber Herpes Zoster generalisatus mit Rückenmarks-Veranderungen), par L. v. Zumbusch. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 118, p. 823.

Un homme de 74 ans, malade depuis 13 jours, présente un zona intercostal droit au niveau de la 7e côte et de nombreuses efflorescences vésiculeuses sur la totalité du tégument, sauf dans le domaine du trijumeau. Mort d'aortite, myocardite, etc.

A l'examen microscopique de la moelle et des ganglions, on trouva tous ces derniers malades, et dans une grande partie de la moelle épinière même des altérations méningées et des altérations dégénératives et inflammatoires des éléments postérieurs de la moelle même, comme une poliomyélite postérieure, qui est d'ailleurs aussi antérieure en un point, au niveau de la 6e dorsale.

On peut admettre que la lésion initialement ganglionnaire s'est propagée secondairement par les gaines jusqu'à la moelle. Ch. Audry.

REVUE DES LIVRES

Introduction à la dermatologie (Einführung in die Dermatologie), par Bettmann. Wiesbaden, 1914 (Bergmann).

B. résume en 186 pages compactes les données générales qui peuvent être considérées comme nécessaires à la connaissance de la dermatologie spéciale. Cette étude correspond exactement à celle que l'on trouve habituellement en tête des grands traités français de dermatologie. Le livre est divisé en 4 chapitres : sur l'anatomie normale et pathologique de la peau, — sur la physiologie de la peau, — sur le diagnostic des dermatoses, — 'étiologie des dermatoses, — la signification pratique des dermatoses.

Tout est bien informé, ordonné, un peu aride cependant.

Tel qu'il est l'ouvrage peut rendre de grands services au médecin déjà instruit qui veut s'adonner à la dermatologie.

L'index alphabétique qui termine ce volume en facilite notablement l'emploi. Ch. Audry.

Du Refuge de la Maison de Secours (1624-1914). Histoire de la Clinique de dermatologie de l'Université de Nancy, par L. Spillmann et J. Benech. Brochure grand in-8 de 32 pages avec 13 planches hors texte. Imprimeries réunies de Nancy, 1914.

Cette brochure, éditée avec luxe, illustrée avec profusion et goût, est consacrée à l'histoire d'un établissement, qui, fondé par une femme pieuse et bienfaisante, Élisabeth de Ramfaing, pour recueillir les filles perdues et les prostituées de Nancy, fut le berceau de l'Ordre de Notre-Dame du Refuge et devint l'origine de nombreux établissements semblables. La Révolution le transforma en Maison de Secours pour les vénériens des deux sexes, les femmes enceintes et certaines catégories de chroniques. Depuis 1860, il abritait la Clinique dermatologique de Nancy. Au moment où L. Spillmann prenait possession des nouveaux locaux, très intelligemment aménagés pour cette clinique dans un ancien couvent de Nancy, il était juste qu'il jetât un coup d'œil rétrospectif sur la vieille maison, — qui, tout archaïque, et inconfortable qu'elle fût, avait à sa fondation constitué et réalisé un progrès et une œuvre de première utilité — où s'abritèrent ses prédécesseurs et où depuis près de 300 ans s'était lentement préparée et élaborée, suivant l'évolution habituelle et la transformation ordinaire des institutions sociales, la chaire qu'il occupe avec distinction. Après que la fin de la guerre aura rendu à son service de l'hôpital Maringer, actuellement transformé en hôpital militaire, sa destination normale. S. donnera, j'espère, une suite à cette brochure, en faisant connaître les heureuses dispositions de la nouvelle clinique. G. Thibierge

Tuberculose cutanée et tuberculide (Hauttuberkulose und Tuberkulide), par K. Zieler. *Praktische Ergebnisse auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechts Krankheiten,* IIIe année. Wiesbaden, 1914.

On aura une idée du travail exigé par la rédaction de ce volume quand on saura que les indications bibliographiques qui en forment le début sont au nombre de 2423.

Les 420 pages de ce fascicule constituent un appendice nécessaire au travail d'ensemble, resté classique, de Jadassohn dans le Manuel de Mracek.

Il est complètement impossible de tenter une analyse de ce livre qui n'est lui-même qu'un vaste et précieux résumé des innombrables recherches les plus récentes. Il est divisé en 2 parties ; la première est consacrée à l'étude des généralités : relatives au bacille (coloration ou différenciation, granulation de Much, culture des bacilles bovins et humains, recherche chez les animaux, dans le sang), — à l'immunité tuberculeuse, à la tuberculine, aux réactions tuberculeuses, aux traitements spécifiques de la tuberculose, — au diagnostic et à ses méthodes, — à la pathogénie. La seconde partie, spéciale, étudie d'abord les tuberculoses authentiques, bien définies, puis les maladies qui sont rattachées d'une manière plus ou moins directe, plus ou moins contestée à la tuberculose.

Pendant quelques années, un dermatologiste ne pourra guère se passer de ce fascicule dans sa bibliothèque. Ch. Audry.

Concetti e noziani fondamentali di patologia e di terapia della sifilide, par A. Pasini. 1 vol. in-32 de 151 p., Milan, U. Hoepli, éditeur, 1915.

Cet opuscule, qui fait partie de la célèbre collection du Manuel Hoepli, ouvrage de vulgarisation de toutes les sciences, ne s'adresse pas seulement aux médecins mais aussi aux profanes et a surtout pour but de contribuer à la prophylaxie de la syphilis en répandant la notion précise de la possibilité de sa guérison.

P. y expose très clairement, en quelques pages, la pathologie générale de la syphilis au point de vue de la parasitologie, puis étudie les agents de la thérapeutique antisyphilitique, leurs indications et leurs contre-indications, le plan général du traitement, qui a pour base principale le mercure, l'arsénobenzol ne s'adressant qu'aux phases initiales, spécialement aux deux premiers mois de la maladie. G. Thibierge.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ÉRYTHÈME ANNULAIRE CENTRIFUGE
(*ÉRYTHÈME PAPULO-CIRCINÉ MIGRATEUR ET CHRONIQUE*)
ET DE QUELQUES ÉRUPTIONS ANALOGUES

Par **J. Darier.**

Une éruption caractérisée par de grands anneaux et des bourrelets festonnés ou en arcs de cercle, rosés, saillants et fermes au toucher, qui couvrent de grandes régions du corps ; qui s'accroissent excentriquement et se déplacent assez rapidement pour qu'au bout de 8 ou 10 jours le dessin qu'ils figuraient soit absolument transformé ; qui après un certain temps se fragmentent, disparaissent et sont remplacés par des éléments nouveaux de même type, et cela pendant bien des mois consécutifs ; — voilà certes un tableau clinique surprenant et qui forcément attire l'attention.

J'ai eu l'occasion, il y a près d'une vingtaine d'années, d'observer un cas de ce genre. Il m'a paru que je me trouvais en présence d'une forme d'érythème ; de toute évidence il ne s'agissait pas simplement de cette modalité éruptive de l'érythème polymorphe que mentionnent tous les traités de dermatologie sous le nom d'érythème annulaire ; très probablement j'avais affaire à une entité spéciale, dont il était intéressant de rechercher les parentés, les relations avec les espèces dermatologiques connues, les variantes possibles, en vue d'en déterminer la nature et la signification. J'ai donc conservé la description de mon cas, les clichés photographiques et les préparations histologiques qui en provenaient, me réservant de le faire connaître lorsque j'aurais rassemblé quelques faits identiques ou analogues, tirés soit de mon observation personnelle, soit des publications d'autres auteurs. C'est le résultat de cette enquête que je rapporte aujourd'hui.

Il en ressort tout d'abord que les faits identiques sont vraiment rares, puisque je n'en ai trouvé que deux à adjoindre au mien. Il se peut, à la vérité, que quelques observateurs en aient rencontré, mais qu'ils hésitent, comme j'ai hésité moi-même. à extraire de leurs cartons un cas unique.

Il en découle d'autre part une constatation imprévue : c'est qu'il existe des éruptions analogues, ayant la même configuration, la

même allure, la même durée que cet érythème annulaire centrifuge que j'ai pris pour type, et qui cependant ne sont pas des érythèmes; on verra qu'en raison de tel ou tel caractère surajouté important, et d'une structure histologique différente, on est conduit à les classer dans de tout autres groupes.

Avant d'aller plus loin je tiens à bien spécifier que les dermatoses dont je m'occupe dans cet article, ce ne sont pas toutes les *éruptions* annulaires ou circinées en général; une revision aussi compréhensive m'entraînerait beaucoup trop loin et il n'y aurait aucun intérêt à comparer des manifestations cutanées disparates, n'ayant de commun entre elles que leur configuration.

Ce ne sont même pas tous les *érythèmes* de forme annulaire que j'ai en vue, tel que celui dont Kaposi, dans son chapitre sur l'érythème exsudatif multiforme, parle en ces termes: « Si les taches pâlissent rapidement au centre, tandis que le bord rouge s'étend par la périphérie, il en résulte un *érythème annulaire*; si plusieurs cercles se rencontrent et s'effacent à leur point de contact, il se produira des lignes serpentines et les dessins les plus variés, — *érythème figuré* (*erythema gyratum*). »

Ce qui me paraît moins banal et mériter qu'on s'y arrête un instant, ce sont les érythèmes à la fois *annulaires*, nettement *saillants*, à développement centrifuge *rapide* et *étendu*, et durablement *persistants*, — ainsi que les éruptions d'autre nature qui présentent les mêmes attributs.

Observation I (*Personnelle*). — ***Erythème papulo-circiné migrans chronique.***

L..., âgé de 26 ans, artiste peintre, se présente à moi le 15 mai 1898, pour savoir si oui ou non il est atteint de syphilis, comme le lui ont déclaré plusieurs médecins qu'il a consultés.

Je constate chez lui (fig. 1) une éruption de cercles et d'anneaux, abondante sur la région lombaire, sur les fesses et sur la face postérieure des cuisses, clairsemée sur les parties latérales du dos, sur la face antérieure des cuisses et sur les avant-bras, et qui affecte une distribution à peu près symétrique.

Ayant revu le malade à plusieurs reprises pendant deux à trois mois, j'ai pu m'assurer que cette topographie s'est maintenue; la tête et le cou, le haut de la poitrine, les creux axillaires, les aines et les organes génitaux, ainsi que les pieds et les mains, sont toujours restés indemnes; il en est de même des muqueuses. Exceptionnellement quelques éléments ont apparu sur les bras au voisinage des coudes, sur le poignet gauche, sur l'abdomen et sur le haut des jambes.

A n'importe quel moment on trouve simultanément des éléments d'âge différent, et des examens successifs m'ont permis de suivre leur évolution.

Ils apparaissent sous forme d'une papule rose, d'un demi à un centimètre de diamètre, plane, ou quelquefois dès sa naissance déprimée à son

centre et marginée. Au palper le doigt perçoit une induration d'ensemble

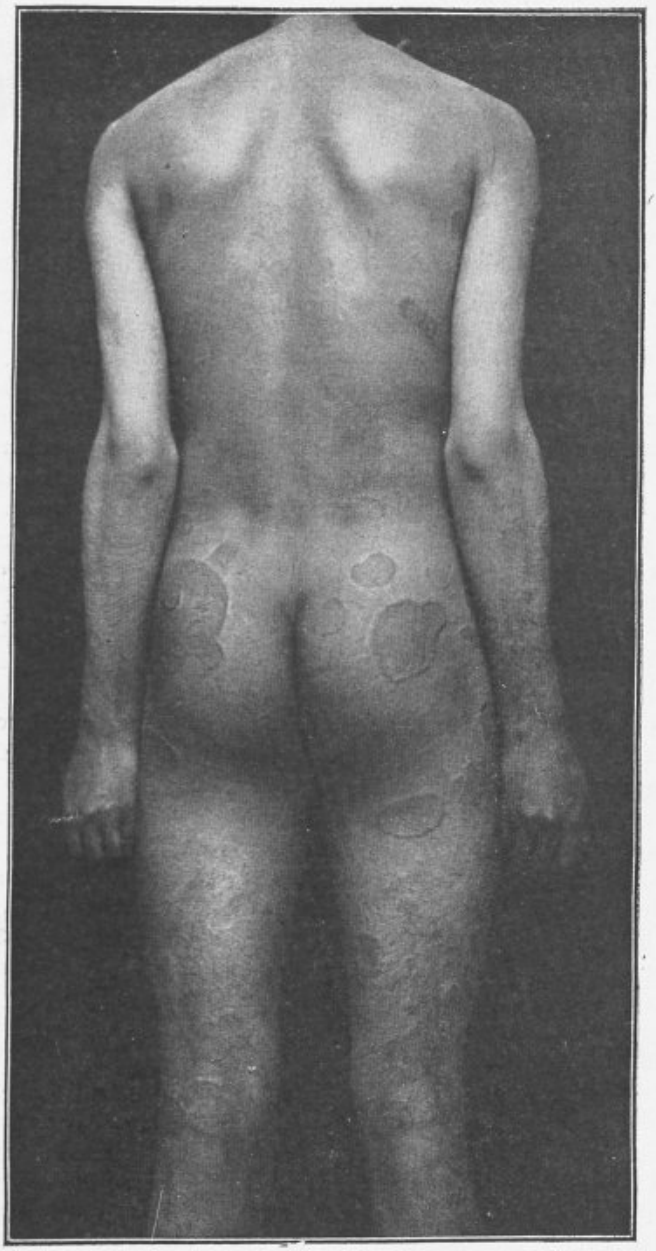


Fig. 1. — *Erythème papulo-circiné migrateur chronique.* — Malade de l'Observation I (photographie prise le 18 mars 1898).

ou plus souvent déjà en bourrelet. Bientôt la bordure s'étend excentrique-

ment, en un anneau d'un rose vif, large de 4 à 6 millimètres, haut de 2 à 3 millimètres, donnant au toucher la sensation d'un cordon dur ; en même temps l'aire centrale se déprime jusqu'au niveau du tégument voisin et reprend l'aspect normal, sauf une légère teinte pigmentée ou violacée, qui persiste durant plusieurs semaines. L'accroissement excentrique de la papule initiale est si rapide qu'en une semaine l'anneau qui en résulte a pris les dimensions d'une pièce de 1 franc ou même celle d'une pièce de 5 francs en argent. Au delà l'évolution varie suivant les éléments. Quelques-uns ayant atteint de 3 à 5 centimètres de diamètre et une forme ronde ou ovalaire, ne progressent plus ; ils persistent 8 ou 15 jours, puis s'effacent en laissant une macule pigmentée. D'autres, rencontrant dans leur extension un élément voisin, confluent avec lui par interférence, c'est-à-dire par effacement du rempart de séparation, d'où formation de cordons festonnés limitant des aires polylobées. Quelques anneaux enfin, souvent plus ou moins festonnés, s'étendent jusqu'à circonscrire des espaces de peau de la grandeur de la paume de la main, de la main tout entière, ou comprenant toute une large région. Les anneaux qui ont plusieurs centimètres de diamètre s'ouvrent parfois en un point de leur circonférence, par affaissement du bourrelet, donnant lieu à des formes en C ou en crosse ; les plus grands se brisent en nombreux arcs de cercle, qui continuent pour leur compte leur progression excentrique. L'évolution de ces derniers éléments dure plusieurs mois.

Si l'on considère qu'au cours de l'accroissement, de la fragmentation et de la disparition des anneaux, il apparaît constamment des éléments nouveaux, soit en peau saine soit sur les points qui ont été précédemment occupés, on conçoit qu'il en résulte des aspects plus compliqués encore que ceux que l'on voit sur les photographies que j'ai fait reproduire (fig. 2) ; à de certains moments j'ai vu coexister dans une même région, des cercles, des demi-cercles, de longs cordons festonnés et de véritables arabesques.

Il me faut revenir sur quelques détails de cette description : Les bourrelets rosés, saillants et durs, qui constituent les circinations, sont nettement limités du côté de la peau saine par un talus en pente rapide, sans le moindre halo congestif ; leur versant interne, du côté concave, est un peu moins abrupt et sa coloration rosée passe graduellemeent au rose bistré ou violacé de l'aire. Ces bourrelets sont des cordons continus, ne sont jamais constitués par un chapelet de papules et ne semblent pas résulter de la confluence de papules ; le terme « papulo-circiné » que j'emploie pour cette forme éruptive n'exprime donc à mon sens que la notion de début par une papule, et celle de saillie avec induration des cordons. L'infiltration qui les constitue est d'ordre congestif et œdémateux, comme le montrera l'examen histologique ; cliniquement déjà on peut le reconnaître au fait qu'un bourrelet pressuré et malaxé s'efface, pour reparaître quelques instants après, plus tendu et avec une coloration plus vive. C'est là un caractère de l'érythème papuleux.

A aucun moment je n'ai constaté sur la crête des bourrelets, ni sur leurs versants, aucun indice de vésiculation, non plus qu'aucune desquamation, ni lamelleuse, ni furfuracée, ni poudreuse. L'état maculeux des aires centrales ne s'accompagne, lui non plus, d'aucune desquamation, ni de chute des poils, ni d'une modification du quadrillage normal de la peau.

Enfin le prurit faisait à peu près complètement défaut; « cela ne me démange pas, ou très rarement et à peine », nous a déclaré le malade.

L'histoire de l'éruption est, elle aussi, assez curieuse. Elle a débuté au commencement de mars 1898, aux deux fesses symétriquement, par un anneau qui a grandi et duré plus de 2 mois. Les autres taches ont apparu peu à peu sans que rien les annonçât au malade. Leur accroissement est

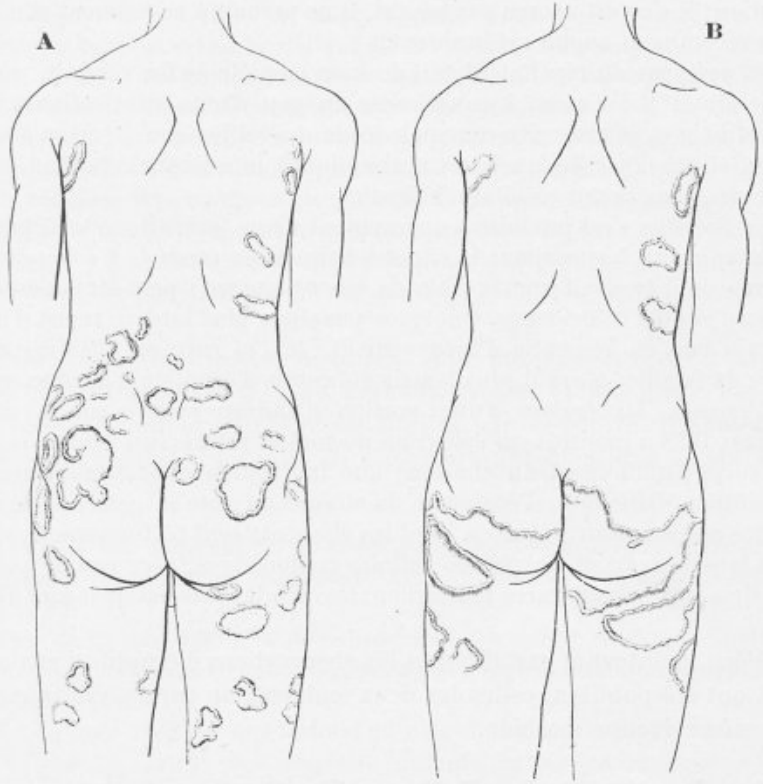


FIG. 2. — *Erythème papulo-circiné migrateur chronique.* — Figure demi-schématique calquée sur les photographies du malade de l'OBSERVATION I. — **A,** état de l'éruption au 18 mars (voir fig. 1). — **B,** état au 28 mars.

toujours plus rapide au début que lorsqu'elles ont grandi déjà; leur progression est assez variable, mais en tout cas *de plusieurs millimètres par jour,* de plusieurs centimètres par semaine! comme on en peut juger par la figure 2.

Jusqu'à la fin de novembre 1898, soit durant neuf mois, l'éruption a persisté sans aucune interruption, par la reproduction incessante d'éléments nouveaux. Au 1er décembre elle était abondante et forte. A ce moment elle a disparu en 6 à 8 jours sans jamais reparaître depuis lors.

J'ai, bien entendu, interrogé et examiné ce malade avec soin en vue de rechercher les causes possibles de son éruption. C'était un homme bien constitué, plutôt maigre, très nerveux, mais sobre et ne faisant aucun excès. Peu fortuné, il fréquentait des restaurants de prix très modique, où

la nourriture était de qualité douteuse ; ses fonctions digestives s'en sont plusieurs fois ressenties et il avait souvent la langue saburrale. Aucune trace de tuberculose ni antécédent suspect à cet égard. Pas de syphilis et jamais de blennorhagie. Aucune adénopathie. Ni kérose, ni état séborrhéique.

Aucun malaise préalable ni concomittant n'a marqué le début de l'éruption ; il s'en est aperçu par hasard. Il ne prenait à ce moment et n'avait pris récemment aucun médicament.

En présence du résultat négatif de mon enquête je fus conduit, par des vues plutôt théoriques, à soupçonner un peu d'auto-intoxication gastro-intestinale et je prescrivis au malade de surveiller son hygiène alimentaire, et d'essayer de quelques antiseptiques intestinaux, charbon, naphtol, etc., sans aucun résultat d'ailleurs.

La guérison s'est produite à un moment où ce jeune homme s'était mis spontanément à supprimer le vin et à boire à ses repas de l'« eau de goudron » qu'il trouvait sur la table de son restaurant ; peut-être n'est-ce là qu'une simple coïncidence. Quelques semaines plus tard il reprit l'usage du vin sans en ressentir d'inconvénient. Je l'ai revu en 1913, marié et père de famille, n'ayant plus jamais été repris d'éruption d'aucune sorte.

L'examen histologique d'une portion d'anneau excisée sur le dos le 28 mai 1898 a montré : un épiderme normal et intact ; un œdème modéré du corps papillaire et du chorion ; une infiltration cellulaire diffuse peu accentuée. Dans toute l'épaisseur du derme on note la présence de manchons périvasculaires denses, dont les éléments sont en immense majorité des lymphocytes et de petites cellules conjonctives, avec peu de polynucléaires, et quelques rares mastzellen ; les cellules plasmatiques font défaut.

Voici maintenant parmi toutes les observations d'éruptions analogues qui ont été publiées, celles des deux seuls cas me paraissant appartenir au même groupe morbide.

Obs. II. — **Otto Sachs.** ***Fall von Erythema exsudativum perstans*** (*Verhandlungen der Deutschen Dermatol. Gesellschaft*, VII Congr., Breslau, 1901).

Homme de 69 ans, de constitution grêle, légèrement emphysémateux et artérioscléreux, sans troubles gastro-intestinaux. Lui-même, ni aucun de ses proches, n'a jamais souffert d'urticaire. Mais pour la première fois en 1896 il a été atteint de l'affection actuelle qui a guéri en quelques mois et a récidivé plusieurs fois au cours des années dernières.

L'éruption occupe principalement le tronc, à un beaucoup moindre degré les membres supérieurs, et moins encore les membres inférieurs et les oreilles. Elle apparaît brusquement du jour au lendemain, en peau saine, sans prurit. Le malade est atteint de dermographisme, mais l'éruption semble en être tout à fait indépendante. Au début il s'agit d'élevures rondes ou irrégulières, des dimensions d'une lentille, rouge pâle ou lilacée ; en 8 ou 10 jours elles atteignent par extension périphérique l'étendue d'une pièce de 5 marks ou de la paume de la main. Au toucher la consistance est ferme. Le centre se déprime au bout de quelque temps

prenant une teinte jaunâtre-brunâtre, pendant que le bourrelet progresse ; il se forme ainsi des anneaux. La durée des éléments est variable ; quelques-unes persistent des jours, d'autres des semaines ou même des mois ; puis ils s'effacent en laissant une teinte brunâtre bleutée. Dans l'aire des éléments étendus on voit souvent apparaître des élevures nouvelles, de la grosseur d'un chènevis ou d'un pois, qui ont les mêmes caractères que l'élément primaire. L'affection s'accompagne d'une légère sensation de brûlure, qui est plus vive à la chaleur du lit. L'examen du sang et de l'urine n'a rien révélé d'anormal. La durée totale de l'éruption n'est pas précisée, mais elle persistait encore plusienrs mois après le début.

Une biopsie d'un bourrelet a montré un infiltrat de petites cellules disposé en manchons périvasculaires dans le corps papillaire, plus diffus dans le chorion ; il se compose en majorité de mononucléaires, en moindre proportion de lymphocytes, avec quelques mastzellen, sans cellules plasmatiques. Il y a de l'œdème modéré du derme, quelques leucocytes isolés dans le corps muqueux, et par places des noyaux dans la couche cornée.

Sur une photographie accompagnant cette publication on voit sur le dos du patient des anneaux, de grandes crosses et une vaste nappe pigmentée, de contour polycyclique, limitée par un bourreletfragmenté en plusieurs endroits ; au total un aspect presque identique à celui de notre figure 1.

Obs. III. — **B. Lipschutz.** ***Ueber eine seltene Erythemform: Erythema chronicum migrans.*** *Arch. f. Dermatol. u. Syphil.*, 1913, t. 118, p. 349.

Femme de 29 ans, ayant eu de la bronchite des sommets, mais actuellement bien portante, sans troubles digestifs, bien réglée, indemne de syphilis et de blennorrhagie.

Début en août 1912 par une tache d'un rose violacé sur la région trochantérienne gauche, à bords plus rouges et saillants, nettement limités du côté de la peau saine ; son contour est circulaire, vaguement festonné. Cette plaque s'est étendue peu à peu, gagnant de 3 à 6 centimètres par semaine ; le centre redevenant peu à peu normal, sauf une teinte légèrement cyanotique, la lésion s'est transformée en un anneau qui mesurait, au bout de 2 mois, 50 centimètres de diamètre. Il ne s'est produit aucune desquamation. Au début il y a eu de légères sensations de brûlure ou de piqûre qui ont disparu bientôt ; aucune fièvre, ni aucun trouble des fonctions. On a noté que la peau est un peu dermographique, aussi bien en dehors qu'en dedans de l'anneau.

Cet anneau érythémateux, légèrement saillant, a continué à s'accroître pendant 9 mois, puis la malade a été perdue de vue. Sur les deux photographies qui illustrent cet article, on voit l'anneau en relief entourer les deux fesses, les deux hanches, une partie du dos et s'étendre jusqu'à la rotule.

L'examen histologique n'a montré que des lésions congestives, avec çà et là des cellules conjonctives plus nombreuses qu'à l'état normal.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une forme d'érythème qui en raison de sa rareté n'a pas été remarquée. Au début l'élément a ressemblé à l'érysi-

péloïde de Rosenbach, mais avec moins d'infiltration. Ce type diffère des autres érythèmes, de l'érythème polymorphe et des éruptions médicamenteuses, par l'unicité de l'élément, par sa persistance et par sa migration. Il ne voit aucune étiologie toxique ou infectieuse à invoquer.

Il me paraît incontestable que les trois observations qui précèdent se rapportent à une éruption de même espèce ; dans le premier cas elle était profuse : moins abondante dans le second ; dans la troisième on n'a constaté qu'un seul élément, mais géant et extraordinairement persistant. Ce sont là de simples nuances.

Que cette éruption appartienne au groupe morphologique des *érythèmes*, cela ressort avec évidence de la constitution de ses éléments, presque purement congestive et œdémateuse, à peine inflammatoire ; de leur apparition et de leur évolution aiguës ; de leur disparition rapide enfin, sans autre reliquat qu'une macule pigmentaire.

Si les éléments évoluent suivant le mode aigu, l'éruption est cependant durable, persistante, chronique ; cela tient à ce qu'elle se renouvelle incessamment.

L'étiologie de cet érythème est absolument obscure. Dira-t-on qu'il est d'origine toxique, auto-toxique ou infectieuse, ou autre ? Toute donnée à cet égard fait complètement défaut.

On est tout naturellement tenté de le considérer comme une simple variété de l'*érythème exsudatif multiforme de Hebra*, et en particulier de sa forme papuleuse ou discoïde, d'autant plus que celle-ci peut donner lieu à la formation d'anneaux.

Mais ce serait singulièrement agrandir et déformer le cadre de cette maladie, que d'y faire rentrer notre érythème annulaire saillant.

L'érythème polymorphe s'accompagne d'ordinaire, au début, de troubles de la santé générale et d'œdème régional, qui ont manqué ici dans tous les cas. Son territoire d'élection est à la face dorsale des poignets et des mains ; il occupe parfois les coudes, les genoux, le front et la nuque, mais très exceptionnellement les fesses et le tronc. Le développement excentrique de ses éléments peut il est vrai être assez rapide ; dans quelques cas, que j'ai suivis de près à dessein, et photographié périodiquement, j'ai constaté que la progression des bords peut momentanément atteindre 1 millimètre par jour ; mais elle s'arrête bientôt, l'extension des taches restant en somme assez limitée. Quand, par guérison centrale des taches marginées, se produit la transformation en anneaux et en lignes festonnées, que j'ai rappelée au début de cet article, les circinations ne sont pas saillantes, ou à peine. La durée du processus est de 10 à 40 jours et ne dépasee guère deux mois ; si les récidives ne sont pas rares, elles se font à intervalles éloignés et l'on n'observe pas de cas très prolongés dus à des poussées subintrantes indéfiniment répétées. Il n'est pas jusqu'à la structure histologique qui

n'accuse des différences : dans le bourrelet des disques de l'érythème polymorphe on trouve une importante infiltration cellulaire diffuse du corps papillaire et de la région supérieure du chorion, remarquable par l'abondance des polynucléaires et des granulations nucléaires libres.

Pour toutes ces raisons, j'estime qu'on ne saurait tout uniment faire rentrer notre érythème annulaire saillant et centrifuge dans l'érythème polymorphe. Sachs et Lipschütz, dans la discussion de leurs observations respectives, arrivent à cette même conclusion.

Un des traits caractéristiques de notre érythème c'est la longue durée de son évolution ; il paraît légitime de faire figurer cette notion dans le nom qu'on lui donne. Malheureusement les termes d'*erythema perstans* ou d'*erythema chronicum*, qu'ont choisi les auteurs des observations II et III, outre qu'ils s'appliquent mal à des lésions si franchement aiguës et migratrices, ont été employés dans ces dernières années pour désigner des affections si disparates et pour la plupart si mal définies, qu'ils en sont comme disqualifiés.

C'est ainsi que dans un article intitulé *Erythema perstans*, G.-W. Wende (1) rapporte une douzaine de cas, dont deux personnels, parmi lesquels il m'a été impossible d'en découvrir un seul qui fût sûrement identique aux 3 observations ci-dessus. Le plus analogue est le premier de ses cas personnels. Il s'agissait d'un homme de 28 ans, bien portant, dont le tronc et le membres se couvraient depuis 4 ans et demi de taches, d'anneaux et de segments d'anneaux rouge violacé, entourant des aires légèrement pigmentées; les dimensions moindres des anneaux, leur saillie moins accusée, la desquamation fine des aires, l'absence de renseignements sur la rapidité de l'extension et sur les lésions histologiques, laissent un doute dans mon esprit.

J'ai pu croire que le terme d'*erythema elevatum diutinum*, introduit dans la science en 1894 par Radcliffe Crocker (2) avec Campbell William, s'appliquerait bien à l'éruption que j'étudie. En réalité l'affection ainsi dénommée ne me semble guère différer de celle que le même auteur a baptisée *Granulome annulaire* (*ringed eruption* de Colcott Fox, *lichen annularis* de Galloway) et qui a été si parfaitement étudiée par mon ami le Dr Graham Little (3). C'est dire qu'elle désigne des nodules durs, agminés, siégeant de préférence près les articulations des extrémités, pouvant, par guérison centrale et extension périphérique, donner lieu à des anneaux ; cette affection, qui évolue avec une grande lenteur, n'a absolument rien de commun avec nos cas.

(1) Grower W. Wende, Erythema perstans, with report of two cases involving circinate lesions. *The Journal of cutaneous diseases*, juin 1906, p. 241.

(2) Radcliffe Crocker, *Diseases of the skin*, 3e édit., Londres, 1903, p. 104, 409 et 1015.

(3) E. Graham Little, Granuloma annulare; a clinical and histological study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section*, juillet 1908.

En somme, si l'on veut choisir pour ceux-ci un nom approprié et suffisamment descriptif, je ne vois que le terme nécessairement un peu long d'*érythème papulo-circiné migrateur et chronique* que j'ai donné pour titre à ce mémoire.

*
* *

Passons maintenant aux éruptions qui tout en offrant de frappantes analogies avec notre érythème par leur disposition générale, leur marche et leur durée s'en distinguent cependant par des caractères de première importance.

Les cas de cet ordre appartiennent à trois groupes distincts :

1° *Eczématides papulo-circinées migratrices.*

Ici l'éruption ne diffère de celle de l'érythème papulo-circiné, que par une desquamation contemporaine, accentuée et disposée d'une façon assez particulière.

Obs. IV (*Personnelle*) (3). — ***Éruption circinée papulo-squameuse, à extension centrifuge rapide et à structure d'eczématide.*** — Homme de 48 ans, amaigri et presque cachectique; depuis de longues années il souffre d'entérite, a des dents et des gencives dans un état pitoyable, et une hygiène alimentaire déplorable. Signes suspects aux sommets des deux poumons. Surmenage cérébral intensif.

L'éruption pour laquelle il vient consulter a débuté il y a 3 ans. Il s'est aperçu par hasard des quelques cercles sur ses bras. Peu à peu d'autres régions ont été envahies. Actuellement les territoires occupés sont le dos et les épaules, les fesses, les cuisses et les bras; la face antérieure du tronc, le cou, la tête et les extrémités sont toujours restés indemnes.

Dans ces régions on trouve entremêlés: des disques, des cercles à centre déprimé et squameux, des anneaux et de grandes arcades isolées ou réunies en festons; toutes ces figures sont dessinées par des saillies rouges, étroites et continues, bordées sur leur versant concave d'une *collerette de squames* (fig. 3).

La coexistence d'éléments de toute grandeur et de tout âge permet de reconstituer aisément l'évolution des éléments. Au début, ce n'est qu'une élevure lenticulaire, rose et saillante, qui presque immédiatement se déprime à son centre. A mesure que l'élément grandit, la disposition en anneau s'accentue et la dépression centrale s'enfonce jusqu'au niveau de la peau saine. Dès que l'anneau mesure plus de 3 ou 4 centimètres de diamètre, il cesse généralement d'être régulier et continu ; il prend un contour irrégulier, il se festonne, ou bien il se brise en arcs de cercle, ou s'efface d'un côté, se transformant en arcade qui continue à progresser.

(3) Je remercie mon excellent assistant et ami le Dr Civatte qui m'a aidé à recueillir cette observation.

La saillie qui dessine les anneaux ou arcades, est rouge et ferme, large de 3 à 4 millimètres, haute de 2 millimètres environ, continue et non divisée en papules; elle donne au toucher la sensation d'une cordelette.

Sur sa crête, l'épiderme est tendu et luisant; ses deux versants sont en pente rapide. En dehors, la rougeur s'arrête net au pied du talus, et immédiatement à côté la peau paraît normale. En dedans au contraire, persiste une teinte jaunâtre et, sur une zone d'un centimètre de largeur environ, l'épiderme est flétri et se détache.

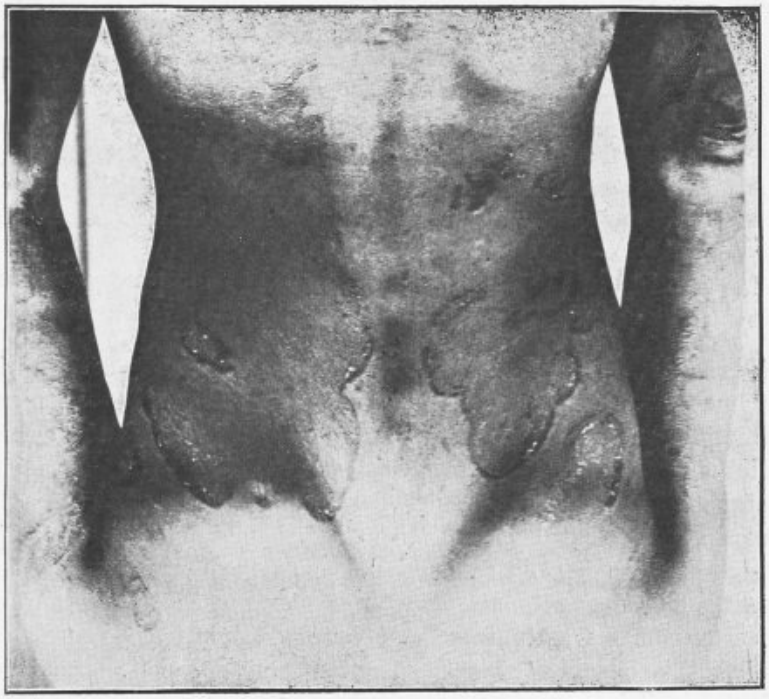


Fig. 3. — *Eczématides papulo-circinées migratrices.* — Malade de l'Observation IV.

Sur l'aire des éléments qui n'ont que les dimensions d'une pièce de 50 centimes, on peut soulever une large squame lamelleuse. Quand l'élément est plus étendu le bourrelet ou l'arceau porte sur sa concavité une lamelle cornée, qui adhère au versant interne et est flottante en collerette sur le reste de son étendue; cette collerette peut atteindre un centimètre de largeur. Sur le reste de l'aire centrale la peau a repris son aspect normal.

La progression des anneaux et arcades est plus rapide tant que les éléments ont moins de 4 à 5 centimètres; elle est en moyenne de 1 millimètre par jour, ainsi qu'en témoignent des photographies successives. Aux diverses régions atteintes, les caractères de l'éruption sont les mêmes. Les sensations subjectives sont à peu près nulles; le malade ne se plaint pas de prurit et on ne le voit pas se gratter.

Le traitement a consisté à rectifier l'hygiène générale, à faire soigner les

dents, et à recommander des applications de glycérolé à l'ichthyol qui ont paru améliorer l'état de la peau. Mais le malade, des plus indociles, a disparu au bout d'un mois, sans qu'on ait pu savoir ce qu'il était devenu.

Examen histologique. — Par biopsie on a prélevé une portion d'un des arceaux de la région interscapulaire et un élément naissant de la région ombaire.

Sur les coupes on constate des lésions importantes de l'épiderme. Il est partout parsemé de cellules migratrices. Au sommet du bourrelet se voient des foyers de spongiose, avec de belles vésicules histologiques; au point correspondant, le corps papillaire est fortement œdématié et infiltré de cellules lymphoïdes, disséminées ou accumulées autour des vaisseaux sanguins. Le chorion, à part un certain degré d'œdème, est à peu près normal.

Ces lésions, et en particulier la spongiose de l'épiderme, sont remarquablement nettes sur l'élément jeune.

Dans l'aire centrale, au voisinage du bourrelet, on constate des croûtelles et de la desquamation, ainsi que de nombreuses cellules pigmentaires dans le corps papillaire.

Au total ce sont là les lésions des *eczématides figurées* avec un degré exagéré d'œdème et d'infiltration du corps papillaire.

Nous aurions donc affaire à une forme particulière de cette variété d'eczéma séborrhéique ou séborrhéides que j'ai cru devoir appeler eczématides figurées, que Brocq désigne sous le nom de dermatose médiothoracique, et qui correspond à l'eczéma flanellaire des anciens auteurs de l'hôpital Saint-Louis. Les caractères anormaux que l'on relève ici consistent dans la distribution topographique, qui épargne les régions sternale et interscapulaire, dans l'extension extraordinairement rapide des éléments, dans la saillie accusée de leur bourrelet qui se transforme en anneaux et arcades de large envergure ; tout cela il faut l'avouer n'est guère dans le plan habituel de cette dermatose.

Toutefois j'ai pu recueillir un certain nombre d'observations, avec photographies et biopsies, de cas nettement intermédiaires entre l'eczématide figurée commune et le type de l'observation IV. Il s'agissait d'éruptions généralisées au tronc et aux membres, épargnant la tête et les extrémités, composées de taches marginées et de très larges placards de contour géographique, durant plusieurs mois et se perpétuant par poussées subintrantes. Il y manquait à la vérité la saillie accusée des bourrelets, leur transformation parfaite en anneaux et arcades, et la rapidité de leur progression. De plus ces bourrelets ne constituaient pas une crête continue et tendaient plutôt à se résoudre en un chapelet de papules couronnées d'une croûtelle. J'estime donc que ces faits, paraissant intermédiaires, n'étaient en réalité que des eczématides figurées ordinaires, dont elles avaient du reste franchement la structure histologique. Les épithètes « papulo-circinée » et « migratrice » ne leur auraient certes pas été applicables.

Parmi les cas publiés par les auteurs je n'en ai pas trouvé un seul qui fût superposable au mien ; généralement d'ailleurs les détails fournis sont insuffisants. Le seul qui vraisemblablement soit un exemple de cette forme d'eczématide, est celui de la deuxième observation personnelle de G.-W. Wende (1), dont voici le résumé :

Un homme de 43 ans, eczémateux, présentait sur les cuisses, les fesses, les épaules et les bras, une éruption qui avait débuté par le scrotum et se composait d'anneaux saillants et de figures circinées, d'un rouge clair ou violacé, entourant des aires légèrement pigmentées. L'auteur parle d'une desquamation furfuracée, sans mentionner de collerette ; il revient à plusieurs reprises sur la rapidité remarquable de l'accroissement et de changement d'aspect des circinations, sans indiquer quel est le degré de cette rapidité. Mais l'examen histologique lui a montré un œdème intercellulaire du corps muqueux (spongiose), une dissociation de la couche cornée, une diminution de l'éléidine, et des infiltrats cellulaires périvasculaires qui sont des lésions d'eczématides.

2° *Dermatite herpétiforme, variété papulo-circinée.*

Quiconque lira attentivement l'observation suivante, sera frappé à la fois d'une remarquable analogie et des différences pourtant importantes qui existent entre l'éruption qu'elle décrit et notre érythème papulo-circiné migrans chronique.

Obs. V. — **T. Colcott Fox.** ***Persisting gyrate erythema in the two elder membres of one family. Erythema gyratus perstans.*** *Atlas international des maladies rares de la peau,* fasc. V, 1891.

Les 2 aînés d'une famille de 5 enfants, George W.... âgé de 19 ans 1/2, et sa sœur Sarah, âgée de 18 ans, sont atteints pareillement, depuis l'âge de 3 ou 4 ans, d'une éruption procédant par poussées, mais persistante, car ils n'en ont jamais été complètement indemnes.

Cette éruption apparaît sous forme de papules érythémateuses miliaires, un peu élevées, et s'accompagne d'un prurit insupportable qui trouble le sommeil. Ces papules s'étendent excentriquement, pendant que le centre s'affaisse et pâlit ; au bout de quelques heures déjà l'élément a l'aspect d'une aire circulaire de peau un peu pigmentée, mais à part cela normale, cerclée par une bordure érythémateuse et un peu saillante. La tache se couvre d'une squame, qui se détache si rapidement qu'on ne trouve généralement qu'une frange d'épiderme déchiqueté (a ragged cuticular fring) adhérente au versant interne de la bordure de l'anneau ; cette frange donne une physionomie tout à fait curieuse et remarquable à l'éruption.

Les anneaux s'élargissent jusqu'à prendre les dimensions de la paume de la main ; quand ils en rencontrent un autre, il y a confluence ; en sorte que peu à peu de larges surfaces du tégument se couvrent de dessins fes-

(1) *Loc. cit.*

tonnés et gyratés. Au bout de quelques jours l'éruption s'éteint en ne laissant qu'une pigmentation.

Les poussées reviennent, plus ou moins intenses, tous les 3 mois au moins et durent, selon leur intensité, de 10 jours à 3 mois; la plus grande partie du tronc et des membres, et principalement les faces d'extension, sont en pareil cas envahies; mais constamment, entre les poussées, on trouve quelques éléments en évolution sur les épaules, les fesses et les cuisses. Jamais la figure, le cuir chevelu, ni le cou n'ont été atteints; le dos des mains et des pieds ne sont pris que rarement; les muqueuses sont toujours restées indemnes.

Les poussées s'accompagnent de sensations marquées de prurit et de cuisson, quelquefois très intenses et exaspérées par la chaleur. La santé générale est bonne. L'éruption s'est constamment présentée sous la même forme.

Il est arrivé une seule fois, en 1889, chez le jeune homme, qu'au cours d'une poussée particulièrement sévère, les bordures et anneaux se sont couverts d'une *vésiculation* comme dans une dermatite herpétiforme; le fait ne s'est pas reproduit.

George W... s'est marié et a trois enfants sains; il est âgé actuellement de 29 ans. Sa sœur a présenté une poussée intense dans les derniers mois d'une grossesse.

Il n'a pas été fait d'examen histologique, ce qui est regrettable, ni d'examen du sang.

Sur la planche en couleurs qui accompagne cette observation, est figurée une épaule de la jeune femme, avec des taches débutantes, de petits anneaux et des « gyrations ». On y remarque la collerette épidermique blanche, déchiquetée, qui adhère par un de ses bords au versant interne des anneaux, et reste flottante par son bord dirigé vers le centre de la tache, lequel est un peu pigmenté.

L'auteur ne connaît pas de cas du même genre. Il relève la curieuse analogie morphologique qu'il y a entre cette éruption et celle qui caractérise la glossite exfoliatrice marginée; même accroissement centrifuge rapide à partir de la tache initiale, même rupture en segments de cercles, même desquamation précoce laissant une frange qui flotte du côté interne, même répétition constante des lésions sur un même territoire.

Il écarte, comme insoutenables, les diagnostics d'éruption médicamenteuse, de pityriasis maculata et circinata de Duhring ou eczématides, et d'érythème multiforme, bien qu'il connaisse des cas de cette dernière dermatose à évolution plus ou moins chronique.

Quoiqu'il n'ait pas constaté de polymorphisme vrai, et qu'on put à peine relever quelques variations régionales, relevant d'une nuance plus ou moins vive et d'une desquamation plus ou moins épaisse, il tend à croire qu'il a affaire à une dermatite herpétiforme de Duhring (dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives

de Brocq) qui serait stéréotypée à sa phase érythémateuse ; il est évident qu'il a été conduit à cette opinion, moins par le polymorphisme, que par l'extrême chronicité de l'éruption coïncidant avec la conservation d'un bon état général, et surtout par l'apparition une fois constatée d'une vésiculation sur les bourrelets.

En somme les différences entre l'éruption si bien décrite par Colcott Fox et l'érythème papulo-circiné migrans chronique sont les suivantes : desquamation en collerette, prurit marqué ; généralisation plus étendue ; durée dépassant 15 années ; le caractère familial de la maladie mérite aussi l'attention. Mais le trait le plus caractéristique c'est l'apparition des vésicules.

Il est impossible de ne pas être frappé du fait que si cette vésiculation avait tardé 2 ans de plus, ou si l'observation avait été arrêtée deux ans plus tôt, le meilleur argument pour ranger ces cas dans la dermatite herpétiforme aurait manqué. Et l'on peut se demander, sachant combien la dermatite polymorphe de Brocq est vraiment polymorphe et combien sont confuses les limites qui la séparent de certains érythèmes récidivants, si nos érythèmes papulo-circinés migrans ne seraient pas des cas frustes, incomplets, avortés si l'on veut, de cette grande dermatose. J'y ai pensé à propos de mon observation I et c'est une des raisons qui m'a fait retarder ma publication et poussé à revoir le malade 15 ans après pour savoir si son éruption n'avait pas reparu.

Restent il est vrai la desquamation en collerette et le prurit. Il est remarquable que ces deux symptômes n'ont pas manqué non plus dans le cas suivant, dans lequel il s'est produit aussi des poussées de vésicules. L'auteur le donne comme un cas de dermatite herpétiforme et il me paraît intéressant de le rapprocher des cas de Colcott Fox.

Obs. VI. — **Bloch** (interne du service du Dr Brocq). — ***Érythème circiné récidivant. Dermatite herpétiforme, variété érythémateuse.*** *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1907, p. 126 (résumée).

Georgette R., 16 ans, bonne santé. Début à l'âge de 9 ans. Éruption persistante depuis lors, procédant par poussées de 5 à 10 jours, répétées, subintrantes même, jamais séparées par un intervalle de plus de 2 à 3 mois. Siège principal aux flancs, aux fesses, aux hanches, à l'épigastre, parfois aux membres, jamais à la tête. Prurit plus ou moins marqué, avec chaleur et hyperesthésie cutanée. Taches papuleuses à développement excentrique, se transformant en une bordure annulaire, infiltrée mais peu saillante, qui en quelques jours s'affaisse, se fragmente puis disparaît en laissant une aire nettement pigmentée.

En juin 1905 un élément nouveau s'est surajouté à ces lésions pendant un temps très court : la bordure des placards érythémateux s'est, à deux ou trois reprises, couverte d'une foule de petites vésicules miliaires superficielles contenant un liquide citrin. Ce fait ne s'est pas reproduit dans les mois suivants.

Une différence notable entre ce cas et le précédent consiste en ce que les bordures paraissaient ici constituées par un agrégat ou un chapelet de papules, dont chaque élément tendait à empiéter sur ses voisins ; d'où un contour finement festonné ou ondulé. Cette particularité apparaît sur la figure jointe à l'observation, sur laquelle se distingue aussi très nettement la *collerette* épidermique interne des anneaux et arcs de cercle.

L'examen histologique a été fait, mais l'exposé en est trop peu précis pour qu'on puisse le prendre en considération. Il n'y avait pas d'éosinophilie sanguine.

3° *Impétigo circiné à grands anneaux migrateurs.*

On ne s'attendrait guère à voir l'impétigo réaliser un aspect clinique voisin des précédents. Il est bien connu que certains impétigos ont une tendance à guérir au centre, en s'étendant excentriquement à la périphérie, et cela jusqu'aux dimensions d'une pièce de 5 francs et au-dessus ; c'est ce qui justifie l'expression d'*impétigo circinata* qu'on emploie d'une façon banale pour cette variété d'évolution.

Mais je doute fort qu'un dermatologiste même expérimenté eût songé d'emblée au diagnostic d'impétigo en face du cas suivant (fig. 4). On y trouvait de vastes régions couvertes de grands anneaux et de circinations compliquées ; pourtant un examen attentif permettait de relever des caractères distinctifs très nets d'avec les éruptions circinées que j'ai décrites ci-dessus : Saillie moindre des bourrelets ou arcades ; rebord externe marqué par une pustulation plane et flasque, qui très vite donne lieu par dessiccation à une fine croûtelle mellicérique ou d'un gris jaunâtre ; progression tout aussi rapide, mais variable suivant les points et les périodes ; tendance moindre à l'interférence, en ce sens que lorsque deux éléments se rencontrent leurs bords s'adossent souvent pendant un temps, au lieu de disparaître aussitôt ; fréquence de la reproduction d'éléments nouveaux dans les aires de guérison, d'où production de cercles concentriques ; prurit très modéré, remplacé par une sensation de tension locale.

Obs. VII (1). — ***Éruption annulaire et festonnée, pustulo-croûteuse, à extension centrifuge rapide et de durée prolongée.*** — Av..., âgé de 26 ans, de bonne santé habituelle, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis le 25 juin 1913. Il a été pris il y a un an d'une éruption du cuir chevelu, qui a débuté par des squames avec un peu de démangeaisons, et qui a suppuré au bout d'un mois. Elle a guéri sous l'influence d'une pommade, puis reparu à plusieurs reprises, et existe encore actuellement. Peu

(1) Cette observation a été recueillie dans mon service par M. le Dr Civatte.

après chacune de ses poussées au cuir chevelu, le malade a remarqué sur le corps et les membres l'apparition d'éruptions analogues à celle qu'il présente en ce moment, mais de plus en plus abondantes et fortes.

Actuellement on constate sur le cuir chevelu un pityriasis gras ainsi que

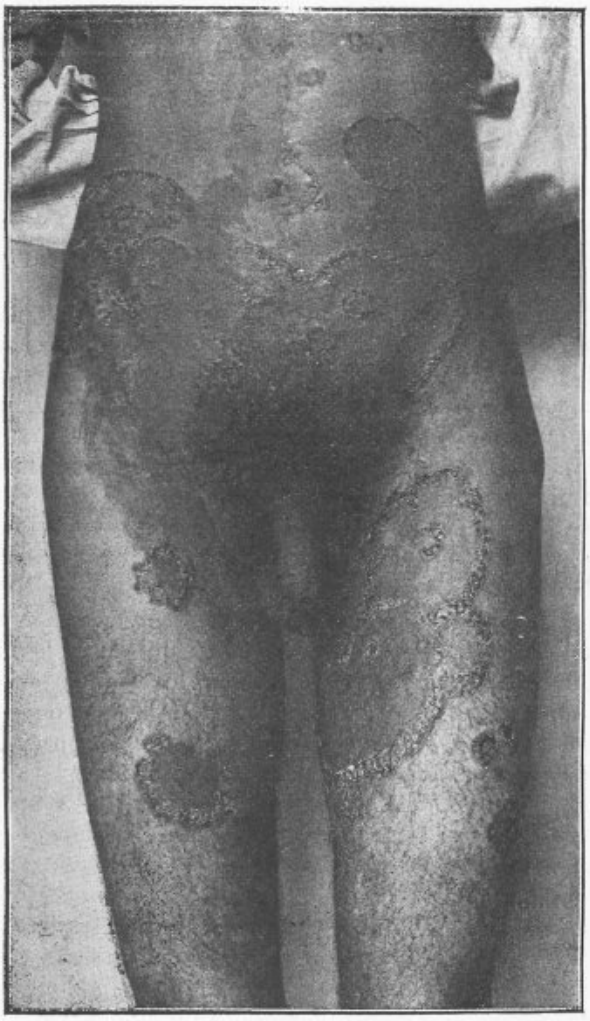


FIG. 4. — *Impétigo circiné à grands anneaux migrateurs.* — Malade de l'OBSERVATION VII.

des taches limitées, constituées par des squames — croûtes adhérentes, sur une base rouge. Elles ont l'aspect de l'eczéma séborrhéique banal. Les lésions dépassent en certains points, à la nuque et derrière les oreilles notamment, les limites du cuir chevelu et s'y traduisent par une tache rouge bordée par une mince croûte jaune et sèche, large de 2 millimètres; par

places au lieu d'une tache, il n'y a qu'une arcade rouge, bordée d'un trait croûtelleux.

L'éruption du corps est particulièrement abondante et confluente sur l'abdomen et sur les cuisses ; mais on en trouve quelques éléments sur les bras, sur le dos et sur la jambe gauche.

Elle consiste en grands cercles, allant des dimensions d'une pièce de monnaie à celle de la main tout entière, et au delà, parfois parfaitement ronds et complets, parfois incomplets et dessinant une série d'arcades ou de lobes, ou d'arabesques.

L'élément initial est toujours une « cloque » c'est-à-dire un soulèvement bulleux flasque, qui apparait en un point quelconque, sans prurit. Que le malade la perce ou non, l'évolution est identique ; il n'y a pas de guérison complète, mais progression excentrique avec guérison centrale. Ce n'est que lorsque l'élément a duré un mois ou deux, que la guérison spontanée survient.

Les circonférences des cercles ou arcades sont à peine saillantes, et constituées comme suit : une bordure rosée, portant un soulèvement bulleux continu, du type bulle flasque d'impétigo, large de 2 à 3 millimètres, et, du côté concave, une croûte jaune de même dimension ; l'ensemble a donc une largeur variant de 5 à 10 millimètres. La croûte est manifestement formée de l'épiderme plissé de la bulle, imbibé de sérosité desséchée ; le contenu de la bulle est louche, grisâtre. Au point où la croûte, ou bien la bulle, sont excoriées, elles laissent à vif une surface rouge et humide.

En dedans de la bordure, l'aire de l'élément reste rougeâtre ou fauve, mais sauf cela d'apparence normale. Lorsque des éléments se rejoignent, leur bordure s'adosse assez longtemps avant que la confluence ait lieu. Dans les cercles qui ont une certaine étendue on voit fréquemment se produire des récidives de forme identique, d'où production de cocardes à cercles concentriques et parfois multiples. Dans leur extension les éléments envahissent aussi bien les surfaces précédemment occupées, et encore marquées d'une teinte bistre, que le tégument sain.

Soumise au traitement habituel de l'impétigo, par des lotions sulfatées et une pommade à l'oxyde jaune, l'éruptiou a guéri lentement en laissant de larges macules pigmentées. Mais le malade, peu soigneux, ne s'est pas traité jusqu'au bout, et il est revenu en août et septembre de la même année avec une éruption doublée de surface ; les bras et les aisselles notamment sont couverts de circinations.

L'examen histologique d'une portion de la bordure bulleuse et croûteuse d'une tache de l'abdomen, a montré des lésions absolument caractéristiques, et bien différentes de celles de l'érythème annulaire ou de l'eczématide circinée.

Il s'agit d'une bulle sous-cornéenne, résultant du détachement de la couche cornée au niveau du stratum granulosum et de son soulèvement par une sérosité renfermant un peu de fibrine, de nombreux globules de pus, et quelques très rares cellules épidermiques flottantes. Le bord de la bulle, du côté de la peau saine, est tout à fait nettement arrêté. Sous la bulle l'épiderme malpighien est le siège d'un œdème parenchymateux très prononcé, avec vacuolisation périnucléaire, et d'une exocytose extrêmement abondante ; on voit les leucocytes polynucléaires affluer en foule

à travers cet épiderme; les sommets des papilles sont turgescents et distendus par l'œdème; les vaisseaux du corps papillaire tout entier sont dilatés. L'infiltration de ce corps papillaire décroit rapidement à mesure qu'on s'éloigne de la couche la plus superficielle, et ne gagne pas le chorion; elle est constituée uniquement par des polynucléaires, avec quelques rares mastzellen.

Du côté de la croûte on voit la couche cornée, qui a été soulevée, se souder à des lits de pus et de fibrine desséchée; dans cette région la migration cellulaire à travers l'épiderme est déjà très atténuée; puis bientôt se reforme une nouvelle couche cornée, d'abord parakératosique, puis très rapidement normale.

Ces lésions sont donc très exactement celles de l'impétigo de Tilbury Fox.

Des ensemencements ont été faits avec le contenu louche de la bulle; les circonstances actuelles ne m'ont pas permis de retrouver les notes qui avaient été prises sur leur résultat. J'ai des raisons de penser que les cultures auront montré des staphylocoques et des streptocoques.

*
* *

Ainsi l'éruption que j'avais observée en 1898, et qui a servi de thème principal à cette étude, était bien un érythème, voisin mais cependant distinct de l'érythème polymorphe, et qui mérite, jusqu'à plus ample informé, de porter un nom spécial.

Je viens de montrer que diverses dermatoses classées (une forme d'eczématides, certaines dermatites herpétiformes frustes, et en quelque mesure même l'impétigo) peuvent réaliser un tableau clinique analogue et affecter une allure tout à fait comparables.

Est-il nécessaire de pousser plus loin l'examen du diagnostic différentiel de l'érythème papulo-circiné migrateur et chronique? Je ne le pense pas, si l'on veut bien prendre garde aux traits caractéristiques qui le distinguent et sur lesquels j'ai suffisamment insisté.

Qu'il me soit seulement permis, en terminant, de signaler quelques érythèmes annulaires qui sont d'un tout autre ordre.

J'ai vu des *érythèmes médicamenteux* et surtout des *éruptions sériques* se présenter sur le tronc et les premiers segments des membres sous forme d'anneaux plus ou moins nettement limités, à marche extensive; mais ils étaient ou plans, ou légèrement ortiés, et ne duraient que peu de jours.

Danlos (1) a présenté un *érythème annulaire chez une diabétique* de 50 ans, siégeant sur le tronc et la racine des membres. Il débutait par des taches ortiées qui en grandissant se transformaient en anneaux pouvant mesurer 6 et 8 centimètres de diamètre; ces anneaux se fu-

(1) Danlos, Erythème annulaire et diabète, *Bulletin de la Société française de Dermatalogie et de Syphiligraphie*, 1901, p. 212, et *Annales de Dermatologie*, 1901, p. 431.

sionnaient par interférence en arcs festonnés. Mais leur saillie ortiée s'effaçait dès que l'élément avait atteint les dimensions d'une pièce d'un franc ; l'éruption était très prurigineuse ; elle datait de trois semaines et sa durée totale n'a pas été déterminée.

J'ai rencontré personnellement chez deux femmes d'âge mûr, diabétiques toutes deux, et l'une d'entre elles syphilitique, sur la hanche et sur la cuisse, des cercles de la grandeur de la main, à centre légèrement pigmenté, à bordure formée de nodules en chapelet, fermes et rosés, un peu élevés. Cette éruption qui s'agrandissait très lentement par progression excentrique, a été observée pendant plus de 3 mois dans un cas, environ 18 mois dans le second, puis les malades ont été perdues de vue. Bien qu'ils aient été cités dans le mémoire de Graham Little (1), ces deux cas n'ont à mes yeux rien à faire avec le granulome annulaire, non plus d'ailleurs qu'avec l'érythème papulo-circiné migrans.

Il est presque superflu de relever que la roséole syphilitique annulaire, que les érythèmes syphilitiques tertiaires, que les léprides circinées, que les taches eczémato-lichéniennes prémycosiques, etc., qui peuvent prendre une disposition en anneaux et en arcs de cercles, présentent dans leur aspect morphologique et dans leur marche beaucoup plus de différences que d'analogies avec l'érythème papulo-circiné migrateur chronique.

Au total, et pour conclure, je dirai que la production sur la peau de grands anneaux et arceaux saillants, à progression excentrique très rapide, et incessamment renaissants, n'est pas le fait d'une espèce dermatologique unique. Ces caractères confèrent aux éruptions qui les présentent réunis une grande analogie apparente, et même un air de famille ; et pourtant on peut les observer, ainsi que je l'ai fait voir, dans une variété d'érythème, dans une forme d'eczématide, dans la dermatite de Duhring fruste, etc. Il est parfaitement possible, et vraisemblable même, qu'on pourra rencontrer d'autres dermatoses encore affectant exceptionnellement la même configuration et la même allure.

(1) *Loc. cit.* (cases nº 40 and nº 41).

UN CAS DE DERMATOSE DE DARIER

(*PSOROSPERMOSE FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE*)

Par J.-D. Kayser et le Dr **P.-H. Schoonheid.**

(de La Haye.)

Un cas de dermatose de Darier s'est présenté à la policlinique du Dr Teljer. Nous exprimons à celui-ci notre reconnaissance pour les facilités qu'il a bien voulu nous accorder en vue de son étude.

Nous nous sommes décidés à publier ce cas en raison de la rareté de cette maladie surtout aux Pays-Bas.

La dermatose décrite en 1889 par Darier (1), sous le nom de psorospermose folliculaire végétante, est caractérisée par un trouble spécial dans les cellules épidermiques et par la présence de corpuscules que Darier (2) tenait pour des coccidies, c'est-à-dire des parasites de la famille des sporozoaires.

Les recherches approfondies entreprises depuis lors par différents auteurs, Bowen, Boeck, Buzzi et Miethke, Petersen, Doctor, Mourek, Jarisch, et d'autres, ainsi que par Darier lui-même, les amenèrent tous à la conviction que ces corpuscules caractéristiques sont des cellules épidermiques altérées qui doivent leur existence, au dire de Darier, à la dyskératose, c'est-à-dire à la kératinisation défectueuse et anormale de ces cellules. L'étude du cas qui nous occupe a confirmé cette manière de voir.

Observation. — J. H., charpentier, est âgé de 51 ans et a deux enfants, âgés de 14 et de 21 ans.

Pendant son enfance, il était maladif, de sorte qu'il n'a pas pu fréquenter l'école avant l'âge de 12 ans, et cela surtout, d'après ses dires, à cause d'une affection des yeux. De plus il aurait été atteint de la variole et du choléra.

La maladie dont il souffre actuellement a commencé à l'âge de 7 à 8 ans. Tout en ayant diminué parfois, elle n'a jamais complètement disparu. Il croit que sa mère, âgée de 71 ans, est atteinte de la même maladie, ce que nous n'avons pas pu vérifier.

Il souffre peu de sa maladie de la peau. Parfois il a des démangeaisons ; il transpire beaucoup aux aisselles et sur la poitrine.

État actuel au 31 août 1915. — On aperçoit sur une grande partie du corps

(1) Darier, De la psorospermose folliculaire végétante. *Annales de dermatologie et de Syphiligraphie,* 1889.

(2) Darier, Deux cas de la maladie dite : Psorospermose folliculaire végétante. *Atlas international des maladies rares de la peau,* août 1893, fasc. VIII.

du patient, et assez symétriquement distribuées, des papules de coloration rouge brun ou gris brun sale, recouvertes d'une croûtelle épaisse, cornée. Après avoir détaché celle-ci, ce qui se fait très facilement, on découvre une fossette présentant une légère sécrétion séreuse sanguinolente et quelquefois distinctement une substance graisseuse comme du sébum. Cette croûtelle est plus épaisse au centre et présente parfois, sur sa face adhérente, une proéminence conique qui s'enchasse dans une cavité de la papule en forme d'entonnoir. Un certain nombre de ces croûtelles sont traversées par un poil ; d'autres présentent à leur milieu un point foncé ou noir. La papule a des dimensions variant de celles d'une tête d'épingle à celles d'une petite lentille. Les papules sont isolées ou bien elles confluent en nappes croûteuses au niveau desquelles la peau s'épaissit, et la surface devient rugueuse et hérissée de petites saillies. Sur le cuir chevelu elles se présentent sous forme de papules de coloration brun sale, en groupements très serrés. La calvitie précoce, qui date d'une vingtaine d'années chez le malade, est héréditaire et n'est pas une conséquence de la maladie actuelle. Les cheveux sont fins et ne sont pas implantés par bouquets. Quelques papules isolées se voient sur les tempes, dans la barbe et sur les joues ; les fosses nasales et les plis naso-géniens en sont exempts. Dans les sillons rétro-auriculaires, elles confluent en une masse cohérente.

Dans les conduits auditifs externes on aperçoit des masses végétantes. C'est ce qui a conduit le médecin auriste à envoyer le malade à la policlinique où l'on traite spécialement les maladies de la peau. La partie supérieure du cou n'est pas atteinte. Dans les creux sus-claviculaires, on constate des papules isolées de dimensions très variées. Sur le sternum il y a une nappe de croûtelles et de squames, entourée de papules isolées. Entre l'ombilic et la région génitale et plus bas jusqu'à la partie interne des cuisses, on rencontre des papules en grand nombre ; vers les aines elles constituent une masse cohérente, de surface irrégulière où les papules sont plus saillantes et de dimensions plus grandes qu'ailleurs. Les parties génitales sont intactes. Le dos est entièrement couvert de papules et spécialement la gouttière interscapulaire, les flancs, ainsi que les fesses (voir figure 1).

Les papules qui se trouvent dans la région ombilicale et le long de la colonne vertébrale sont rouges ; par contre, elles sont brunes dans les régions latérales du dos et sur les faces antérieures et postérieures des cuisses.

En ce qui concerne les extrémités, on rencontre aux aisselles des papules isolées ; au milieu de la face externe de chaque bras et symétriquement placée, se voit une tache irrégulière de la grandeur d'une pièce de cinq francs couverte de papules isolées de dimensions diverses. Sur la face antérieure des avant-bras, se trouve une tache plus petite de la grandeur d'une pièce de deux francs, couverte de papules isolées très serrées ; sur la face extérieure de l'avant-bras droit, environ au milieu, est une tache pareille, plus grande et couverte de papules très dures.

Sur la face postéro-externe des cuisses on remarque de grandes plaques cohérentes et sur les creux poplités, des papules isolées.

Les placards sont généralement secs. En les comprimant, on ne fait pas sourdre de sécrétion purulente. Leur surface est saillante en raison de la présence des croûtelles et des squames qui y sont très adhérentes. Quand

on a détaché cet enduit on découvre une surface inégale, couverte de sécrétion sanguinolente séreuse ou d'une substance graisseuse (sébum).



Fig. 1.

Les ongles des mains sont striés en long et cassants. Les régions palmaires ne présentent pas de durillons comme on serait en droit de s'y attendre chez un ouvrier. La peau, entre les régions atteintes, a un aspect gris sale comme si elle n'était pas lavée. Les muqueuses sont intactes. On

constate une tuméfaction très nette des ganglions dans les régions du cou, des aisselles et des aines.

Les fonctions organiques sont normales; on ne constate notamment aucun symptôme de cancer viscéral. L'analyse de l'urine ne révèle la présence ni d'albumine ni de glucose. L'état général est bon.

Examen histologique. — Nous avons excisé à l'épaule une efflorescence que nous avons fixée immédiatement dans la liqueur de Müller et incluse ensuite dans la celloïdine.

Parmi les différentes méthodes de coloration nous croyons pouvoir recommander celle de Van Gieson, après coloration à l'hématoxyline (hématoxyline à l'alun) plus forte que d'ordinaire. Les colorations à l'hématoxyline-éosine, au picrocarmin, cresylechtviolet et au bleu polychrome méthylène, ne nous ont pas fourni de préparations démonstratives.

Conformément aux données de la clinique, c'est l'étude de l'hyperkératose qui a surtout attiré notre attention. L'épiderme est épaissi dans son ensemble ; en raison de son développement excessif, les papilles sous-jacentes sont dilatées, fissurées et présentent des formes capricieuses. L'hyperkératose qui existe sur toute la surface de la papule paraît s'être développée surtout dans les orifices des follicules et des glandes ; il se forme en certains endroits des conglomérats (rete cone plug Lustgarten); par la suite les follicules sont dilatés et la masse cornée pénètre dans la substance cutanée comme un coin (follicle plug Lustgarten).

Ce qui frappe surtout, c'est l'épaississement de la couche cornée ; dans les couches supérieures la substance cornée se compose de lamelles cornées aplaties et dépourvues de noyau, qui se colorent d'une façon diffuse par l'hématoxyline ou l'acide picrique ; mais on y trouve aussi de petites stries, ressemblant à de gros bacilles, qui sont les restes de noyaux encore existants. Dans la couche sous-jacente on aperçoit un réseau de cellules dépourvues de noyau qui apparaissent, quand on les voit sous un fort grossissement, comme de grandes cellules sébacées, ou des cellules cornées dépourvues de noyau et très réfringentes ; quelques-unes ont encore un noyau gonflé, en position centrale ou excentrique.

La constitution du noyau, sa position, le protoplasma granuleux qui l'entoure et la membrane de ces cellules, offrent différents aspects sur lesquels nous reviendrons plus loin ; les plus nets sont deux types, décrits par Darier. Ce sont les « corps ronds », cellules plus grandes, avec noyaux plus grands et protoplasma plus granuleux ; à côté se trouvent des cellules situées plus superficiellement (pas toujours), qui ont un protoplasma moins granuleux et un noyau plus petit ; Darier donne à ces dernières le nom de « grains ».

Sur différentes coupes on peut suivre les altérations cellulaires du corps muqueux de Malpighi qui aboutissent à la formation des cellules que je viens de spécifier. Les cellules de la couche basale, qui sont très faciles à reconnaître grâce à leur plus forte teneur en pigment, ne présentent d'ailleurs pas la moindre altération, pas plus de leur noyau que de leur constitution générale. La tendance à la kératinisation plus ou moins irrégulière devient plus nette au fur et à mesure qu'on considère des couches plus superficielles. Le nombre des cellules altérées dans leur forme, leur

ordination, leur constitution et en voie de kératinisation, va en augmentant de la couche basale aux couches supérieures.

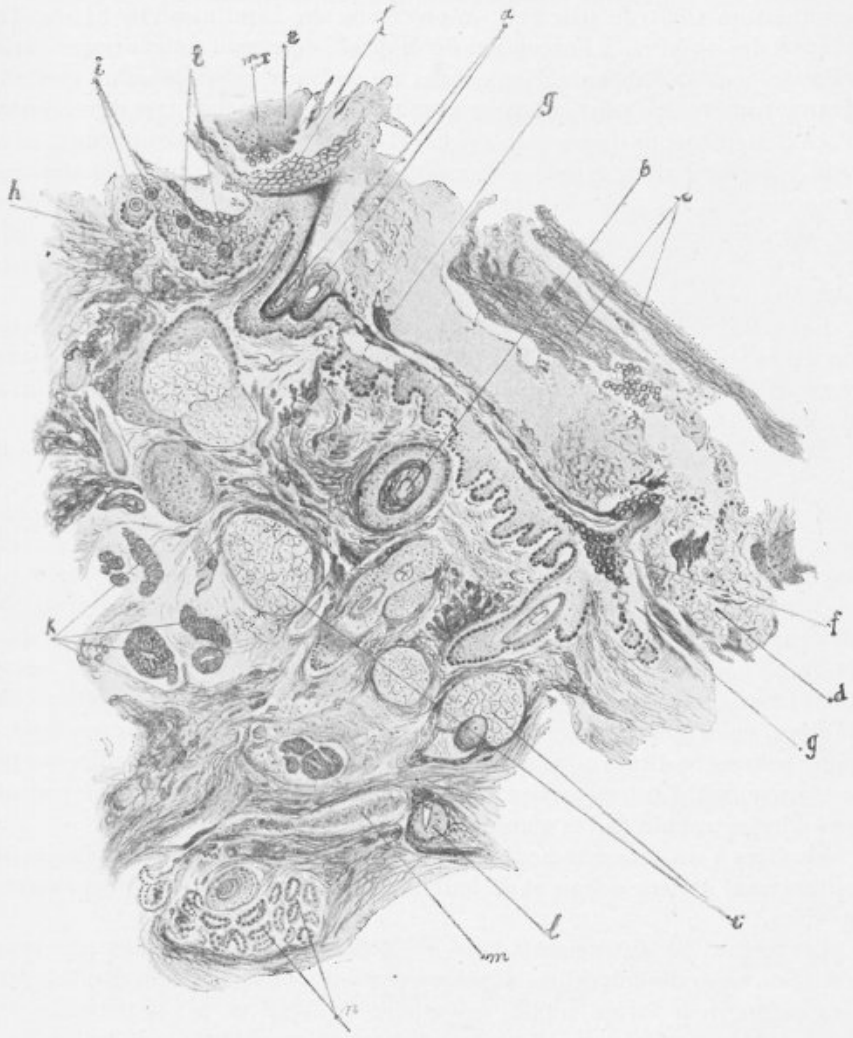


Fig. 2. — Oculaire II, objectif A. Zeiss, grossissement 50.
Distance de l'objet 250 m/m.

a, follicules pileux ; — *b*, coupe transversale d'un poil entouré de ses gaines ; — *c*, glandes sébacées ; — *d*, couche cornée épaissie ; — *e*, lamelles cornées avec restes de noyaux (grains aplatis) ; — *f*, stratum granulosum hypertrophié et dyskératose partielle ; — *g*, lacunes entre le stratum granulosum et le corps muqueux de Malpighi ; — *h*, grains ; — *i*, corps ronds ; — *k*, coupe transversale de faisceaux musculaires lisses ; — *l*, coupe transversale d'un vaisseau sanguin à parois épaissies ; — *m*, infiltration de petites cellules autour d'un vaisseau sanguin ; — m_1, infiltration de petites cellules entre les lamelles cornéees et le stratum granulosum ; — *n*, glandes sudoripares autour d'un poil, coupe transversale.

Dans les cellules du stratum spinosum, qui présentent un bord plus net, un changement de forme et de disposition, on constate corrélativement des

modifications de structure de la cellule, tant en ce qui concerne le noyau qu'en ce qui concerne le protoplasma qui l'entoure.

Nous n'avons pas toujours pu confirmer qu'un épaississement du stratum granulosum allait de pair avec le processus de kératinisation hâtive. La plupart des auteurs, à l'exception de Mourek, décrivent au contraire cette relation comme constante. Nous avons au contraire constaté qu'un stratum granulosum mince peut coexister avec une couche cornée très développée. Parfois nous avons remarqué, en cas d'absence de couche intermédiaire, une transition directe entre les cellules du rete Malpighi et le stratum granulosum. D'autres fois ces deux couches étaient séparées par des espaces appelés *lacunes*, lesquels contenaient quelquefois des amas de leucocytes et des filaments de fibrine. Nous reviendrons plus loin sur leur signification.

Les cellules du stratum granulosum présentent également des altérations du genre de celles que nous avons vues dans le réseau de Malpighi ; nous y avons trouvé des formes qui rappellent les « corps ronds » et les « grains » de Darier.

Autour des vaisseaux du derme il y a des infiltrations de leucocytes, qui sont là comme témoins de phénomènes d'inflammation.

Nous n'avons pas constaté dans les lacunes la présence des amas de pigments sanguins décrits par Darier; sur ce point nous sommes d'accord avec Mourek. Nous n'avons pas remarqué d'altérations spéciales du tissu élastique par suite de l'épaississement de l'épiderme et des modifications des papilles qui l'accompagnent. Il nous serait difficile de prétendre que le grand nombre de glandes sébacées et sudoripares que nous avons constatées dans nos préparations soit en corrélation directe avec les altérations de la peau, en d'autres termes, qu'il y aurait là une véritable hyperplasie ; pour pouvoir le dire il nous aurait fallu examiner également des efflorescences provenant d'autres parties du corps. Le fait certain c'est qu'il n'y avait pas d'hypertrophie de ces glandes.

Étudiées à un grossissement plus fort, les lésions des grandes cellules et notamment de leur noyau et de leur protoplasma sont encore plus remarquables.

Les noyaux se distinguent dans les différentes cellules tant par leur situation centrale ou périphérique que par le nombre de leurs corpuscules nucléaires, leur forme ronde, vésiculaire ou ovale et par la présence de vacuoles. Le protoplasma offre une constitution granuleuse tantôt plus fine, tantôt plus grossière. Certaines cellules ont un noyau avec des corpuscules nucléaires, mais pas de protoplasma granuleux ; celui-ci est remplacé autour du noyau par une zone homogène très réfringente. Entre le noyau et la membrane de la cellule on trouve parfois une double membrane séparée par une matière très réfringente ce qui donne l'impression de corpuscules de cartilage, ou parfois aussi de véritables perles épithéliales telles que nous en avons rencontrées dans un épithélioma. Les cellules munies d'un grand noyau, parfois vacuolé et entouré d'une couche grossièrement granuleuse de protoplasma (éléidine) attirent tellement l'attention par leurs dimensions, leur constitution caractéristique et leur position parmi d'autres cellules malpighiennes ou complètement kératinisées, qu'on serait vraiment tenté de croire, à un examen superficiel, qu'on a affaire ici à des

coccidies ; il faut une étude comparative et minutieuse pour reconnaître l'origine exacte et la signification de ces éléments.

Au cours de cet examen minutieux on arrive à la conviction que chaque

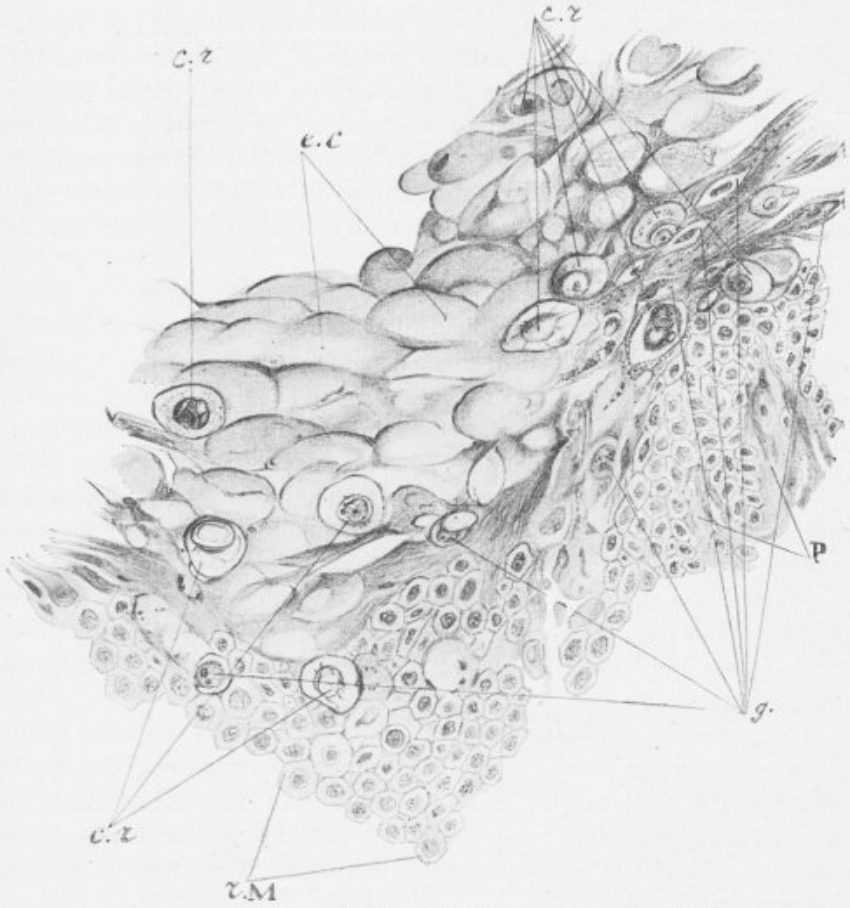


Fig. 3. — Oculaire II, objectif F. Zeiss. Grossissement 585.

c.c, cellules épidermiques cornées sans noyau ; — *g*, grains ; — *c.r.*, corps ronds ; — *r.* M, corps muqueux de Malpighi. — P. papilles.

cellule de ce genre exige une véritable analyse afin de reconnaître qu'il s'agit bien là d'une cellule épithéliale altérée avec son noyau, son protoplasma et sa membrane nucléaire, et non d'une coccidie avec spores. L'étude approfondie des différentes cellules fait apercevoir les formes de transition par lesquelles il semble qu'on les voie se développer lentement à partir d'une cellule épithéliale normale et par l'effet d'un processus de kératinisation hâtif et anormal. Que ces altérations soient dues à ce processus, cela ressort non seulement du mode de leur formation mais aussi de leurs caractères de coloration.

Diagnostic. — La maladie qui nous occupe est donc une forme

d'hyperkératose qui a fait son apparition dès la première enfance et qui a persisté depuis lors. L'aspect caractéristique des efflorescences, c'est-à-dire des papules qui sont recouvertes d'une croûtelle facile à enlever et enchassée dans la peau par une proéminence conique ; la topographie de l'éruption et notamment sa présence dans les conduits auditifs, qui a spécialement attiré notre attention à cause de la rareté de cette localisation ; de plus, sa disposition symétrique, l'altération des ongles, ainsi que l'analogie de la constitution microscopique des papules, peuvent faire diagnostiquer que le malade est atteint de la maladie que Darier a décrite et dénommée d'abord psorospermose folliculaire végétante.

Kaposi, Neisser, Hallopeau, Rille (1) et Joseph considèrent cette maladie comme étant de la famille de l'acanthosis nigricans. Kaposi (2) préférait l'appeler keratosis nigricans, parce que ce n'est pas le stratum spinosum mais la peau tout entière qui est le siège des altérations.

Doctor (3) la considère comme une « variété de l'ichtyose vulgaire » et Biedenkap l'envisage comme étant une forme lichénienne.

Boeck (4) attache une grande importance à l'altération des ongles, qui existait en effet dans notre cas ; Schwimmer, Jarisch Fabry par contre, n'ont pas constaté cette altération.

Dans les cas que Darier (5) a décrits, la maladie est apparue à l'âge de 17, 18, 27 et 33 ans ; Doctor au contraire dans les deux cas qu'il rapporte, ainsi que Pawloff, Buzzi et Miethke l'ont constatée peu de temps après la naissance.

L'acanthosis nigricans présente des localisations presque identiques : le cou, le cuir chevelu, les régions mammaires, l'anus, les grandes articulations (les aisselles, les aines) ; elle donne lieu à une plus forte pigmentation ; en général elle présente une végétation abondante et est toujours accompagnée de l'existence d'une tumeur maligne interne (carcinome).

Nous pouvons exclure avec certitude tout soupçon de ce genre dans le cas qui nous occupe, parce qu'après une durée si longue de la maladie, des phénomènes sérieux n'auraient pas manqué de se produire. De plus dans l'acanthosis nigricans il n'y a pas de desquamation, ni de croûtes et pas de bouchons folliculaires.

L'*ichtyose* apparaît généralement dans la première enfance ; il est vrai que la *maladie de Darier* a été aussi constatée à cette époque,

(1) Rille, Ueber Acanthosis nigricans und Darier'sche Psorospermose *Archiv f. Dermatologie*, 1896, t. XXXVII.
(2) Kaposi, *Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten*, tome II.
(3) Doctor, Ueber das Verhältniss der Darier'schen Krankheit zur Ichtyosis. *Archiv f. Dermatologie*, 1898, t. XLVI.
(4) Boeck, Vier Fälle von Darier'schen Krankheit. *Archiv f. Dermatologie u. S.*, 1891, XXII Jhrg.
(5) Darier, *La Pratique dermatologique*, t. 4.

mais dans l'ichtyose on ne rencontre pas les véritables papules caractéristiques. En outre Doctor fait une distinction entre les efflorescences primaires de ces deux maladies ; d'après nous, tout en admettant que les croûtelles dans les cas d'ichtyose sont plus adhérentes et d'une autre consistance, elles ne diffèrent pas beaucoup.

L'ichtyose se localise de préférence sur les faces d'extension, de sorte que ce sont les parties externes ou dorsales des articulations qui sont atteintes, tandis que dans la maladie de Darier ce sont les plis de flexion des articulations qui sont affectés.

Brooke a décrit un cas de *keratosis follicularis contagiosa*, qui d'après Neisser et Jadassohn peut être comparé à un lichen pilaris, tandis que d'après White et Bowen il se rapprocherait de la maladie de Darier. Morrow range également dans cette catégorie l'ichtyosis pilaris de Lesser.

On y remarque une hyperkératose folliculaire véritable avec petits points noirs, qui se développent en saillies pointues et s'entourent d'une papule brune. Ces papules peuvent se développer et former de grandes nappes, tandis que la peau voisine est particulièrement sèche, brunâtre et d'une pigmentation diffuse et offre un aspect losangé. Les localisations sont surtout le cou, le pli axillaire postérieur et, symétriquement, les faces postéro-externes des bras. Les cônes kératosiques sont très adhérents et consistants. L'affection guérit spontanément en quelques mois, ce que l'on dit également possible parfois pour certaines taches de la maladie de Darier.

On voit alors se produire tout au moins localement, selon Brooke après l'action de l'acide pyrogallique, ou d'après Buzzi, Miethke et Schwimmer sous l'action du sublimé phéniqué, une involution complète des efflorescences. Brooke conclut à la contagiosité de la maladie décrite par lui, parce qu'il a constaté que quatre enfants d'une même famille et plus tard deux d'une autre famille en ont été atteints. Cette affection se distingue de la maladie de Darier par son acuité.

Kaposi, dans son traité, dit qu'au point de vue clinique, le processus de la maladie de Darier représente « en réalité une kératose » ; Mendes da Costa de son côté l'appelle tout court « kératose de Darier », actuellement, en général, on lui donne le nom de *maladie de Darier*.

Nous avons signalé déjà, en faisant l'analyse de nos préparations microscopiques, combien il serait inexact de considérer comme parasitaires les éléments décrits, et par conséquent de conserver à la maladie son premier nom de psorospermose. Nous donnons ci-aprés un aperçu succinct des opinions sur ce point. C'est à bon droit que Janovski dit dans le manuel de Mracek des maladies de la peau : « Les résultats de la biopsie sont incontestablement les plus intéressants et les plus discutés. »

D'après Kaposi, les examens histologiques de Ribbert, Noeggerath et

autres ont prouvé que les corpuscules de Darier, si discutés, sont les mêmes que ceux dont Virchow avait régulièrement constaté la présence 50 ans auparavant, dans les végétations épithéliales atypiques du carcinome et qu'il a décrits comme des dégénérescences de noyaux. Jusqu'à ce jour la manière de voir de Virchow paraît très exacte, non pas seulement parce que la présence de ces corpuscules a été constatée dans un certain nombre d'autres affections, où se présentent des végétations épithéliales atypiques, mais parce que leur signification est encore comprise dans le sens indiqué par Virchow. C'est ainsi qu'on les trouve dans différents autres processus hyperkératosiques ; par exemple, d'après Unna, dans les cas de corne cutanée et d'onychogryphose cités par Buzzi et Miethke (1) ; selon Fabry (2) dans des cas d'épithéliomes hyperkératosiques ; selon Petersen (3) dans des cas de lupus verrucosus et de condylomes acuminés ; selon Pullerer dans des cas de trichorrhexis ; selon Rille dans des cas de lupus vulgaire papillo-hypertrophique, dans des cas de verrue sénile, de syphilides ulcéreuses, de leucoplasie buccale, etc. Unna les trouva en outre dans des cas de lupus érythémateux, de lichen ruber planus ; Ehrmann dans des cas de pemphigus, et Kiener dans des hyperplasies inflammatoires.

On rencontre des corpuscules pareils dans le molluscum contagiosum, ce qui poussa Neisser, de même que Bollinger, à proposer pour cette maladie le nom d'epithelioma contagiosum ; son caractère parasitaire a été suffisamment combattu par Török et Tommasoli. Wickham les retrouve également dans la « maladie de Paget » et les considère comme des parasites, ce en quoi il fut également contredit par Török et Tommasoli.

Enfin, nous pourrions en appeler à une série de communications relatives aux corpuscules semblables qui ont été rencontrés dans des carcinomes ; cela nous conduirait à rappeler les nombreuses discussions concernant les « corpuscules du cancer » ; la question, nous semble-t-il, a été éclairée surtout par l'étude minutieuse et étendue que Pianese (4) a faite à ce sujet.

Tommasoli (5) a décrit et reproduit ces corpuscules dans un cas d'épithéliome verruqueux ; il leur dénie le caractère parasitaire, de même qu'il le fit lors de la découverte de corpuscules pareils dans

(1) Buzzi u. Miethke, Ueber die Darier'sche Dermatose. *Monatshefte f. praktische Dermatologie,* 1891, Bd XII.

(2) Fabry, Ueber Psorospermien bei Hautkrankheiten. *Archiv f. Dermatologie,* 1894, Bd XXVI.

(3) Petersen, Uebèr die sogenannte Psorospermose bei der Darier'schen Krankh. *Centralblatt f. Bacteriologie u. Parasitenkunde,* 1893, Bd XIV.

(4) Pianese, Ergänzungsheft. Histologie u. Aetiol. des Carcinoms. *Ziegler's Beiträge z. pathologischen Anatomie,* 1896.

(5) Tommasoli, Ueber einen Fall von Epithelioma verrucosum abortivum nebst einen Beitrage z. Studium der Psorospermosen. *Archiv f. Dermatologie,* 1894, t. XXVI.

l'epithelioma molluscum avec Török, et dans un cas de pityriasis rubra par lui seul. Pianese a donné, juxtaposées et colorées par des méthodes personnelles, des reproductions de coupes du foie d'un lapin où se trouvaient des coccidies typiques, et de coupes d'un cancer mammaire avec des altérations de cellules d'apparence analogue. On apprend ainsi à distinguer la fine et belle structure du coccidium oviforme muni d'un noyau central et d'un grand nombre de grains disposés en cercles concentriques d'où naissent des spores réelles, d'avec la constitution des nombreux produits du carcinome décrits comme des pseudococcidies. Pianese montre que la série des « corpuscules du cancer », décrits dans le cancer entre autres par Soudakewitch, Foa, Thoma, Sjöbring, Ruffer, Plumer, Walker et autres ne sont pas des microorganismes. Il se tient pourtant sur une plus grande réserve au sujet des « corpuscules de fuchsine » dits corpuscules de Russel.

Le travail de Petersen, qui, d'après Pianese, étudia le premier la kératinisation dans les cellules du cancer, a prouvé que ces produits de dégénération doivent être rangés dans la catégorie des pseudococcidies de Darier.

La formation de kératohyaline dans les cellules fait naître deux zones différentes qu'on distingue par leurs réactions colorantes et par leur indice de réfraction : c'est la zone périnucléaire et la zone périplasmatique ; c'est ainsi que naît l'apparence d'une coccidie avec membrane et noyau. Par suite de la désagrégation de la zone périnucléaire et la dispersion de la substance nucléaire en grains dans le protoplasme, apparaît la pseudo-coccidie avec sa membrane, c'est-à-dire la zone périprotoplasmique fortement réfringente de kératohyaline et les grains de chromatine qui semblent des spores. Cette étude fut encore plus approfondie par Fabre-Domergue qui, d'après leur manière de dégénérer, put distinguer quatre types de cellules. Jarisch(1), d'accord avec la conception de Virchow, et se basant aussi sur une opinion émise par Spencer, prétend que les formes de ce genre qu'on rencontre dans la maladie de Darier ne proviennent pas de modifications qui se produisent dans toute la cellule, mais qu'elles prennent leur point de départ dans le noyau. Le noyau augmente de volume et contient des corpuscules nucléaires également agrandis. La cellule présente alors un noyau, dans lequel on peut encore colorer les corpuscules nucléaires par l'hématoxyline, alors que le corps cellulaire peut être occupé par le restant du noyau devenu acidophile. Ces produits ou bien deviennent libres dans les couches superficielles, et apparaissent alors comme des

(1) Jarisch, I. Bericht uber die Verh. des V Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Graz. *Archiv f. Dermatologie*, 1896, t. XXXIV. — II. Zur Kenntniss der Darier'schen Krankheit, 1895, t. XXXI. — Soit dit en passant, d'après Jarisch, le « Hornschichtpigment » naîtrait des corpuscules nucléaires des cellules dégénérées.

grains de Darier, ou bien sont enfermés par kératinisation de la partie de la cellule encore existante dans une membrane, et ce sont des corps ronds.

De même que Darier, Miethke et Buzzi, et Boeck, et d'après les mêmes méthodes, Mourek (1) a fait des préparations fraîches, qui lui donnèrent également des résultats douteux. Il est arrivé comme ses prédécesseurs à la conclusion que la culture de ces corpuscules en dehors du corps, est impossible. Des expériences d'inoculation ne réussirent pas mieux ; on ne put y découvrir un seul parasite spécifique ; des inoculations faites sur le sujet lui-même restèrent sans effet. En opérant par un procédé de digestion artificielle (dans une chambre humide à une température de 38°) au moyen d'une solution de demi pour 100 de pepsine dans de l'eau et un peu d'acide chlorhydrique, il ne put constater aucun changement après plusieurs jours ; c'est pourquoi Mourek, ainsi que d'autres à la suite des résultats microscopiques, ont considéré les corpuscules de Darier comme des éléments cornés, ou plutôt des cellules épithéliales incomplètement kératinisées.

Citons pour terminer les expériences de Rixford et Gilchrist et celles de Gilchrist (2) seul dans deux cas indiscutables d'infection de la peau par protozoaires (coccidies) et dans deux cas prouvés de blastomycose cutanée, où on trouva à côté de véritables protozoaires les formes de cellules épithéliales dégénérées ci-dessus décrites.

Les raisons que nous avons fournis nous semblent suffisantes pour qu'on comprenne pourquoi Darier a abandonné son opinion primitive, selon laquelle dans la maladie dont il avait donné la description, on avait affaire à des coccidies, opinion qui avait eu l'appui de zoologistes tels que Malassez et Balbiani ; il a reconnu que les éléments litigieux doivent leur origine aux cellules épithéliales.

Nous ne devons pas être surpris d'autre part que Darier affirme que l'examen microscopique permet de confirmer un diagnostic clinique hésitant. Jadassohn (3) dans une traduction du traité de Darier, ajoute cependant « pas avec toute certitude ». Jarisch (4) va encore plus loin et prétend qu'on ne doit diagnostiquer la maladie de Darier qu'au moyen du microscope. Cette opinion a été naturellement combattue (Neisser,

(1) Mourek, Ein Beitrag zur Lehre von der Dermatosis Darier's. *Archiv f. Dermatologie,* 1894, t. XXVII.

(2) *Archiv f. Dermatologie,* 1897, t. XXXVIII Refer. — *a*) Rixford und Gilchrist Two cases of protozoan (coccidioidal) infection of the skin and other organs. — *b*) Gilchrist, A case of blastomycet dermatitis in man. — *c*) Gilchrist, Comparisons of the two varieties of protozoa and the blastomycet found in the preceding cases, etc.

(1) Jadassohn, *Grundriss der Dermatologie von J. Darier,* 1913.

(2) Jarisch, Demonstrat. microsc. Präparate eines Falles von Darier'scher Dermatose. *Archiv f. Dermatologie u. S.* t. XXXIV, 1896.

Herxheimer, Schwimmer). Doctor (1), qui ne considère pas la maladie de Darier comme une entité morbide spéciale, mais comme une « variété de l'ichtyose », ne l'admet pas non plus et cela surtout parce qu'on a décrit des cas de maladie de Darier où les corpuscules spécifiques ont fait défaut. Dans les cas qu'il a rencontrés ainsi que dans ceux de Joseph et Neisser, on retrouva absolument les caractères cliniques et microscopiques de la maladie de Darier à l'exception pourtant des corpuscules spécifiques en question. De plus dans ces cas existait de la parakératose, c'est-à-dire des noyaux dans la couche cornée avec absence partielle du stratum granulosum. Kaposi (2), tout en reconnaissant les mérites de Darier, a dit à l'occasion de la présentation par Neumann d'un cas de kératosis follicularis (White) que jamais il n'avait rencontré de corpuscules pareils, c'est-à-dire de coccidies.

En l'absence de toute donnée sur l'étiologie de la maladie de Darier, Pawloff crut pouvoir la considérer comme une trophonévrose.

Bien que nous reconnaissions que notre cas personnel n'est pas absolument probant à cet égard, nous croyons pourtant, d'accord avec Jarisch (3), Hallopeau et d'autres, qu'on ne saurait nier l'influence de la séborrhée. Jarisch attire l'attention sur le fait que la coexistence d'un eczéma séborrhéique ou d'une séborrhée du cuir chevelu a été observée dans presque tous les cas. D'après lui cette coïncidence n'est pas accidentelle, d'autant plus que la maladie de Darier occupe les localisations de choix de l'eczéma séborrhéique et que dans les deux maladies on rencontre des sueurs abondantes (Boeck). C'est probablement pour ce motif que le remède spécifique de la séborrhée, à savoir le soufre, a une action favorable dans la dermatose de Darier.

Avant de terminer nous désirons dire encore un mot au sujet des « lacunes » que nous avons observées dans nos préparations microscopiques. Ces lacunes, qu'il ne faut pas confondre avec les vacuoles intracellulaires de Rille (4) et d'autres (et dont cet auteur dit « qu'elles ont été à tort considérées comme des psorospermies »), sont généralement des interstices vides séparant le stratum granulosum du corps muqueux de Malpighi. Boeck (5) explique leur origine par un processus de kératinisation trop précoce, ce qui provoque des troubles dans la cohésion de certai-

(1) Doctor, *idid.* — Nous rappelons également que Joseph prétend que l'acanthosis nigricans et la dermatose de Darier sont proches parentes et que Neisser classe cette dernière keratose, même quand on y trouve des psorospermies, dans le même groupe que l'acanthosis nigricans, la keratosis follicularis punctata et striata, et certaines formes d'ichtyose atypiques.

(2) Verhandlungen d. Wiener dermatologischen Gesellschaft. *Archiv f. Dermatologie*, p. 280, t. XXXIV.

(3) Jarisch, Zur Kenntniss der Darier'schen Krankheit. *Archiv f. Dermatologie u. Syph.* 1895, t. XXXI.

(4) Rille, *Ibid.*

(5) Boeck, *Ibid.*

nes cellules. Buzzi et Miethke (1) les considèrent comme résultant d'un processus exsudatif et de là vient qu'on y trouve des leucocytes et des filaments fibrineux (comme nous en avons constaté également) et des amas de pigment sanguin. Pawloff (2) estime que ces processus contribuent tous les deux à la formation de ces lacunes, tandis que Mourek (3) prétend qu'une nécrose colliquative n'y est pas non plus étrangère. D'autres enfin les considèrent plutôt comme artificielles, et résultant des réactifs employés (Petersen, Fabry) ou encore d'influences mécaniques qui ont agi sur la couche cornée (Jarisch « Hornblock »).

Traitement. — Nous avons appliqué une pommade sulfureuse (10 pour 100 de soufre ; 2 pour 100 d'acide salicylique, dans de la vaseline américaine), tout en administrant, comme traitement interne, des pilules asiatiques (2,5 milligrammes d'acide arsénieux par pilule, 3 pilules par jour).

Le résultat fut peu apparent ; le malade avait moins de démangeaisons et se sentait en général mieux. Butrowsky a obtenu, par un traitement arsenical, un succès remarquable. Ritter, au contraire, recommande le traitement par les rayons X.

En général, on considère la maladie comme incurable, bien que le pronostic quoad vitam soit plutôt bon et que l'état général ne souffre pas. Darier lui-même dit : « l'éruption ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel, ni d'aucun symptôme subjectif, à peine d'un léger prurit au moment des sudations. »

(1) Buzzi u. Miethke, cf. *ibid.*
(2) Pawloff, Zur Frage der sogenannten Psorospermose folliculaire végétante. *Archiv f. Dermatologie*, Ergänzungsheft 1893.
(3) Mourek, *ibid.*

NOTE SUR LE *TRICHOPHYTON LUXURIANS*, NOUVELLE ESPÈCE, A CULTURE FAVIFORME, PRODUISANT DES KÉRIONS

Par **J. Brault,**

Professeur de Clinique dermatologique à la Faculté de médecine d'Alger.

Au mois de juillet 1914, j'ai déjà donné une description de cette nouvelle espèce dans une communication faite à la Société de dermatologie, en collaboration avec mon préparateur M. A. Viguier; mais il s'agissait d'une note un peu succincte.

Après en avoir été empêché un certain temps par les événements, je tiens à revenir ici, avec plus de détails, sur les caractères de ce nouveau trichophyton et, en particulier, sur sa disposition dans le cheveu, avec dessin à l'appui.

Clinique et examen microscopique. — Le champignon en question a été trouvé par nous, dans des *kérions typiques,* mais à macarons d'assez fortes proportions, assez douloureux aux attouchements, et très suppurants.

Ces kérions siégeaient sur le cuir chevelu de deux jeunes enfants de la même famille (1).

Ces enfants *étaient nés à Alger et n'avaient jamais quitté la localité.*

Au point de vue de l'origine de la contamination, nous n'avons pu obtenir aucun renseignement précis.

Nous avons examiné un certain nombre de cheveux cassés, longs de 7 à 8 millimètres.

Ces cheveux traités par la potasse à 40 pour 100 se montrent envahis par le parasite seulement dans leur partie basse.

Dans un premier étage supérieur on rencontre à l'intérieur du poil des filaments mycéliens irrégulièrement septés, tantôt rectilignes et tantôt un peu flexueux, ces éléments ne sont pas très abondants, surtout dans la partie haute de cet étage.

Au-dessous dans l'étage inférieur, le cheveu est entouré de spores volumineuses qui ne sont plus ordonnées en files, mais disposées en mosaïque. En dehors de ces éléments arrondis, serrés, tassés par places, on rencontre des filaments à peine septés qui rampent au milieu de cellules épidermiques.

(1) Il s'agissait de deux frères, le premier âgé de onze ans présentait plusieurs kérions dans les régions occipitale et temporo-pariétale droite ; le second était âgé de cinq ans et portait un seul kérion dans la région occipitale. Voir pour les observations cliniques *Bulletin de la Société française de Dermatologie,* 2 juillet 1914, p. 401.

Certains cheveux sont envahis par des bulles d'air, comme les cheveux faviques.

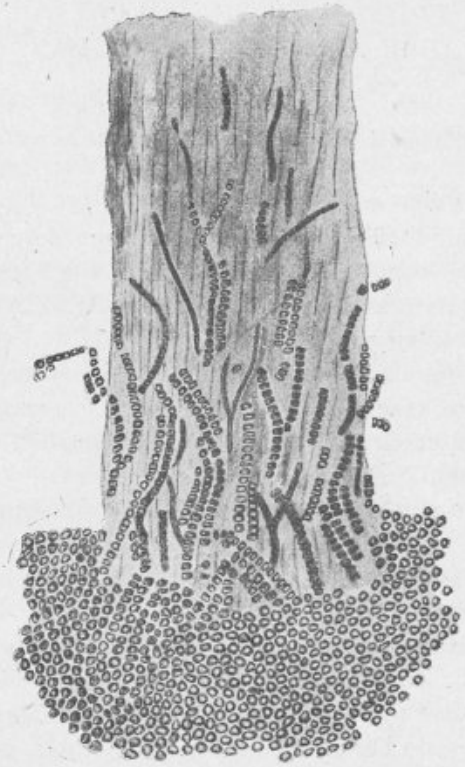


Fig. 1. — Disposition du trichophyton luxurians dans la partie basse du cheveu. Dans ce dessin fait d'après une préparation microscopique, les filaments mycéliens ont été représentés un peu gros, par rapport aux spores.

Le mycélium mesure 2 μ,4 en moyenne et les spores 5 à 7 μ. (Voir le dessin ci-joint, pour la disposition du parasite dans le cheveu).

Inoculation. — Afin d'obtenir des cultures pures (car de nombreux staphylocoques pullulaient à côté du champignon), nous avons dû implanter des cheveux malades dans la peau de cobayes. De cette façon nous avons obtenu des inoculations positives (1); poils et squames étaient envahis par le parasite. Ces éléments ensemencés nous ont donné des cultures pures, dont nous allons maintenant donner la description.

Cultures. — A la température de 28 degrés, nous avons fait des cultures sur les milieux de Sabouraud.

(1) Ces premières inoculations avec le cheveu même ont donné une forte réaction au cobaye : squames engainant les poils, lésions érythémato-squameuses, infiltration cutanée, croûtelles sanguines.

Ces cultures qui sont déjà très appréciables au bout d'une huitaine de jours se développent d'emblée infiniment plus rapidement que celles des autres trichophytons de la même série ; par la suite, elles acquièrent aussi un développement tout à fait inusité et finissent par recouvrir toute la surface de la gélose dans les matras, en l'espace de quelques semaines.

Les cultures en tube ou en matras sur gélose maltosée, surtout *faviformes* au début, sont cireuses ; à ce moment elles présentent une



Fig. 2. — Trichophyton luxurians, culture en goutte pendante.

teinte plutôt jaunâtre, elles sont vermicellées et montrent par places de petites cupules trouées qui disparaissent ensuite.

Plus tard, elles se dessèchent et deviennent gris jaunâtre ; le centre de la culture montueux forme en général un mamelon arrondi, assez saillant au-dessus du milieu, sa surface est inégale, tourmentée, vermicellée, granulée : au pourtour, la culture plissée est découpée en secteurs un peu inégaux, par de nombreuses cannelures radiées. Enfin tout à fait à la périphérie, on observe un très court duvet (1).

Culture en goutte pendante. — En goutte pendante, nous n'avons obtenu que des formes de souffrance, sans organes de fructification ; on voit simplement des renflements le long des filaments mycéliens et à leurs extrémités ; en certains points, on observe de véritables petites chaînettes d'éléments ovoïdes, tous ces détails sont très visibles sur la figure ci-jointe dessinée d'après une préparation.

Rétro-inoculation. — Nous sommes repartis des cultures et nous

(1) Certaines cultures en matras arrêtées par le formol se sont progressivement foncées et sont arrivées à la longue à prendre une teinte brun chocolat.

avons inoculé des cobayes neufs; ici, la réaction a été moins vive qu'avec l'inoculation du cheveu : nous n'avons obtenu que des placards squameux agglutinant les poils ; en examinant ces derniers, nous avons retrouvé le mycélium à l'intérieur, et des spores autour, à leur base.

Conclusions. — Nous eussions voulu étudier plus longuement ce champignon, en variant en particulier les milieux, de façon à déceler peut-être ses fructifications, malheureusement les circonstances ont interrompu brutalement les recherches que nous venons de résumer.

Nous rangeons le trichophyton en question dans le groupe des *faviformes,* en raison de ce que nous avons dit de ses cultures au début, en raison de sa disposition si nette dans le cheveu qui montre bien qu'il s'agit d'un *mégaspore ectothrix* et enfin même en raison des caractères frustes que nous révèle son étude mycologique.

Dans le groupe des faviformes, nous n'avons pu rapporter ce champignon à aucune des espèces connues. D'ailleurs, nos cultures ont été soumises à la haute compétence de M. Sabouraud. Ce dernier nous a nettement déclaré que nous nous trouvions en face d'une nouvelle espèce et nous a engagés à l'étudier et à la dénommer.

C'est pourquoi, nous basant sur le développement tout a fait inusité du parasite, vis-à-vis de celui de ses congénères actuellement connus, nous avons proposé de lui donner le nom de: *Trichophyton luxurians.*

RECUEIL DE FAITS

SUR UN CAS D'URTICAIRE PIGMENTAIRE TARDIVE ASSOCIÉ A UN PYTYRIASIS ROSÉ

par **A. Cassar,**

Interne des hôpitaux.

(Travail de la Clinique de dermatologie de l'Université de Toulouse.)

P... René, employé de bureau, âgé de 15 ans et demi, né à M... (Ardennes), ne présente rien de remarquable dans ses antécédents. Il a deux sœurs, dont l'une est anémique. Lui-même a eu la rougeole à six ans et pas d'autres maladies depuis. Il est évacué à Toulouse, vers le milieu du mois d'août 1914.

En octobre-novembre, apparaissaient successivement sur les flancs et le ventre, des taches rouges, urticariennes, prurigineuses, irrégulières, couvrant un demi-centimètre carré environ, qui laissaient des macules brunes de même dimension. En peu de temps, le tronc jusqu'au-dessous des mamelons a été couvert de ces macules et le malade en a été comme tigré.

Il y a une quinzaine de jours, enfin, apparaissaient sur le thorax, une dizaine de placards roses, circinés, pityriasiques et qui depuis vont se développant de plus en plus.

État actuel. — Le 18 août 1915, le malade se présente à la consultation de notre maître, le Pr Audry. C'est un grand garçon au teint pâle, qui par ailleurs semble normalement constitué. On note cependant une légère hypertrophie du corps thyroïde et une inégalité pupillaire peu prononcée d'origine congénitale. L'examen du cœur et du poumon ne révèle rien d'anormal.

Examen de la peau. — La peau de la poitrine et de la partie supérieure du ventre est couverte de macules d'un brun noirâtre, plus ou moins foncées, la teinte étant plus accusée au centre de la macule. Ces taches distribuées irrégulièrement, sont très faiblement saillantes et souvent pas du tout. Elles sont vaguement arrondies, mal limitées, non infiltrées. L'épiderme qui les recouvre est finement grenu et légèrement brillant, jamais érodé, ni croûteux. — Entre ces macules, on note un grand nombre de taches rouges franchement urticariennes: les unes encore saillantes, les autres caractérisées seulement par leur couleur. Toutes sont prurigineuses lorsqu'elles surviennent; le malade les attribuait à des piqûres de moustiques et de punaises. Ces élevures typiques urticariennes continuent à se produire journellement; un grand nombre d'entre elles semblent disparaître sans laisser de traces.

Ces éléments ne se retrouvent absolument que sur la peau du tronc. Mais depuis une quinzaine de jours, le malade s'aperçoit d'autres éléments éruptifs, qui siègent sur les côtés et la base du cou, la région sus-claviculaire et deltoïdienne droite, l'omoplate droite. Ces éléments nouveaux se

présentent sous forme d'efflorescences rondes ou circinées, d'un rose jaunâtre, très nettement circonscrites, très faiblement saillantes par rapport à la peau saine, plus ou moins squameuses sur toute leur étendue, un peu déprimées au centre. Leur diamètre varie de 2 à 5 centimètres. Dans l'ensemble elles ressemblent à des efflorescences typiques du pityriasis rosé. On remarque seulement qu'un petit nombre d'entre elles, les plus anciennes d'ailleurs, au niveau de l'omoplate, présentent une très légère saillie comme dermographique, saillie qui fait complètement défaut sur des éléments cervicaux et deltoïdiens.

L'examen de la réaction cutanée montre un certain degré de dermographisme, mais on n'arrive pas à faire paraître d'éléments urticariens. En général le prurit est modéré et passager.

La paume des mains, les pieds sont indemnes de toute lésion ainsi que le cuir chevelu et les ongles.

La face présente quelques comédons et quelques nodules d'acné sur le front et sur le nez.

Examen du sang. — L'examen du sang a été pratiqué le 19 août.

1° Pourcentage des globules blancs :

Polynucléaires neutrophiles.	65,5 °/₀
Lymphocytes.	15 °/₀
Moyens mononucléaires.	3 °/₀
Grands mononucléaires.	8 °/₀
Polynucléaires éosinophiles.	8 °/₀
» basophiles.	0,5 °/₀

Il existe donc une forte éosinophilie sanguine (8 °/₀).

2° Nombre des globules rouges 5 425 000.

Examen des urines. — L'examen des urines n'a révélé rien de particulier.

Volume.	1 300 cc.	
Densité.	1 046	
Azote total.	13 g. 50	Éléments normaux de l'urine éliminée en 24 heures.
Urée.	21 g. 50	
Acide urique total. . .	1 g. 50	
Chlorure de sodium. .	13 g.	

Éléments anormaux : ni sucre, ni albumine.

Biopsie. Examen histologique. — L'examen a porté sur un élément urticarien récent qui ne portait aucune trace de pigmentation. Cet examen ne révèle pas dans l'épiderme de lésions marquées, en particulier en ce qui concerne l'abondance du pigment dans les cellules de la couche basale. On peut noter cependant une légère exocytose. Les lésions du derme papillaire consistent en une infiltration assez uniformément répartie, mais clairsemée, de cellules diverses parmi lesquelles les polynucléaires neutrophiles sont les plus nombreuses ; on y voit quelques rares mastzellen et quelques polynucléaires éosinophiles. Les lésions du derme sous-jacent sont peut-être plus accusées. L'infiltration des polynucléaires et surtout celles des éosinophiles est plus marquée, se disposant de préférence autour des vaisseaux, qui apparaissent légèrement dilatés. Dans ces traînées d'infiltration qui se propagent par endroits jusque vers la profondeur en suivant les

vaisseaux ou les canaux glandulaires, des mastzellen apparaissent çà et là, mais elles sont très peu nombreuses par rapport aux autres cellules. Enfin les cellules pigmentaires ne sont pas plus abondantes que d'habitude dans les couches supérieures du derme. En résumé, les lésions consistent principalement en œdème du corps papillaire, et en infiltration en traînées peu denses dans lesquelles les mastzellen sont en petite quantité.

Évolution. — Le malade a pu être suivi pendant plusieurs semaines sans que l'on ait pu noter de modifications bien nettes dans les taches brunes. Les efflorescences urticariennes nouvelles sont un peu moins nombreuses et le prurit est plus faible. Quant aux différents placards qui ont été considérés comme relevant du pityriasis rosé de Gibert, ils se sont effacés les uns spontanément, les autres sous l'influence d'exfoliation iodée, sans laisser aucune trace.

L'observation précédente est remarquable à différents points de vue :

1° C'est un nouvel exemple d'une urticaire pigmentaire survenant bien au delà de l'enfance. Depuis les remarques de Darier à ce sujet les faits de ce genre sont du reste relativement communs. M. Nanta en a récemment rencontré un autre exemple, chez un jeune soldat, dont l'observation était d'ailleurs trop incomplète pour mériter d'être reproduite ici.

2° La coïncidence du pityriasis rosé de Gibert est singulière et a permis de remarquer le caractère urticarien que peuvent revêtir chez ce sujet les lésions adventices.

D'une manière générale tout porte à croire que l'urticaire pigmentaire constitue un syndrome très étendu, beaucoup moins circonscrit qu'on ne l'a dit et il n'y a véritablement aucun moyen de distinguer une urticaire pigmentaire d'une urticaire avec pigmentations. Il y a banalité étiologique, banalité clinique et l'examen microscopique montre qu'il y a banalité histologique. Les pièces que nous avons examinées appartenaient à une efflorescence jeune et nous ne savons pas si les taches brunes de notre malade présentaient ou non des infiltrats classiques de mastzellen. Mais actuellement il n'est pas douteux que l'infiltration de mastzellen représente un symptôme fréquent, mais non constant. Il y a des urticaires pigmentaires à mastzellen en bloc, des urticaires pigmentaires à mastzellen disséminés, et des urticaires pigmentaires sans mastzellen.

Ni l'urticaire, ni la pigmentation, ni les mastzellen ne constituent des manifestations biologiques ou histologiques susceptibles d'être considérées comme spécifiques en quoi que ce soit. L'urticaire pigmentaire n'est jamais qu'une variété clinique du syndrome urticarien habituel, et il n'y a pas lieu de s'étonner si c'est l'enfance qui en présente le plus souvent les formes les plus accusées (1).

(1) Nous remercions M. le Dr Nanta, agrégé de la clinique, des conseils qu'il nous a donnés pour l'exécution de ce petit travail.

Sérodiagnostic de la syphilis.

La réaction de Wasserman dans la syphilis : ses principales modifications (Osservazioni e note sulla reazione di Wassermann nella lue, e su alcune sue principali modificazioni), par G. Burzi. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1913, p. 629.

Les recherches de B. l'amènent à conclure que : La nature intime de la réaction de Wassermann reste inconnue ; on ne peut soutenir sa spécificité biologique, mais par contre sa spécificité clinique se fonde sur de bonnes raisons.

Parmi les divers antigènes, le foie d'hérédo-syphilitique est celui qui donne les résultats les plus précis et les plus fidèles.

La réaction de Wassermann ne disparait pas toujours avec le traitement. Elle peut persister en l'absence complète et permanente de toute manifestion morbide. Elle peut, exceptionnellement, ne pas exister en pleine période d'activité de l'infection syphilitique. H. Minot.

Sur la valeur pratique de la réaction d'Hermann-Perutz et de Popoff pour le sérodiagnostic (Ueber die praktische Vervendbarkeit der Herman-Perutzschen Luesreaktion und der Popoffschen Serodiagnose), par M. Stern. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 118, p. 772.

Au glycocholate de soude employé par Elias, Bauer, Porges, Hermann et Perutz ont substitué de la cholestérine en suspension, à laquelle ils ont ensuite ajouté le glycocholate.

S. a constaté que la réaction de Hermann-Perutz est hautement spécifique de la syphilis ; mais pas absolument, car elle a eu 1 cas de résultat positif sur 53 cas de contrôle.

Dans la syphilis avérée, la réaction de Hermann-Perutz donne 20 pour 100 de résultats positifs de moins que la réaction de Wassermann cependant la réaction de Hermann-Perutz peut donner un résultat positif chez des syphilitiques dont la réaction de Wassermann est négative, elle est donc parfois plus sensible.

Par sa simplicité, la réaction de Hermann-Perutz peut concurrencer la réaction de Wassermann ; mais elle donne des résultats moins certains.

Il faut employer du glycocholate de soude très pur.

La séroréaction de Popoff est inutilisable (Popoff avait essayé d'indiquer un procédé reposant sur le fait que le sérum d'homme normal jouit de propriétés hémolytiques sur le sang de cobaye et que la syphilis détruit cette propriété). Ch. Audry.

Cutiréaction dans la syphilis.

Les cutiréactions dans la syphilis, avec remarque sur la pallidine (Die Kutireaktionen bei Syphilis mit besonder Berücksichtigung der Pallidinreaktion), par E. Klausner. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 120, p. 444.

Travail à consulter dans l'original, et dont je ne peux que reproduire les conclusions.

L'extrait de pneumonie blanche hérédo-syphilitique préparé suivant la manière de Fischer (fragments de poumons broyés finement dans la solution salée physiologique, centrifugée, philtrée, chauffée 25 minutes à + 60°, mélangés à une solution phéniquée à 5 pour 100, jusqu'à solution à 1 demi pour 100) donne une réaction cutanée spécifique dans la syphilis. On obtient des résultats semblables avec des extraits d'autres organes syphilitiques préparés de même.

Cet extrait, ou pallidine, donne une réaction cutanée aux points de scarification, réaction inflammatoire qui atteint son maximum en 48 heures, et qui ne se produit jamais chez les sujets sains.

Cette réaction à la pallidine est spécifique ; on l'obtient dans 90 pour 100 des cas de syphilis tardive ou héréditaire, ou gommeuse (plus de 1 000 cas). Cette réaction manque en cas de réaction de Wassermann négative et est très souvent positive en cas de syphilis maligne avec gommes précoces et réaction de Wassermann positive. Elle se produit aussi en cas de gommes viscérales.

Elle peut rendre d'excellents services pratiques au point de vue diagnostic ; elle manque souvent en cas de périostite et chez les sujets cachectiques. Habituellement, la réaction de la pallidine et la réaction de Wassermann sont parallèles ; mais elles peuvent être divergentes. Le traitement intensif par le salvarsan le fait souvent disparaître.

La réaction à la pallidine peut se manifester là où manque toute autre manifestation de ce genre ; en particulier elle est positive dans un certain nombre de cas où la luétine est négative.

Elle a donc une réelle utilité pratique.

Elle traduit probablement un processus anaphylactique (bonnes figures de la réaction). Ch. Audry.

Syphilis du système nerveux.

Un nouveau cas de paralysie radiale, à type de paralysie saturnine, chez un syphilitique, par E. de Massary, Boudon et P. Chatelin. *Société de neurologie de Paris,* 12 février 1914. *Revue neurologique,* 28 février 1914, p. 278.

Homme de 50 ans, indemne de toute intoxication par le plomb, mais syphilitique depuis l'âge de 25 ans. Depuis 12 ans, paralysie bilatérale des extenseurs de la main, avec intégrité absolue du long supinateur, c'est-à-dire les signes considérés comme caractéristiques de la paralysie saturnine. Cette paralysie paraît être d'origine centrale et due à une poliomyélite antérieure chronique siégeant au niveau des VI^e^ et VII^e^ paires dorsales. Depuis quelques mois, troubles psychiques notables et trois attaques épileptiformes, faisant craindre une paralysie générale. G. Thibierge.

Paralysie radiale et syphilis, par A. Baudouin et E. Marcorelles. *Revue neurologique,* 31 mai 1914, p. 669.

3 cas de paralysie radiale chez des syphilitiques.

Dans le 1er cas, syphilis remontant à 10 ans ; paralysie des extenseurs des deux mains, avec intégrité des longs supinateurs et légère atteinte des petits muscles des 2 mains ; lymphocytose céphalo-rachidienne ; réaction de Wassermann positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans les 2 autres, paralysie radiale unilatérale, plus étendue dans le dernier ; grosse réaction céphalo-rachidienne.

Il faut conclure de ces faits que la paralysie radiale n'est pas toujours d'origine saturnine et peut être syphilitique.

Au point de vue de la localisation des lésions, B. et M. sont assez réservés, mais sont portés à croire qu'il s'agit de radiculite, peut-être associée à des lésions cellulaires des cornes antérieures. G. Thibierge.

Méningite syphilitique avec paralysie labio-glosso-laryngée complète, mais transitoire, d'origine pseudo-bulbaire, par E. de Massary et P. Chatelin. *Société de neurologie de Paris,* 12 février 1914. *Revue neurologique,* 28 février 1914, p. 281.

Homme de 25 ans, ayant eu la syphilis il y a 4 ans. Deux ans après, symptômes de méningite : température 38,4, subcoma, attitude presque en chien de fusil, léger signe de Kernig, paralysie labio-glosso-laryngée complète. On pense à une méningite tuberculeuse, mais on fait un traitement mercuriel d'essai ; la réaction de Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Amélioration de la paralysie labio-glosso-laryngée, mais production de phénomènes spasmodiques dus à des lésions des faisceaux pyramidaux : exagération de tous les réflexes, clonus du pied, extension des gros orteils et rire spasmodique. G. Thibierge.

Paralysie bulbaire d'origine syphilitique. Rire et pleurs spasmodiques, par H. Dufour et Thiers. *Société de neurologie de Paris,* 4 décembre 1913. *Revue neurologique,* 30 décembre 1913, p. 773.

Homme de 41 ans, sans aucun antécédent syphilitique, mais réaction de Wassermann positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Il y a dix mois, début par difficulté de la parole, puis symptômes de paralysie du voile du palais. Salivation permanente, langue immobile. Sensibilité conservée. Crises de rire et de pleurer spasmodiques quand on parle au malade ou même quand il est seul. Pas de paralysie faciale ou oculaire, ni d'hémiplégie, ni de troubles de la sensibilité. G. Thibierge.

Sur le délire halluciné des syphilitiques (Ueber Halluzinosen der Syphilitischen), par Plaut. *Berlin,* 1913 (Springer).

Monographie de 116 pages que je suis dans l'impossibilité d'analyser comme il convient, en raison de mon ignorance en psychiatrie. Il faut cependant la signaler soigneusement parce qu'elle comble une lacune. Les psychoses des syphilitiques ont été décrites par les psychiatres, mais paraissent encore bien mal connues (et pour ma part, j'ai été singulièrement surpris dans l'unique cas de manie aiguë que j'ai rencontré. N. d. T.). P. entend étudier seulement les vraies psychoses hallucinantes que l'on doit rattacher

à la syphilis. Il pense que pour les reconnaître et affirmer la nature, il faut recourir aux examens de laboratoire récemment vulgarisés : réaction de Wassermann dans le sang et surtout dans le liquide céphalo-rachidien, pléocytose et albuminose de ce dernier. P. résume d'abord les quelques notions que l'on possède au sujet des psychoses paranoïdes, avec hallucinations acoustiques qui ont été considérées déjà comme en rapport avec la vérole ; soit chez les paralytiques, soit chez les tabétiques.

Puis, étudiant en détails les « hallucinoses syphilitiques au sens étroit du mot », après un court historique, il en donne 5 observations se présentant sous des formes aiguës au stade secondaire ou tertiaire, toutes terminées par la guérison. Dans un de ces cas, il y avait 500 lymphocytes par centimètre cube.

5 autres observations se rapportent à des formes chroniques ; aucune n'a guéri.

Enfin 3 autres cas représentent des « hallucinoses » d'origine syphilitique chez les vieillards.

(Je conseille la lecture du mémoire.) Ch. Audry.

Recherches sur la paralysie générale (Beitrag zur Lues-Paralyse Frage). *Zeitschrift f. d. gesammte Neurologie und Psychiatrie*, t. 8, 1912. — **Sur l'évolution de 4134 cas de syphilis** (Mitteilung über 4134 katamnestich verfolgte Fälle von luetischer Infektion. *Id.*, t. 15, 1913. — **Sur le sort ultérieur de ces 4 134 cas** (Über die weiteren Schicksale 4134 katamnestich verfolgter Fälle von luetischer Infektion). *Medizinische Klinik*, 1913, n° 38, par Mattauschek et A. Pilcz (d'après l'analyse donnée dans le *Zeitschrift für Bekampfung der Geschlechtskrankeiten*, 1914, n° 4, p. 154).

Ces travaux ont pour base l'étude du journal des maladies des officiers de l'armée autrichienne atteints de syphilis entre 1880 à 1900 et suivis jusqu'en l'année 1910.

La proportion de paralytiques généraux est de 4,76 pour 100, et celle de tabes pur est de 2,73 pour 100. Dans la grande majorité des cas, il s'agissait de formes légères, sans récidives, ou de formes mal traitées ; la paralysie générale est notablement moins fréquente chez les sujets qui ont subi la cure intermittente et chronique que chez les autres ; cette influence a paru moins évidente sur le tabes. Mais il n'existe pas de rapport entre ces accidents et l'intensité même du traitement. Dans les cas où il s'est produit une paralysie générale l'intervalle entre l'infection et l'apparition des accidents cérébraux n'est pas modifié, il semblerait même que l'incubation du tabes soit abrégée chez les sujets traités vigoureusement. 11,13 pour 100 de tabétiques devinrent paralytiques ; 8,8 pour 100 présentèrent de l'atrophie optique. Il est fort remarquable (mais peu surprenant, N. d. T.) qu'une maladie fébrile contractée pendant les premiers temps de l'infection syphilitique semble exercer une action protectrice. L'influence de l'âge où la syphilis est prise est nette : après 40 ans, le pronostic est plus mauvais, 3,19 pour 100 des malades ont eu des accidents nerveux pendant les 3 premières années et, chez eux, paralysie et tabes ont été rares.

De ces 4134 syphilitiques, 456 étaient morts au 1er janvier 1912. Abstraction faite des malades atteints de paralysie générale et de tabes, 456 étaient morts. On relève 147 décès par tuberculose, 83 par suicide, 35 par cardiopa-

thie, 34 par apoplexie, 23 par cancer, 20 par syphilis maligne, 17 par anévrysme de l'aorte. 14 par néphrite chronique, 4 par néphrite aiguë, 12 par cirrhose hépatique, 7 d'artériosclérose. C'est pendant les 10 premières années qu'on observe le plus de morts par tuberculose. Les maladies vasculaires tuent surtout entre la 10e et la 20e années.

Au total, 12 pour 100 de syphilitiques environ meurent de leur syphilis, et la proportion des décès monte à 14,64 pour 100 si l'on admet l'origine syphilitique de l'artério-sclérose (en y comprenant la paralysie générale et le tabes). Ch. Audry.

La paralysie générale chez l'enfant, par C. Leroux et Weinzweig. *Archives de médecine des enfants,* juillet 1915, p. 377.

Garçon de 12 ans, dont la mère syphilitique a eu 6 enfants vivants et 12 fausses couches, presque toutes vers le 15e jour de la grossesse. A toujours eu une intelligence fruste. Vers l'âge de 11 ans et demi, vertiges fréquents, éblouissements, chutes sans perte de connaissance, mâchonne, tire la langue, démarche chancelante ; puis cyanose des mains et des jambes. Les phrases deviennent inintelligibles, le vocabulaire de plus en plus restreint ; caractère reste très doux, reste des heures à jouer sans causer ou en répétant quelques mots sans suite. Inégalité pupillaire, réactions pupillaires à la lumière très lentes. Tremblement rapide des lèvres, mâchonne sans arrêt. Tremblement rapide de la langue. Élocution bredouillée, inintelligible. Tremblement des membres. Réflexes rotulien, achilléen, bicipital exagérés. Sommeil agité. Réaction de Wassermann positive. Ponction lombaire : lymphocytose et albumine. G. Thibierge.

Paraplégie spasmodique hérédosyphilitique chez les grands enfants, par A.-B. Marfan. *Archives de médecine des enfants,* août 1913, n° 8.

Ce type de paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique décrit en 1909 par Marfan représente un type spécial au point de vue clinique et probablement aussi au point de vue anatomique ; abandonnée à elle-même cette paraplégie est incurable, elle évolue lentement mais elle progresse toujours. Lorsqu'elle existe depuis un certain temps, des lésions irréparables des centres nerveux empêchent le traitement d'agir sur les troubles moteurs dépendant de ces lésions. Mais il faut agir encore pour arrêter la marche de la maladie. La médication iodo-mercurielle donne peu de résultats. L'arsenobenzol a donné au contraire des résultats encourageants. Il faudrait reconnaître la paraplégie à ses débuts et lui appliquer de suite la médication spécifique. R. Lutembacher.

Le traitement intensif de la syphilis nerveuse contrôlé par des examens du liquide céphalo-rachidien (The intensive treatment of syphilitic nervous affections controlled by examinations of the cerebro spinal fluid), par W. Brem. *The Journal of the American Medical Association,* 6 septembre 1913, p. 742.

De son important article B. conclut que : 1° Les malades qui présentent des réactions sérologiques positives dans le liquide céphalo-rachidien ont une infection localisée au système nerveux ou aux méninges et

sont des candidats à la syphilis nerveuse ultérieure. 2° On devrait examiner le liquide céphalo-rachidien de tous les syphilitiques et continuer le traitement jusqu'au moment de la disparition des résultats positifs. 3° La réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien est beaucoup plus difficile à réduire que celle du sang, c'est pourquoi un Wassermann négatif dans le sang n'est pas un criterium suffisant pour interrompre le traitement. 4° Il n'y a presque aucun rapport entre les résultats de la réaction de Wassermann pratiquée dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. 5° Au cours des traitements intensifs de 14 cas de syphilis nerveuse par le Salvarsan associé au mercure, 38 examens du liquide céphalo-rachidien ont été pratiqués. Dans 3 cas seulement on est arrivé à réduire complètement la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien. Dans 50 pour 100 des cas les réactions sont devenues moins nettes et les symptômes cliniques ont diminué d'intensité. 6° Le traitement intensif de la syphilis nerveuse paraît donc être indiqué ; il donne de grandes espérances pour l'avenir de ces malades. FERNET.

Le traitement moderne de la paralysie générale progressive selon la méthode de von Wagner, par Alexandre PILCZ. *La Presse médicale*, 4 février 1914, p. 97.

La méthode de Wagner est basée, sur le fait assez connu des aliénistes, qu'une maladie fébrile intercurrente exerce une influence favorable sur l'évolution de la paralysie générale progressive.

Pour provoquer une réaction fébrile P. emploie la tuberculine (Alt Tuberculin de Koch) à la dose de 0 cc. 0005 — 0 cc. 01 en injections sous-cutanées pour la première injection. Il augmente progressivement les doses des injections quotidiennes jusqu'à la dose limite de 1 centimètre cube de tuberculine, en utilisant comme criterium l'ascension thermique à 39° maximum après l'injection (température enregistrée toutes les trois heures). Wagner emploie pour provoquer la fièvre les injections de doses croissantes de vaccin polyvalent de staphylocoques ou de streptocoques.

P. a traité par cette méthode 86 paralytiques généraux : 39,44 pour 100 ne furent nullement influencés ; 23,2 pour 100 ne furent pas améliorés, mais on constata un arrêt très remarquable dans la marche du processus ; 10,44 pour 100 montrèrent une amélioration remarquable, ils pouvaient vivre en société, sans avoir besoin de surveillance ; 26,68 pour 100 purent reprendre leur travail, et la tutelle fut suspendue. R.-J. WEISSENBACH.

Traitement des affections syphilitiques du système nerveux central par des injections intraveineuses de salvarsan (Treatment of syphilis diseases of the central nervous system by intravenous injections of salvarsan), par SPOONER. *Boston medical and surgical journal*, 19 mars 1914.

S. a obtenu un grand nombre d'améliorations dans la syphilis du système nerveux (tabès, syphilis cérébrale) à l'exclusion de la paralysie générale. L'amélioration a pu être maintenue dans certains cas pendant deux ans. Le traitement doit être continué par petites doses espacées même après la disparition de la lymphocytose rachidienne et de la réaction de Wassermann. Les meilleurs résultats du traitement s'observent dans les cas où la lymphocytose a été très abondante et la réaction de Wassermann fortement positive. S. FERNET.

Les résultats de la méthode intrarachidienne de Swift-Ellis dans la paralysie générale (Results of the Swift-Ellis intradural method in general paresis), par Meyerson. *Boston medical and surgical journal*, 7 mai 1914.

Il est certain qu'on observe chez les paralytiques généraux traités par cette méthode des modifications sérologiques, chimiques et cytologiques dans le liquide céphalo-rachidien, la valeur de ces modifications est cependant discutable au point de vue de l'amélioration clinique. En effet, la disparition de la réaction de Wassermann n'est pas toujours accompagnée d'une amélioration clinique ; on peut observer une exagération des symptômes physiques et mentaux lorsque la réaction de Wassermann se maintient négative ou, au contraire, un état de rémission prolongée avec une réaction de Wassermann positive. La diminution de la lymphocytose rachidienne n'est pas plus un indice certain d'amélioration réelle ; il y a de nombreuses causes à l'inexactitude de la numération. La valeur en globuline diminue quelquefois par le traitement ainsi que celle de l'albumine ; ce résultat n'est cependant nullement constant. En résumé le traitement de Swift-Ellis ne devrait être institué que dans certains cas de paralysie générale au début. S. Fernet.

Paralytiques généraux traités par des injections intrarachidiennes de sérum salvarsanisé (Paresis patients treated with intraspinal injections of salvarsanized serum), par Pilsbury. *Journal of the American medical association*, 10 octobre 1914, p. 1274.

Onze paralytiques furent traités par la méthode de Swift-Ellis ; six d'entre eux furent très améliorés, l'état de l'un resta stationnaire et quatre sont morts peu de temps après le traitement. S. Fernet.

Les méthodes modernes de traitement de la syphilis du système nerveux (Modern methods of treatment of syphilis of the nervous system), par Sachs, Strauss et Kaliski. *American Journal of the Medical Sciences*, novembre 1914, p. 693.

S., S. et K. concluent de leurs nombreuses observations que de tous les procédés employés à l'heure actuelle dans le traitement de la syphilis nerveuse les injections intraveineuses de salvarsan donnent les meilleurs résultats. Les injections intrarachidiennes ne leur semblent pas présenter d'avantages pas plus que le sérum salvarsanisé qui ne contient que des quantités infinitésimales d'arsenic, beaucoup trop faibles pour produire une action thérapeutique. De toutes les affections spécifiques du système nerveux, la paralysie générale réagit le moins au traitement. S. Fernet.

Sur le traitement des maladies nerveuses syphilitiques (Zur Therapie der syphilitische Nervenkrankheiten), par H. Oppenheim. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1914, n° 15, p. 682.

O. est très peu enthousiasmé par les résultats que le salvarsan lui a fournis chez ses malades. Sur 50 tabétiques, il a eu 10 améliorations, 11 aggravations, 29 cas non influencés.

Sur 24 paralysies générales, il a eu 15 cas stationnaires, 6 accélérations, 2 ou 3 rémissions. Ch. Audry.

Syphilis post-conceptionnelle.

Syphilis post-conceptionnelle. Influence du traitement sur la femme enceinte syphilitique (Sífilis post-concepcional. Influencia del tratamiento sobre la mujer embarazada sifilitica), par J. S. Covisa. *Actas dermo-syfiliográficas*, décembre-janvier 1913, n° 2, p. 73.

L'étude de la syphilis post-conceptionnelle au point de vue pratique est intéressante pour deux raisons : *a*) la conduite à tenir relativement à l'alimentation des enfants nés sains en apparence et *b*) l'influence du traitement sur la femme et le fœtus.

a) La syphilis se transmettant, d'après l'opinion admise, d'une manière fatale au fœtus, l'enfant sûrement syphilitique devra être nourri par sa mère. La loi de Profeta est fausse. *b*) On peut arriver à supprimer l'action fœticide de la syphilis en employant avec prudence pour ménager le cœur et le rein, le salvarsan ou le néo-salvarsan, associé au benzoate de mercure (0,02 par injection). Le résultat sera d'autant plus favorable que le traitement sera plus précoce. Le traitement n'a jamais nui aux mères. Dans 5 des 9 cas cités, l'injection avait eu lieu pendant les 6 premiers mois de la grossesse, un seul dans les 3 derniers. Dans 4, la grossesse fut menée à terme, les enfants naissant sains en apparence, un seul donna une réaction de Wassermann positive. Dans le seul cas du 2e groupe (syphilis au 7e mois), l'enfant paraissait sain à la naissance, mais présenta au 2e mois des manifestations évidentes de syphilis. Une seule grossesse a donné lieu à l'accouchement prématuré d'un fœtus mort, syphilitique; l'infection remontait au début de la grossesse et le traitement n'avait été commencé qu'au dernier mois. Un seul enfant présenta des lésions, mais là aussi le traitement n'avait été commencé qu'au dernier mois. Sur les 7 grossesses terminées normalement, 5 donnèrent des enfants sains en apparence ; les 2 autres, nés sans manifestations en ont présenté d'indubitables par la suite à 8 et 2 mois. La continuation du traitement les a rendus bénignes. J. Méneau.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Chancre simple.

Les rapports entre le chancre simple phagédénique et le granulome vénérien (Die Beziehungen zwischen Ulcus molle serpiginosum und Granuloma venereum), par W. Gennerich. *Dermatologische Wochenschrift,* 11 et 18 octobre 1913, nos 41 et 42, pp. 1195 et 1230.

Un des trois cas de phagédénisme chancrelleux publiés par G. avait été considéré par un médecin très réputé en matières de maladies tropicales comme un granulome vénérien. Si l'on se rapporte à la description de Manson, on rencontre de nombreuses analogies entre ces deux affections.

Dans le granulome vénérien on observe il est vrai une formation centrale abondante du tissu de granulation et des cicatrices chéloïdiennes. Mais il n'y a, en outre de la présence du streptobacille, aucune divergence avec la description de Liebert.

Il sera intéressant d'essayer sur le granulome des pays chauds le vaccin anti-streptobacillaire préparé par Ito à la clinique de Neisser. Pelliér.

Le traitement du chancre mou et de ses complications, par R.-J. Weissenbach. *L'Hôpital,* mars 1914, n° 4.

Exposé du traitement des chancres mous, suivant leur siège et suivant l'existence ou non de complications locales, gangrène et phagédénisme. Le traitement de l'adénite fait l'objet d'un chapitre où sont successivement envisagés les cas cliniques de gravité croissante et qui commandent chacun une conduite différente. W. insiste sur les bons effets de la douche d'air chaud à 60°-70° dans le traitement du chancre mou non compliqué, mais surtout dans le traitement des chancres mous phagédéniques et gangreneux, pour lesquels les autres traitements proposés sont, le plus souvent, inefficaces.

Bubon.

Sur le traitement des bubons suppurés par l'argent au bleu de méthylène (Ueber die Behandlung der vereiterten Bubonen mit dem von Edelmann und v. Müller angegebenen Methylenblau-Silber), par Saphies et v. Zumbusch. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 48, p. 2350.

S. et Z. sur 124 malades, ont obtenus d'excellents résultats en vidant le pus des bubons, et en y injectant une solution de « methylenblau-Silber » (?) Ch. Audry.

Traitement du bubon par les rayons X (Behandlung des Bubo mit Röntgenstrahlen), par W. Wittig. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 48, p. 2351.

W. recommande vivement ce traitement. Son travail est basé sur 11 cas seulement. Ch. Audry.

Ulcère aigu de la vulve.

Sur l'ulcère aigu de la vulve (Lipschütz). Uber Ulcus vulvæ acutum (Lipschütz), par S. Grosz. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1914, n° 10, p. 234.

G. appelle l'attention sur une même lésion décrite en même temps par Lipschütz sous le nom d'ulcère aigu vulvaire et par Scherber (et Finger) sous le nom d'ulcère pseudo-tuberculeux de la vulve. Il croit la dénomination de Lipschütz préférable et en donne lui-même une observation où il n'a isolé que des staphylocoques. Ch. Audry.

Sur la notion de maladie appliquée au soi-disant ulcère aigu de la vulve (Zum Krankheitsbegriff des sogenannten Ulcus acutum vulvæ), par R. Volk. *Wiener klinische Wochenschrift,* n° 10, p. 236.

L'existence de l'entité morbide de Lipschütz (ulcère aigu de la vulve chez les vierges) paraît à V. d'autant moins justifiée que lui même en a vu des exemples chez des femmes nullement vierges, et habituellement atteintes de métrite, et même chez des hommes ! Ch. Audry.

Diagnostic biologique de la blennorrhagie.

Sérologie des maladies blennorrhagiques (Zur Serologie der gonorrhoischen Erkrankungen), par J. Finkelstein et T. Gerschun. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1913, n° 39, p. 1817.

F. et G. rappellent d'abord le petit nombre de recherches antérieures sur ce sujet. Ils ont étudié les agglutinines, les ambocepteurs gonococciques, et enfin la cutiréaction.

Ils concluent que la déviation du complément et la cutiréaction recherchée avec de l'antigène gonococcique sont spécifiques pour la blennorrhagie, car elles ne se produisent pas en d'autres maladies.

Les 2 réactions sont très fréquentes dans la blennorrhagie aiguë, et encore davantage dans la blennorrhagie chronique.

Employées méthodiquement chez un grand nombre de malades, ces réactions peuvent offrir un véritable intérêt pratique.

La recherche de l'agglutination dans la blennorrhagie ne donne pas de résultats. Ch. Audry.

Diagnostic biologique de la blennorrhagie (Die biologische Diagnose der Gonorrhoe), par A. Sommer. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 589.

S. a utilisé l'arthigon de Bruck. Il conclut que la recherche de l'agglutination ne donne aucun résultat pratique, — que la déviation du complément n'a pas non plus d'intérêt pratique, parce qu'elle peut manquer, — que la cutiréaction et l'intra-cutiréaction ne donnent pas non plus de résultats pratiques, parce qu'elles sont spécifiques, sans doute, mais inconstantes.

L'injection intra-musculaire n'a qu'une valeur limitée, parce qu'elle donne des réactions irrégulières.

Au contraire l'injection intra-veineuse rend les glus grands services : si elle est suivie d'une hyperthermie supérieure à 1 degré et demi, elle rend très vraisemblable le diagnostic de blennorrhagie ; elle peut exercer une

provocation sur l'écoulement urétral ; elle confirmera les résultats obtenus par les autres méthodes à propos de l'autorisation du mariage.

Pour les femmes et les enfants il faut diminuer les doses. On n'a jamais observé d'accidents.

(!!! — N. d. T.) Ch. Audry.

Vaccins gonococciques et extrait glycériné de gonocoques dans le diagnostic des infections gonococciques (Gonococcus vaccines and glycerine extracts of gonococcus in the diagnosis of gonorrheal infections), par Shattuck et Whittemore. *The Boston Medical and Surgical Journal,* 11 septembre 1913, p. 373.

S. et W. ont étudié la valeur diagnostique des intradermoréactions au vaccin gonococcique concentré et à l'extrait glycériné de gonocoques. Au point de vue de la spécificité de la réaction, le vaccin concentré ne s'est pas montré supérieur aux vaccins employés antérieurement. On obtient uniquement une irritation locale qui doit être due à une autolyse rapide du vaccin.

L'extrait glycériné des gonocoques a produit, dans un certain nombre de cas, une lésion particulière, papuleuse ; cette réaction n'a cependant pas été constante. S. et W. pensent, qu'en continuant les recherches dans cette voie — on obtiendra avec l'extrait glycériné une réaction rigoureusement spécifique. S. Fernet.

Blennorrhagie infantile.

Le pronostic des vulvo-vaginites blennorrhagiques infantiles (Die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum), par Mattissohn. *Archiv für Dermatologie,* juillet 1913, p. 817.

Sur 172 fillettes traitées en 6 ans dans le service de Buschke, 139 présentaient des gonocoques. A ce propos, M. fait une revue générale, intéressante, mais sans rien de nouveau.

Il conclut que le pronostic de la maladie est favorable, car elle guérit bien ; mais il faut compter sur un traitement d'une durée moyenne de 4 à 6 mois, qui peut même atteindre des années entières. Le col utérin n'est guère atteint ; et quant aux complications profondes « annexielles » qui pourraient se produire au moment de la puberté elles sont extrêmement rares. Ch. Audry.

Blennorrhagie anale et rectale.

Blennorrhagie rectale chez les prostituées (Ueber Rectalgonorrhoe bei Prostituierten), par F. Schmidt. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. 20, p. 1065.

La blennorrhagie rectale est très fréquente chez les prostituées de Stockolm. Une première série de 479 prostituées atteintes de blennorrhagie en présente 87 avec de la blennorrhagie rectale.

Une seconde série portant sur 491, présenta 125 cas de blennorrhagie rectale.

D'une manière générale les symptômes subjectifs et même objectifs font tout à fait défaut ; il faut examiner le pus pris dans le rectum avec une curette.

C'est du reste une erreur que d'assigner une marche toujours chronique à la maladie, car un assez bon nombre guérissent, par l'albargine à 1 pour 100 ou le permanganate de potasse à 1 pour 2 000, en un temps variant de 2 à 6 semaines.

Il n'est pas très rare de trouver la gonococcie localisée dans le rectum seul. Ch. Audry.

Sur les granulations blennorrhagiques (Ueber gonorrhoische Granulationen), par G. Stumpke. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 28, p. 1559.

Klingmuller a étudié les bourgeons développés sur les organes génitaux de la femme et l'anus sous l'influence du gonocoque.

Ces lésions dont S. donne 6 observations sont relativement plus fréquentes qu'on ne le croit.

Elles peuvent coexister soit avec la syphilis, soit avec des papillomes.

Il faut rapprocher ces altérations de celles que Jullien a signalées antérieurement, des ulcérations (Thalmann), des proliférations anales décrites par Eichorn, etc. Ch. Audry.

Hyperkératose blennorrhagique.

Un cas d'hyperkératose blennorrhagique (Ein Fall von Hyperkeratosis gonorrhoica), par G. Lange. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 10, p. 495.

Un cas type chez un homme de 21 ans. On n'a pas trouvé de gonocoques dans les lésions de la peau. Des applications locales alcooliques ont eu un bon effet. Ch. Audry.

Sur l'exanthème vésico-hyperkératosique de la blennorrhagie (Zur Kenntnis der hyperkeratotisch-vesikulösen Exantheme bei Gonorrhoe), par A. Buschke et M.-J. Michael. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 348.

3 observations personnelles que B. et M. rapprochent des cas antérieurs pour conclure qu'au cours de la blennorrhagie urinaire compliquée, il peut se produire un exanthème variculeux, allongé, de brève durée, autour duquel se développent des productions hyperkératosiques. Les localisations habituelles en sont le dos et la plante des pieds, le dos des mains et des doigts, les efflorescences pouvant d'ailleurs, exceptionnellement, s'étendre à d'autres régions.

Bien que les renseignements bactériologiques fassent défaut, le fait que ces lésions récidivent avec la blennorrhagie ne laisse pas de doute sur leur nature.

Habituellement, l'exanthème suit des arthrites et peut persister longtemps après elles.

Au microscope, violente inflammation dans le corps papillaire et le réseau de Malpighi aboutissant à la formation de cavités intra-malpighiennes soulevant la couche cornée par une sérosité contenant des cellules. Puis cet exsudat se dessèche pendant que des strates d'origine parakératosique s'accumulent au-dessus. Ch. Audry.

Rhumatisme blennorrhagique.

L'hallus valgus blennorrhagique, par Bertein. *Bulletin de la Société de médecine militaire française,* 19 mars 1914, p. 223.

Homme n'ayant aucun antécédent de maladie infectieuse, ni de rhumatisme. En octobre 1908, au cours d'une blennorrhagie compliquée de cystite et en pleine période d'écoulement, localisations douloureuses articulaires frappant tour à tour la plupart des articulations, dont celles des cous-de-pied, des phalanges, des doigts et des orteils. En mai 1909, tous phénomènes aigus ayant disparu, il persiste une tuméfaction des articulations des orteils, qui se déforment progressivement. D'où hallus valgus très accusé aux deux pieds; le 1er orteil est passé sous le second, saillie accusée en dedans de l'articulation métatarso-phalangienne. G. Thibierge.

Traitement de la blennorrhagie.

De l'emploi de l'iode colloïdal dans la blennorragie aiguë et chronique, par Gérald Beyler. *Gazette des Hôpitaux,* 19 mars 1914, p. 535.

B. préconise, dans le traitement de la blennorragie aiguë et chronique, l'emploi de l'iode colloïdal qu'il considère comme le premier des antiblennorragiques, tant par la valeur et la rapidité de son action que par son innocuité absolue qui permet de l'administrer sans avoir jamais à craindre, de son fait, des complications d'aucune nature.

Il emploie : iode colloïdal, en suspension huileuse à 0 gr. 20 par centimètre cube. Désinfection du méat et du gland. Lavage de l'urètre antérieur au permanganate de potasse à 0,25 pour 1000.

a. *Urétrite antérieure seule.* — Injection dans l'urètre antérieur de 2 centimètres cubes de la solution que nous chauffons très légèrement sur la flamme d'une lampe à alcool.

L'injection est gardée dix minutes et répétée trois fois par jour.

b. *Urétrite antérieure et postérieure.* — Grand lavage urétrovésical avec la solution de permanganate de potasse employée pour laver l'urètre antérieur, puis introduction dans la vessie d'une sonde en gomme, dans laquelle on injecte environ 4 centimètres cubes de la solution, tout en retirant doucement la sonde pour répandre son contenu dans l'urètre postérieur et dans l'urètre antérieur. Une seule injection par jour à garder le plus longtemps possible.

Par ce traitement, on obtient après 2 à 3 injections, la disparition complète de la douleur dans tous les cas.

Après huit à dix jours de traitement, la disparition des gonocoques et de tous autres germes pathogènes, l'assèchement rapide des écoulements persistants, même microbiens. R.-J. Weissenbach.

NÉCROLOGIE

PIERRE AUBERT

Le fracas des événements est tel que les plus méritants de nos maîtres et de nos collaborateurs disparaissent sans bruit et sans hommages. A la vérité le silence et la discrétion avaient leur place autour du cercueil de Pierre Aubert. Le stoïcisme indulgent et fin de cet homme d'ailleurs profondément religieux s'accommodait mal d'une publicité retentissante. Peu de médecins, même de son entourage, savaient qu'il fut réellement et dignement dans l'ordre scientifique le dernier des grands « majors » de l'Antiquaille. Beaucoup ignorent qu'il a introduit et établi en pathologie vénérienne et cutanée plusieurs notions d'une haute importance et qui sont restées acquises. C'est un devoir amer et doux de le rappeler ici et de payer pauvrement une dette contractée par la science médicale, et par ses élèves, « quorum pars minima... »

Pierre Aubert est né à Lyon, le 16 décembre 1839. Il fut reçu premier au concours de l'internat en 1863. Il soutint à Montpellier, en 1867, une thèse sur le chancre intra-utérin, et, au concours de 1874, fut nommé major de l'Antiquaille, après avoir été chef de clinique chirurgicale. Il occupa successivement les trois services successifs et traditionnels de l'Antiquaille de 1876 à 1893. Il est mort à Lyon le 24 juillet 1915, ayant accompli une vie longue, heureuse et féconde. Pierre Aubert était grand et fort, il avait le front découvert, les cheveux et la barbe brunes et pas très abondants, le teint mat, le regard doux et pénétrant, la voix calme, une manière d'être paisible et affable. Son caractère était d'une égalité remarquable, sa patience infinie et sa bonté inépuisable. Il avait l'esprit appliqué, exact, ingénieux et sûr. Sa probité et son désintéressement professionnels étaient au-dessus de tout éloge. Une curiosité intellectuelle et artistique constante et souple ont embelli sa vie jusqu'aux derniers jours. Il appliqua ses dernières années à la pratique de la bienfaisance confraternelle, et se plaisait à rimer de petits vers aimables, parfois un peu mélancoliques et qu'il jugeait lui-même avec une bienveillance amusée. Mais il fut autre qu'un sage instruit et cultivé ; et, pendant les 20 années de son activité médicale, il a publié un très grand nombre de travaux. On retrouverait quelques-uns de ceux-ci dans les années relativement anciennes de ces *Annales* ; mais le plus grand nombre a paru dans le *Lyon Médical* qu'il avait contribué à fonder en 1869, et dont il fut jusqu'au terme de sa vie un des plus précieux collaborateurs. C'est pourquoi sa notoriété scientifique est bien loin d'égaler sa valeur.

Pierre Aubert était né expérimentateur et physiologiste. Il n'était pas très érudit, et ne connaissait pas assez bien les langues étrangères pour écrire

de grands travaux d'ensemble que son goût de la perfection et l'originalité de son esprit ne lui conseillaient pas. Il a introduit dans la pratique médicale l'*injection préanesthésique d'atropine et morphine* (d'après les expériences de Dastre et Morat); il a fait de curieuses études au sujet de l'influence exercée par les bains froids sur la température de l'homme bien portant, etc., etc.

Mais nous rappellerons seulement ici, et brièvement, les principaux résultats de ses recherches appliquées à l'*étude de la blennorrhagie*, du *chancre simple et de l'absorption cutanée*.

On ignore souvent, et il faut savoir que c'est à Pierre Aubert, et à lui seul, que nous devons cette notion fondamentale que l'*uréthrite blennorrhagique est une uréthrite totale*. C'est lui qui a montré ou fait démontrer par ses élèves que la *prostatite est presque constante au cours de la blennorrhagie vulgaire*. C'est lui qui a indiqué la réalité et l'importance des *uréthrites aiguës bactériennes*, c'est-à dire non gonococciques, etc.

Il a fait voir que le *virus, alors indéterminé, du chancre simple, est extrêmement sensible à la chaleur*; la méthode de traitement qu'il a déduite de cette constatation, celle de la demi-balnéation très chaude, à + 45, et *toute la thermothérapie* qui en est dérivée sont dues directement ou indirectement à Pierre Aubert.

C'est Pierre Aubert qui a solidement établi, et le premier, *que la peau saine et intacte absorbe certaines solutions aqueuses*. Son procédé d'investigation par les empreintes est resté excellent, il l'a conduit d'ailleurs à une foule de petites constatations intéressantes sur *la sécrétion sudorale dans les dermatoses*. Il a donné un petit procédé élégant pour apprécier l'*état gras de la peau*. Il a signalé l'*hyperidrose axillaire* des personnes nues. Un des premiers, sinon le premier, il a étudié avec précision la *cataphorèse*. Il existe un *signe d'Aubert* : le cheveu infiltré de champignons qui apparaît en clair sur fonds sombre quand on fait basculer le miroir du microscope.

Tous ses travaux, il les a faits seul, sans laboratoire, sans ambition, par pure curiosité scientifique, sans désir de publicité, sans recherche de situation retentissante ou de distinctions honorifiques, en toute indépendance et originalité. Pierre Aubert n'a jamais avancé un fait qui n'ait été confirmé ultérieurement.

Peu d'hommes ont été aussi bien doués moralement et intellectuellement. Peu d'hommes ont aussi bien rempli leur destinée. Ch. Audry.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

TRAVAUX ORIGINAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LES CONSÉQUENCES DU DÉCOLLETAGE PERMANENT CHEZ LA FEMME (LA DERMATOSE DU TRIANGLE STERNO-CLAVICULAIRE)

Par le Dr **L. Brocq.**

Depuis environ trois ans la femme élégante ne porte plus de cols comprimant le cou. Elle a eu raison de s'en affranchir, puisqu'ils gênaient la circulation de la face ; mais, par contre, elle a imaginé de se décolleter en pointe pendant la journée et de dénuder complètement un espace triangulaire dont la base est formée par les clavicules et la poignée du sternum et dont la pointe s'enfonce entre les deux seins. Certaines le voilent cependant avec du tulle ou une gaze fort légère.

Les conséquences de cette nouvelle mode n'ont pas été longues à se produire. Depuis plusieurs mois je suis à chaque instant consulté par des femmes qui viennent me demander de rendre à la peau de la zone en question tout son éclat et la finesse qu'elle a perdue.

Voici ce qui se produit chez elles.

La peau de la partie supérieure de la région présternale est chez la femme d'une grande fragilité. Sa sensibilité rappelle tout à fait celle de la face, peut-être même la dépasse-t-elle.

Quand on la soumet, sans la moindre protection, à l'action des agents atmosphériques, air, vent, poussières et surtout soleil, elle subit avec rapidité une série de modifications. En voici les principales :

1° Troubles de la pigmentation ;

2° Troubles de la vascularisation ;

3° Modification du grain et de la finesse de la peau, aspect luisant et pseudo-atrophique des téguments ;

4° Kératose infundibulaire ;

5° Lésions acnéiformes.

En outre chez les sujets qui ont une hyporésistance cutanée fort développée, cette région, dénudée, peut être le siège de véritables éruptions artificielles aiguës que l'on peut grouper autour de ce que l'on a décrit sous le nom de coup de soleil.

Chez ceux qui sont prédisposés à certaines dermatoses, elle devient un véritable *locus minoris resistentiæ* au niveau duquel peuvent se localiser : du prurit pur, du prurit circonscrit avec lichénification, des troubles divers de la sensibilité, de l'eczéma vésiculeux vrai, de l'ec-

zéma séborrhéique ou parakératose psoriasiforme qui peut ou non se lichénifier.

Telles sont les seules dermatoses que j'ai, jusqu'à ce jour, observées au niveau du triangle sterno-claviculaire; mais il est probable que, si cette mode persiste, d'autres manifestations morbides pourront y être relevées.

Nous allons tout d'abord étudier isolément chacune des lésions que nous venons d'énumérer, puis nous établirons succinctement le tableau d'ensemble de cette forme morbide qui menace de devenir fort commune.

A. *Lésions provenant directement de l'action lente et progressive des agents atmosphériques sur la partie dénudée.*

1° *Troubles de la pigmentation.*

C'est là une des modifications les plus fréquentes que présente le triangle sterno-claviculaire chez les femmes qui se décollettent en pointe pendant le jour.

L'aspect le plus habituel de cette lésion est celui d'une coloration plus ou moins accentuée variant du café au lait très clair au brun foncé ou au rouge brun, assez uniforme, quoique d'ordinaire plus marqué au centre et en haut, vers la poignée du sternum; les limites en sont assez nettement arrêtées, quoique légèrement estompées d'une part vers la base du cou, d'autre part suivant une ligne oblique allant de la moitié de la clavicule ou même de l'acromion vers l'interligne mammaire: la largeur de cette zone dépend d'ailleurs bien évidemment de l'étendue du décolletage.

Parfois la teinte est tellement accentuée qu'elle frappe d'emblée le regard, parfois elle est assez pâle pour n'être bien visible que lorsque la personne est complètement décolletée, et vraiment le décolletage complet chez certaines femmes est rendu assez difficile par le triangle pigmenté que nous venons de décrire.

Dans certains cas, plus ennuyeux encore, des taches pigmentées de la grosseur d'un tout petit demi-pois, d'une grosse lentille, criblent le triangle, et donnent l'impression de lentigines plus foncées sur fond café au lait plus ou moins clair.

2° *Troubles de la circulation.*

On sait que chez beaucoup de femmes il se trouve autour de la base du cou, surtout dans le dos, mais aussi à la partie antérieure du thorax des dilatations veineuses rosées ou bleuâtres apparentes, analogues à ces arborisations qui sont si fréquentes sur les téguments des membres inférieurs des personnes prédisposées aux varices.

Chez les femmes qui se décollettent en triangle, ces dispositions naturelles peuvent s'accentuer, mais elles ne semblent pas, du moins d'après ce que j'ai constaté jusqu'à aujourd'hui, devoir prendre un développement excessif.

Par contre j'ai vu assez fréquemment ces femmes venir me consulter pour une rougeur qui était apparue, disaient-elles, en ces points à la suite d'un coup de soleil, et qui ne voulait plus disparaître. Or, en les examinant avec quelque attention on ne tardait pas à s'apercevoir que cette rougeur était constituée non pas par un simple érythème, mais par de fins réseaux télangiectasiques analogues à ceux qui existent sur la face au début de la couperose variqueuse. Dès lors la persistance de ce prétendu coup de soleil était tout naturellement expliquée. Donc ici, comme à la figure, il semble bien que le contact répété des divers agents atmosphériques puisse développer peu à peu, plus ou moins rapidement suivant les sujets, des lésions de télangiectasies.

Certaines de ces femmes présentent en outre un phénomène qui est d'ailleurs l'un des symptômes majeurs de la couperose faciale ; elles ont assez fréquemment en ce triangle sterno-claviculaire des sortes de poussées congestives, pendant lesquelles la région rougit à l'excès, se tuméfie en quelque sorte, puis peu à peu tout rentre dans l'ordre : or ce n'est pas toujours à la suite de l'exposition directe au vent, au froid, ou au soleil que ces phénomènes se produisent, ils peuvent aussi le faire sous des influences d'un tout autre ordre, émotions, mauvaises digestions, froid aux pieds, etc... Qu'on songe, pour la bonne compréhension de tous ces faits, que cette région est chez la femme le lieu d'élection de la roséole émotive.

3° *Modifications du grain et de la finesse de la peau.*

En même temps, dans certains cas, la peau s'altère dans sa finesse et dans son aspect : elle paraît plus épaisse ; les orifices dermiques se dilatent, elle perd son poli et sa souplesse. En un mot elle vieillit et se fane.

Assez fréquemment au contraire il semble qu'elle s'amincisse et, quand on la regarde obliquement, on voit que sa surface est comme luisante, nacrée, brillant aux incidences de lumière : elle prend alors un aspect pseudo-atrophique ou pour mieux dire pseudo-sclérodermique.

4° *Kératose infundibulaire.*

Parfois se développent à ce niveau ces curieuses lésions qui semblent au premier abord être de la kératose pilaire, qui n'en sont pas, et que j'ai décrites sous le nom de *dyskératose des infundibula pilaires* ou mieux de *kératose infundibulaire.*

Elles sont caractérisées par ce fait qu'à l'œil nu chaque follicule pilosébacé apparaît comme un petit point d'un gris ou d'un brun noirâtre. On peut enlever mécaniquement ce petit cône corné qui n'est pas cependant un comédon vrai, et qui est plus foncé que le cocon séborrhéique normal de Sabouraud. Elles criblent parfois toute la région, donnant à la peau un aspect sale et pseudo-kératosique qui affecte beaucoup les malades (1).

(1) Voir notre *Traité élémentaire de dermatologie pratique,* Paris, 1907, t. II, p. 520.

5° *Lésions acnéiformes.*

Malheureusement les lésions peuvent encore s'aggraver, et il se développe alors des lésions acnéiques de plusieurs ordres, mais dont les deux principales sont : 1° les comédons véritables et les petits kystes sébacés ; 2° les papulo-pustules d'acné lesquelles m'ont semblé être d'ordinaire comme avortées et ne constituer que de toutes petites papules rouges arrondies, hémisphériques, à marche extrêmement rapide.

Tel est l'aspect le plus habituel des lésions à évolution lente que l'action des agents atmosphériques développe au niveau du triangle sterno-claviculaire chez la femme.

Ces divers éléments peuvent exister soit isolés, à l'état pur, soit diversement groupés et combinés suivant les idiosyncrasies de chaque sujet, de telle manière que le tableau clinique est assez varié.

Mais cette complexité peut être beaucoup plus grande encore, comme nous allons maintenant l'établir.

B. *Éruptions artificielles aiguës.*

On sait que nombre de femmes, en été, s'exposant au soleil les épaules et les bras nus, ou couverts d'un tissu en mousseline mince, peuvent avoir des éruptions érythémateuses, parfois même érythémato-phlycténulaires de la plus grande intensité. Je n'ai pas à en retracer ici la symptomatologie que tous les médecins connaissent et qui constitue les phénomènes cutanés du coup de soleil.

Puis, dans la majorité des cas, les symptômes morbides se calment et il persiste pendant un laps de temps plus ou moins long, souvent fort long, des pigmentations assez ennuyeuses.

Or le triangle sterno-claviculaire est l'une des régions au niveau desquelles la résistance normale de la peau est l'une des plus faibles ; il était donc tout naturel de prévoir que la mode nouvelle devait coïncider avec de nombreuses éruptions aiguës de cet ordre, et c'est ce qui est arrivé. En fait les éruptions érythémateuses aiguës plus ou moins violentes, pouvant arriver dans certains cas jusqu'à la phlycténisation, s'observent assez souvent chez la femme depuis que ce décolletage est en honneur.

Malheureusement il est un fait d'une importance assez grande que la plupart des femmes ignorent, c'est que, lorsque l'on a eu « un coup de soleil », pour qu'il guérisse rapidement et sans laisser de trace il faut : 1° ne pas laver à l'eau et surtout à l'eau et au savon la région blessée ; 2° ne pas continuer à l'exposer sans défense à l'action de l'air et du soleil.

Pour la plupart, quand elles ont leur érythème solaire, elles ne prennent aucune des précautions voulues ; aussi les lésions cutanées ne disparaissent-elles que fort lentement : ou pour mieux dire elles ne disparaissent pas complètement, et il persiste des télangiectasies, de la pigmentation, un certain degré d'épaississement de la peau, en un mot ce que nous avons étudié plus haut.

En outre les téguments deviennent de plus en plus vulnérables; de nouvelles poussées érythémateuses se produisent sur ces régions déjà altérées et la peau peut subir ainsi de profondes modifications qu'il devient fort difficile de faire disparaître.

C. *Superposition de dermatoses définies aux lésions traumatiques.*

Mais ce n'est pas tout, et le tableau morbide peut devenir encore plus complexe. Le praticien doit en être prévenu, parce que dans les cas que je vais maintenant étudier les lésions premières peuvent être complètement masquées, et la pathogénie vraie des accidents cutanés peut passer complètement inaperçue.

Quand il s'agit de personnes prédisposées à une dermatose, par exemple de névropathes intoxiquées prédisposées aux prurits, aux urticaires, aux prurits avec lichénification, aux eczémas vésiculeux ou papulo-vésiculeux, aux eczémas séborrhéiques ou parakératoses psoriasiformes, on peut voir en effet ces manifestations morbides se développer sur cette région qui est devenue le *locus minoris resistentiæ* de l'organisme.

Ce que je viens de dire n'est nullement une vue de l'esprit : ce sont des faits que j'ai observés.

Je répète que j'ai vu chez des névropathes des prurits rebelles paroxystiques se localiser en ces points. J'y ai constaté des poussées d'urticaire; chez une personne habituée à boire beaucoup de thé j'y ai relevé du prurit avec lichénification.

Chez deux autres qui ne suivaient aucune hygiène alimentaire, qui se nourrissaient surtout d'œufs et de viande, qui ne faisaient aucun exercice corporel, j'y ai constaté des parakératoses psoriasiformes prurigineuses et lichénifiées.

Chez une dame prédisposée depuis longtemps aux eczémas vésiculeux, à la suite d'un érythème solaire il s'est développé au niveau du triangle sterno-claviculaire un eczéma vésiculeux rebelle qui reprenait de l'intensité dès que la malade allait à la campagne et au grand air.

Je n'ai pas encore observé d'autres dermatoses définies comme complications des faits sur lesquels je veux aujourd'hui attirer l'attention du public médical.

Il est utile dans les cas de cet ordre de porter un diagnostic complet et précis. En effet, pour arriver à faire disparaître les lésions que nous venons de décrire, il est une première condition capitale, c'est de protéger la région atteinte de tout contact irritant. Si on néglige de le faire, on n'obtient aucun résultat durable ; à chaque instant, sous l'action d'une simple exposition au froid, au soleil, aux intempéries, surviennent de nouvelles poussées.

L'élément capital du diagnostic c'est la localisation et la forme des lésions cutanées. Quand on songe à la possibilité de cette pathogénie, on ne peut se tromper, et on est forcé d'y songer pour peu que l'on

sache regarder. Aussi n'allons-nous pas insister sur le diagnostic différentiel.

Ajoutons seulement que, dans l'immense majorité des cas, ces lésions cutanées n'ont aucune importance : elles ne consistent qu'en des troubles de pigmentation purs ou associés à des degrés très variables de troubles de la circulation : mais elles sont parfois des plus ennuyeuses au point de vue de la coquetterie féminine.

La dermatose du triangle sterno-claviculaire chez la femme, malgré sa banalité, touche à des problèmes passionnants de pathologie cutanée.

Elle met tout d'abord en relief d'une manière extrêmement frappante l'importance des susceptibilités individuelles dans la pathogénie des dermatoses.

Voici toute une nombreuse série de femmes qui ont le même décolletage, qui sont soumises à des actions irritantes extérieures presque identiques, et cependant les effets produits sont fort variables.

C'est un des chapitres intéressants de cette hyporésistance cutanée dont nous avons donné un aperçu d'ensemble dans nos leçons de 1909 et que nous avons étudiée dans ces *Annales* (1914-1915, p. 529.)

Elle démontre en outre toute l'importance de la notion des *loci minoris resistentiæ* de l'organisme dans la production et la localisation de certaines dermatoses d'origine interne. Les actions irritantes externes diminuent soit d'une manière rapide, soit d'une manière progressive la force de résistance des téguments en cette région, et, sur cette région ainsi devenue un point faible de l'organisme, peuvent dès lors se développer plutôt qu'ailleurs des dermatoses d'origine interne.

On peut se demander pourquoi cette région se traumatise avec cette facilité, alors que le cou, qui est également nu, et, qui est soumis aux mêmes actions irritantes externes ne présente que peu ou point d'altérations. C'est un des points intéressants de cette question. Il nous semble que ce doit être un résultat de la structure particulière des téguments de cette région. La peau y est extrêmement fine, assez vasculaire, tendue sur des plans osseux sous-jacents, riche en glandes sébacées ; elle est un des lieux d'élection de la séborrhée. Elle se rapproche en somme de la structure de la peau de la face beaucoup plus que de celle du cou.

Que faire pour remédier aux altérations cutanées que nous venons de décrire ?

Avant tout il est bien entendu que l'on doit recommander aux femmes de protéger soigneusement la région présternale de tout contact irritant extérieur. Et pour cela il ne suffit pas de la couvrir d'un tissu léger de gaze ou de mousseline ; les agents atmosphériques blessent la peau avec la plus grande facilité à travers ces étoffes transparentes. Il faut

de la bonne toile serrée, blanche, opaque, et il est encore préférable d'étaler tout d'abord sur les téguments une pâte épaisse, par exemple la pâte de Lassar à l'oxyde de zinc avec ou sans un centième de chlorhydrosulfate de quinine; par-dessus on mettra beaucoup de poudre de talc, puis la toile épaisse dont nous venons de parler.

Si l'on s'en tient à ces moyens de protection, les lésions ne s'aggraveront pas : elles tendront à diminuer peu à peu ; elles pourront même disparaître, mais avec beaucoup de lenteur.

Si l'on veut en activer la disparition, on peut ajouter à ces mesures de protection le traitement de chacune des lésions que nous avons relevées plus haut. Il nous paraît inutile de les exposer dans cette note. Cela ne présenterait aucun intérêt.

MANIFESTATIONS CUTANÉES DANS UN CAS DE LYMPHADÉNIE LEUCÉMIQUE. ÉRUPTIONS PRURIGINEUSES PROVOQUÉES PAR LA RADIOTHÉRAPIE DE LA RATE.

Par le Dr **Jörgen Schaumann** (de Stockholm).

Depuis 18 mois j'ai l'occasion d'observer de temps en temps un cas de leucémie avec manifestations cutanées. Ce cas présentant à plusieurs égards un certain intérêt, j'ai cru devoir le publier.

Le nommé P. F., âgé de 69 ans, mécanicien, appartient à une famille saine.

Jusqu'il y a quatre ans il a joui de la meilleure santé. Depuis cette époque il se sent fatigué et faible et a présenté une pâleur et un amaigrissement toujours croissants.

Au printemps de 1912, P. F. eut sous l'orifice narinaire gauche une ulcération très persistante et en avril 1914 il en eut deux autres : au niveau de la commissure labiale gauche et sur le menton.

A la fin de mai 1914, j'ai eu l'occasion de l'examiner pour la première fois. Il présentait alors au niveau de la commissure labiale gauche une ulcération mesurant 1 centimètre de diamètre. La surface était régulière et humide, d'un rouge pâle. Les bords étaient plans, taillés à pic et non décollés. Au palper la lésion présentait une infiltration manifeste, dont la consistance n'était pourtant pas aussi accusée que celle d'un chancre syphilitique ou d'un cancer labial.

Immédiatement au-dessous de l'orifice narinaire gauche et un peu du côté gauche du menton une ulcération de la dimensior d'un pois, couverte d'une croûte et entourée d'un bord infiltré et de couleur bleuâtre.

Le malade ne ressentait aucune douleur au palper.

Dans les régions sous-maxillaires, il présentait 4 à 5 ganglions lymphatiques du volume d'une fève, de consistance ferme et glissant facilement sous la peau. Dans les aisselles et les aines 2 à 3 ganglions similaires.

L'état général était fort affaibli et le sujet impressionnait par un amaigrissement avancé et par un teint extrêmement pâle. De prime abord son aspect éveillait l'idée d'un cancer. Cependant dès le début il faisait remarquer, ce qui permettait d'orienter le diagnostic dans le bon côté, que trois ans auparavant, un chirurgien avait pratiqué la laparotomie, le croyant atteint d'une tumeur intestinale, et avait constaté que la tumeur supposée était la rate augmentée de volume.

L'examen des organes internes donnait les résultats suivants :

L'extrémité inférieure de la *rate* est appréciable à la palpation sur une ligne passant par l'ombilic.

Le *foie* ne dépasse pas le bord droit inférieur du thorax.

Les *poumons* et le *cœur* ne présentent pas d'altérations appréciables.

Sang : globules rouges 4 200 000, globules blancs 112 660 (lymphocytes

94 pour 100, leucocytes polynucléaires 4 pour 100, grands mononucléaires et formes de transition 2 pour 100); hémoglobine 77 pour 100.

L'*urine* ne renferme ni albumine, ni sucre.

J'ai excisé, dans le but de faire un examen microscopique, un morceau du bord de la lésion située sous l'orifice narinaire gauche. Histologiquement cette lésion présente une structure lymphoïde pure. Elle est constituée par une infiltration de lymphocytes, assez clairsemée dans le corps papillaire, mais très compacte dans le chorion jusqu'à la limite inférieure de la coupe. Çà et là on trouve quelques rares mastzellen, mais nulle part de cellules plasmatiques. L'infiltration est tout à fait diffuse, sans aucune systématisation, si ce n'est qu'elle s'arrête brusquement, autour de certains follicules pileux, à la limite du sac fibreux, tandis qu'elle s'étend jusqu'à la gaine épithéliale au niveau de la grande majorité des follicules. L'épiderme est intact, toutes ses couches cellulaires sont représentées.

Il était de toute évidence que le sujet souffrait d'une leucémie du type lymphatique. Or, il était tout naturel de mettre en rapport avec la leucémie les lésions faciales, qu'au premier coup d'œil je soupçonnais être de nature épithéliomateuse. L'examen microscopique permettait de porter le diagnostic de tumeurs leucémiques et, plus tard, leur grande radio-sensibilité confirmait ce diagnostic.

J'ai appliqué les rayons X sur les trois lésions faciales, 5 unités H sur chacune en une seule séance. Sur les ganglions sous-maxillaires j'ai également appliqué 5 H, mais avec un filtre de 1 millimètre d'aluminium.

Quelques jours après le traitement, le malade fut pris de fièvre, qui le tint alité pendant plusieurs semaines. Il avait déjà été sujet à de pareils accès de fièvre d'une durée plus ou moins longue.

Lorsque, quelque temps après la cessation de la fièvre, il est venu me voir (fin juillet 1914), les lésions faciales et la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires étaient disparues depuis longtemps, quinze jours après la séance de radiothérapie, disait le malade. J'ai commencé alors à traiter par les rayons X la rate, sur laquelle j'ai fait l'application d'une dose de 3 H, avec un filtre de 2 millimètres d'aluminium.

Une semaine plus tard, j'ai revu le malade. Il disait souffrir, depuis 3 à 4 jours, d'un prurit intense sur les bras et les jambes. Ce prurit avait donc commencé 3 à 4 jours après la radiothérapie de la rate. L'examen révélait sur les bras et les jambes d'assez nombreux papules de prurigo; la plupart de ces papules étaient excoriées et couvertes d'une croûte sanguine, mais on en trouvait aussi d'intactes; ces papules, variant de la dimension d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille, étaient de coloration rose, marquées au centre d'un très petit point blanchâtre.

Pas d'urticaire factice.

J'ai extirpé une papule récente du bras gauche. L'examen microscopique des coupes révèle au niveau du sommet de la papule, à l'intérieur du corps muqueux, un groupe de cavités kystiques bien circonscrites, contenant un détritus cellulaire et quelques leucocytes polynucléaires et lymphoïdes. Autour de ces kystes, le corps muqueux est œdématié. Au-dessus la couche granuleuse et la couche cornée sont indemnes. Le corps papillaire présente de l'œdème et des infiltrations de cellules lymphoïdes, surtout autour des vaisseaux.

Au cours des six semaines suivantes, le malade subit la radiothérapie de la rate : une séance par semaine, 2 H par séance (filtration à travers 2 millimètres d'aluminium). Pendant ce laps de temps le prurit s'aggrava et



Fig. 1. — Coupe d'une papule de prurigo récente (Grossissement 300/1).

atteignit une intensité pénible. Les papules prurigineuses devenaient beaucoup plus nombreuses, spécialement sur les faces d'extension des avant-bras et des cuisses, autour des poignets, à la partie postérieure du cou et sur le sommet du crâne qui est chauve ; elles étaient moins nombreuses aux bras, aux jambes et sur le tronc. Çà et là le grattage se manifestait par de longues raies croûtelleuses. Les endroits les plus atteints commençaient à présenter une coloration brunâtre. Nulle part de lichénification.

Le sujet, étant convaincu que le prurit avait été provoqué par la radiothérapie, ne venait plus se faire traiter.

Je ne le revis qu'en décembre 1914. A cette occasion il raconta que, pendant la plus grande partie de l'automne 1914, il avait été alité et que, de temps en temps, il avait eu de la fièvre. Le prurit, disait-il, avait diminué considérablement, depuis qu'il avait cessé de se faire traiter par les rayons X. Il avait été bien bas, mais pendant ces dernières semaines il s'était rétabli sous l'influence d'un traitement médicamenteux, prescrit par son médecin ordinaire. Il ne présentait que quelques rares papules de prurigo écorchées. L'examen du sang révélait: globules rouges 4 295 000, globules blancs 102 320 (lymphocytes 92 pour 100, leucocytes polynucléaires 3,95 pour 100, grands mononucléaires et formes de transition 3,75 pour 100, éosinophiles 0,3 pour 100); hémoglobine 78 pour 100. De crainte que le prurit ne revint, il ne voulait pas se soumettre à la radiothérapie.

Sur le conseil de son médecin, il revint cependant au commencement de février 1915 pour continuer le traitement. J'ai fait alors sur la région splénique une irradiation de 2 H 1/2 dans les mêmes conditions qu'auparavant.

Le malade ne réapparut chez moi qu'au bout de trois semaines. « Le prurit, disait-il, avait été plus intense que jamais. Il ne lui laissait pas de repos et, surtout le soir, les démangeaisons étaient tellement intenses qu'il n'avait pas pu fermer l'œil de toute la nuit. » Les papules prurigineuses avaient augmenté à un degré considérable, surtout au niveau des anciens lieux de prédilection. En dépit de cette circonstance, il désirait pourtant continuer la radiothérapie et la même dose fut appliquée de nouveau. Il devait continuer à observer les précautions diététiques que, dès le début, je lui avais prescrites.

Il lui devint pourtant impossible de réaliser son intention de faire traiter la rate avec continuité. Je le revis au commencement de mars 1915. « Il ne pourrait plus être question d'exposer la rate aux rayons X », déclara-t-il, « tellement j'ai souffert pendant la semaine dernière ». Sa peau indiquait à l'évidence qu'il disait la vérité. En dehors de nombreuses marques de grattage, il présentait une multitude de papules de prurigo récentes et excoriées, surtout aux anciennes régions de prédilection. La peau de ces régions présentait une pigmentation brunâtre. A la partie postérieure du cou seulement la peau était épaissie, lichénifiée.

Quinze jours plus tard son état était peut-être un peu plus supportable. Il persistait à refuser la radiothérapie de la rate. Par contre il proposa lui-même de subir un traitement des ganglions sous-maxillaires gauches, qui étaient redevenus appréciables à la palpation. Je les ai soumis aux rayons X, 3 H dans les mêmes conditions que la première fois.

Au bout d'un mois — fin d'avril — les ganglions n'étaient plus tuméfiés. Le prurit tourmentait toujours le malade, peut-être un peu moins, mais une nouvelle gêne s'y était ajoutée: du côté gauche du thorax, dans le plan axillaire antérieur, il présentait une tuméfaction douloureuse, du volume de l'extrémité d'un doigt et adhérente à la huitième côte. Comme il était à supposer que cette tuméfaction était de nature leucémique, j'ai fait à ce niveau une séance de 3 H, avec filtration à travers 1/2 millimètre d'aluminium. Quinze jours plus tard le malade m'a téléphoné que la tuméfaction n'était plus appréciable à la palpation.

Depuis lors je ne l'ai vu que deux fois: au mois de juin et au mois d'oc-

tobre de cette année. En juin le prurit, tout en étant à peu près éteint, le gênait cependant de temps en temps. En octobre le prurit avait complètement disparu ; « il s'était éteint successivement ». Une pigmentation brunâtre, sur laquelle se détachaient des points blancs cicatriciels, persistait encore sur la face externe des avant-bras, à la partie postérieure du cou et dans la région pariétale.

De prime abord, je l'ai déjà dit, le sujet me fit l'impression d'un cancéreux, mais lui-même m'a fait penser au diagnostic de leucémie. Ce diagnostic était facile à vérifier. L'examen du sang, de la rate et des ganglions lymphatiques mit hors de doute le diagnostic de leucémie du type lymphatique.

Au point de vue dermatologique ce cas présente un intérêt spécial. D'abord les cas de leucémie avec manifestations cutanées constituent une rareté relative, et ensuite ce cas éclaircit fort bien, me semble-t-il, la question de l'origine du soi-disant prurigo lymphadénique.

Depuis que Trousseau a décrit, dans sa clinique sur l'adénie, les lésions leucémiques de la peau, on a observé plusieurs cas de cette maladie — et d'autres affections de l'appareil hématopoïétiqne — où la peau a participé au processus morbide.

On a divisé ces manifestations cutanées en *tumeurs* — lésions de la même valeur et de la même structure que celles des organes internes — et en *dermatoses banales,* appartenant, pour la plupart, au groupe du prurigo.

Dans le cas actuel ces deux ordres de manifestations sont représentées.

Les petits nodules ulcérés de la face — qui présentaient une structure lymphoïde pure et qui étaient très radiosensibles — ne constituent pas le type clinique le plus fréquent de tumeurs leucémiques. Certes, la chronicité, la localisation faciale et la multiplicité forment des caractères ordinaires, mais il est rare que ces lésions s'ulcèrent ; cependant cela n'est pas unique. Nicolau (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1904) a décrit un cas de tumeurs leucémiques faciales, ayant une tendance marquée à s'ulcérer. On pourrait présumer que, dans mon cas, la localisation immédiatement au-dessous du nez et au niveau de la commissure labiale a pu y contribuer, à l'ulcération, la sécrétion nasale et la salive ayant ramolli la surface, mais on ne peut invoquer une cause pareille pour le nodule du menton.

En ce qui concerne l'éruption cutanée généralisée, on ne peut contester qu'il s'agisse de prurigo. Les lésions élémentaires étaient cliniquement des plus caractéristiques et l'examen microscopique révéla le même processus pathologique qui caractérise les papules du prurigo simplex de Brocq et celles du prurigo de Hebra : dans le corps muqueux l'œdème et la vésiculation, dans le corps papillaire l'œdème et les infiltrations périvasculaires. Ayala et Copelli, dans leurs cas de prurigo

lymphadénique, ont constaté les mêmes altérations (1). Il n'est donc pas douteux qu'il s'agit, dans ces cas, d'un prurigo vrai.

La surface postérieure du cou seule est devenue le siège de lichénification. Le peu de tendance à la lichénification en dépit de la violence du prurit se retrouve dans les cas décrits jusqu'ici et paraît une singularité caractéristique.

Ce qui surtout rend le présent cas de prurigo intéressant, c'est qu'avec la netteté d'une expérience il révèle la genèse du prurigo lymphadénique. Ce prurigo se manifestait quelques jours après les séances de radiothérapie sur la rate chez un sujet leucémique, qui n'avait jamais présenté auparavant de symptômes prurigineux, il s'aggravait avec violence après chaque irradiation et enfin il montrait sa corrélation avec ce traitement par le fait que, dans le courant des mois qui le suivaient, il cessait. Il est évident que c'est à la toxémie, due aux substances résultant de la radiothérapie de la rate, qu'il faut attribuer la cause prochaine du prurit et de l'éruption prurigineuse. Des substances analogues doivent avoir déjà existé chez le malade à un stade antérieur : ce sont vraisemblablement elles qui ont provoqué les accès de fièvre auxquels, à plusieurs reprises, il avait été sujet auparavant ; elles se formaient, bien entendu, lors de la radiothérapie des lésions faciales et des ganglions sous-maxillaires, mais ce n'était que par l'exposition aux rayons de la grande surface splénique qu'elles s'accumulaient en quantité suffisante pour produire une irritation de la peau.

La leucémie étant une des maladies qui ont bénéficié le plus de la radiothérapie en tant que celle-ci peut prolonger la vie de plusieurs années, on se demande quel traitement on devrait dans un cas semblable substituer à la radiothérapie. Car celui qui a vu à quel degré les rayons X ont — par le prurit et l'insomnie qu'ils ont provoqués — affaibli mon sujet, sera convaincu que la continuation de la radiothérapie aurait abrégé sa vie. A plusieurs reprises j'ai fait l'essai d'une médication arsenicale, mais le malade déclarait que son estomac la supportait mal ; c'est pourquoi j'ai l'intention d'avoir recours à l'arsénobenzol, aussitôt que cela me sera possible.

(1) Ayala, Su di un caso di prurigo linfadenico del Dubreuilh.
Copelli. Prurigine e leucemia. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1912, p. 386.

COMMENT SE SONT CONTAMINÉS CENT VÉNÉRIENS TRAITÉS DANS LA ZONE DES ARMÉES

Par le Dr **Léon Jolivet,**

Médecin traitant à l'annexe des vénériens de l'Hôpital militaire de S...
Médecin du Dispensaire de Salubrité de la Préfecture de Police de Paris.

Depuis le 15 août 1915, parmi les vénériens qui ont été traités à l'annexe de l'Hôpital de Contagieux de S..., sous la direction de M. le Dr Paul Ravaut, nous rapporterons les observations des cent premiers malades pour lesquels nous avons pu déterminer avec précision les conditions de la contagion.

Ces cent malades ont tous été contaminés depuis le début de la guerre ; ils comportent 43 cas de syphilis, 53 blennorrhagies aiguës et 4 chancres mous. Deux de nos syphilitiques étaient en outre atteints de blennorrhagie et un malade porteur de chancres mous avait en même temps contracté une blennorrhagie. Trois chancres, mous primitivement, se sont ultérieurement révélés, par modification locale et apparition de syphilides érythémato-papuleuses, comme étant des chancres mixtes.

Si nous étudions les conditions dans lesquelles s'est produit la contagion, en considérant les zones établies par l'autorité militaire, nous pouvons envisager deux grandes catégories :

1° Les contagions prises dans la zone des armées ;

2° Les contagions prises dans la zone de l'intérieur ; celles-là divisées à leur tour en deux sous-catégories suivant que la contagion a été prise dans les dépôts ou au cours d'une permission.

		SYPHILIS	BLENNORRHAGIE	CHANCRES MOUS
Hommes contaminés dans la zone des armées, 24 °/₀.		11	11	2
Hommes contaminés dans la zone de l'intérieur, 76 °/₀	dans les dépôts.	24	13	1
	en permission. .	8	29	1

Mieux que tout commentaire, le tableau ci-dessus nous montre l'énorme disproportion qui existe entre le nombre des contagions prises dans la zone des armées, 24 pour 100, et celui des contagions prises dans la zone de l'intérieur, 76 pour 100.

Cette disproportion résulte uniquement de ce qu'au front les occasions de contagion sont plus rares et imputables presque exclusivement à la prostitution clandestine sévissant dans une population civile très réduite.

Ce n'est qu'assez loin du front, dans les villes, que nos malades ont pu se contaminer auprès de femmes de maison et de femmes en carte. Le nombre des contagions fourni par ces deux catégories de femmes est malgré tout très peu élevé ; peut-être parce que la surveillance est plus efficace dans la zone des armées qu'à l'intérieur ; mais aussi sans doute parce que nombre de prostituées se sont réfugiées à l'intérieur. L'autorité militaire, en beaucoup d'endroits, a d'ailleurs agi très sagement en contribuant à éloigner tout ce monde du théâtre des opérations.

Plus loin encore, à l'extrême limite de la zone des armées, dans la zone de l'intérieur et au voisinage des dépôts, le nombre des contagions grandit considérablement. C'est qu'aux contaminations produites par la prostitution clandestine viennent se surajouter les ravages exercés par les prostituées officiellement placées sous la surveillance de la police. Il semble en outre que ces deux facteurs réunis soient multipliés par un fort coefficient.

Dans la recherche de l'agent contaminant, l'interrogatoire des malades est toujours une chose délicate. Certains ont pu mentir, poussés par un désir qu'aucuns qualifient de chevaleresque de ne pas dénoncer la femme qui leur a accordé ses faveurs et une maladie grave. D'autres étaient en état d'ébriété et n'ont conservé de l'acte que des souvenirs vagues et confus. D'autres encore, superbes d'indifférence, ne sauraient donner le moindre renseignement sur leur partenaire. On devine, chez beaucoup, un désir impérieux et brutal, assouvi brusquement par hasard ; parfois sur une route, derrière une haie, dans un grenier ou derrière une meule de paille. La peur d'être surpris, la rapidité du rapport ont concentré toute leur attention et ils ne savent ni le nom, ni la profession, ni la couleur des cheveux de la femme rencontrée. Il ne leur reste qu'un cuisant souvenir rétrospectif.

D'autres se sont contaminés dans des estaminets, si nombreux autour des cantonnements. Tantôt, c'est la femme qui sert à boire et dont on se sert après boire. Tantôt ce sont des filles du pays qui viennent s'y prostituer. Mais parfois aussi, c'est la patronne qui dispense ses faveurs pour des prix modiques. L'une de ces tenancières, arrêtée depuis, a contaminé deux de nos malades, dont l'un se redressait fièrement au souvenir de sa bonne fortune. Il n'avait pas payé ce qui coûtait aux autres soixante-quinze centimes !

Ici ce sont des blanchisseuses à qui l'homme, au retour des tranchées, remet son linge à blanchir ; l'homme est entreprenant et la blanchisseuse d'humeur facile est vite séduite. Un de nos malades, étant au dépôt à Rueil, fréquentait un atelier de blanchisseuse. Il ne pouvait en croire ses oreilles quand il apprit qu'il avait la syphilis. Cet homme se figurait qu'on ne pouvait contracter une maladie vénérienne en dehors des contacts normaux (contact ab ore).

Là, ce sont des couturières à qui le troupier confie des réparations urgentes. D'autres se sont contaminés avec des filles de ferme travaillant dans l'endroit même où la compagnie vient cantonner. Une telle aubaine est vite connue et toute l'escouade a tôt fait de défiler dans le grenier où la belle prodigue ses faveurs.

Parfois encore, ce sont des réfugiées provenant des régions envahies ou de Belgique ; l'une mariée a donné la syphilis à un territorial qui à ses côtés travaillait à la moisson. Une autre également mariée, mondaine séduisante, a contaminé un autre de nos malades.

Au petit nombre de contagions réalisées par les femmes en carte dans la zone des armées, il faut apposer le nombre considérable de contagions effectuées par leur entremise à l'intérieur, soit 46 pour 100 dont 23 syphilis, 22 blennorrhagies et 2 chancres mous.

Un seul malade a contracté une blennorrhagie dans une maison de rendez-vous d'une préfecture méridionale dont les habituées, lui affirmait-on, étaient des femmes mariées de la région.

Nous devons ici signaler le danger qu'offre pour le soldat isolé la traversée des grandes villes et surtout le voisinage des gares ; tout un monde de prostituées gravite autour d'elles. Ainsi :

M..., au retour d'une permission, séjourne quelques heures à Paris et, près de la gare du Nord, rencontre une femme qui l'emmène à l'hôtel et lui donne la syphilis.

B..., fusilier marin, envoyé de son dépôt au front ; au sortir de la gare Montparnasse, il pénètre dans un débit avec un camarade. Une femme qui s'y trouvait boit avec eux et les emmène tous deux à l'hôtel. B... passe le premier et contracte la syphilis et une blennorrhagie, tandis que le camarade en est quitte pour une blennorrhagie.

H..., rentrant de permission, rencontre une femme près de la gare du Nord ; blennorrhagie.

M... contracte une blennorrhagie dans des conditions identiques.

Br..., rentrant de permission, change de train à Corbeil et séjourne deux heures dans la gare. Sur le quai, il lie conversation avec une femme qui lui propose d'abriter leurs amours dans les water-closets ; blennorrhagie.

Un certain nombre de permissionnaires ont utilisé leurs loisirs à chercher bonne fortune. Ceux-là se sont contaminés à des sources diverses : bonnes, bonnes de café, blanchisseuses, ouvrières, toutes se livrant à la prostitution clandestine.

Deux d'entre eux ont contracté, l'un une blennorrhagie, l'autre une syphilis avec la maîtresse qu'ils avaient quitté à la mobilisation.

D'autres affirment qu'étant mariés, ils n'ont pas eu de rapports autres qu'avec leur femme légitime. Peut-être parmi ceux-là en est-il qui ont caché sciemment la vérité de peur de représailles. Dans l'impossibilité où nous sommes d'examiner les femmes de nos malades,

nous ne pouvons que rapporter ici que 13 femmes auraient donné la blennorrhagie à leurs maris, et 3 la syphilis.

En outre, 8 femmes mariées auraient communiqué, quatre la syphilis à autant de nos malades et quatre blennorrhagies à quatre autres.

Un seul de nos malades a présenté un chancre syphilitique de la gencive qui peut résulter d'un contagion extragénitale ? Ce malade nie formellement tout rapport aussi bien conjugaux qu'extraconjugaux. Il est vraisemblable de penser que cet homme a pu se contaminer soit en buvant dans un verre, soit en utilisant une fourchette contaminés par un syphilitique. A ce propos, nous devons signaler le cas du fusilier marin S... qui, après avoir contracté la syphilis à Paris, a circulé pendant près de quatre mois porteur de syphilides érosives génitales et buccales particulièrement abondantes. Il est manifeste que cet homme a pu être un foyer d'infection secondaire très intense : non seulement par contact direct avec ses camarades, mais encore parce qu'il fréquentait assidument un estaminet où se trouvaient trois femmes dont deux au moins eurent des rapports avec lui. Ces femmes avaient certainement chaque jour des rapports avec de nombreux soldats et ce serait miracle qu'elles n'aient pas été contaminées et n'aient contaminé personne.

Il faut en matière de contagion penser à tout et ne reculer devant aucune recherche. C'est ainsi que le tirailleur H..., admis pour favus et chancres mous de la marge de l'anus, avait, ainsi qu'en fait foi la déformation typique de sa région anale, contracté ses chancres d'un camarade qui fut son partenaire actif. Confirmation de cette hypothèse fut fournie, en dépit des dénégations des intéressés, le jour où un autre tirailleur, M..., à peine guéri d'un chancre syphilitique, nous montra un chancre mou du frein et une adénite qui suppura et se compliqua de chancrellisation et de phagédénisme. Ces malades, ainsi qu'il le fut établi, avaient été vus ensemble à diverses reprises.

Le tableau suivant résume les résultats du dépouillement de nos observations :

		SYPHILIS	BLENNORRHAGIE	CHANCRES MOUS
I. Prostitution officielle, 52 °/₀	Maisons.	16	10	»
	Maisons de rendez-vous.		1	
	Femmes en cartes. .	9	14	2
II. Prostitution clandestine, 48 °/₀ :				
Femmes mariées	Couturière.	»	1	»
	Blanchisseuses. . .	1	1	»
	Cabaretière. . . .	1	»	»
	Professions indét. .	2	2	»
	Femmes légitimes. .	3	13	»
	Réfugiées.	2	»	»

	SYPHILIS	BLENNORRHAGIE	CHANCRES MOUS
Maîtresses légitimes.	1	1	»
Blanchisseuses.	3	2	»
Ouvrières.	2	4	»
Bonnes de café.	1	4	»
III. Catégorie indéterminée (26 dont 25 vraisemblablement étaient des femmes en carte).	1	»	»
IV. Contagion extragénitale ?. . . .	1	»	»
V. Contagion par actes de pédérastie. .	»	»	2 (1 au corps. 1 à l'hôpital.

Que nous apprend ce tableau ? En nous montrant la multiplicité des causes de contagion, avec la brutalité d'une statistique, il nous fait voir aussi que partout l'état de guerre a créé une plus grande liberté des mœurs, déchaîné les passions et accru la prostitution dont il a rendu la surveillance plus difficile.

Il nous fait entrevoir, en outre, le double but que nous avons à atteindre en poursuivant la réalisation de la prophylaxie des maladies vénériennes et plus particulièrement de la syphilis : — Blanchiment rapide et durable des malades contaminés, — Recherche de moyens préventifs contre les contaminations nouvelles : soit au moyen de conférences, soit plutôt en enseignant aux hommes l'usage de moyens physiques propres à les préserver de la contagion.

Ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé que de traiter ici ces deux si importantes questions.

RECUEIL DE FAITS

HÉMORRHAGIE DU CORPS VITRÉ CONSÉCUTIVE A UNE INJECTION DE NOVARSÉNOBENZOL CHEZ UN TABÉTIQUE

Par **Ch. Audry.**

L'action congestive du néosalvarsan est bien connue, traduite souvent par des épistaxis, des hématuries, etc. Je suis porté à croire que cette action hypertensive, parfois démesurée, n'est pas étrangère à quelques-uns des accidents cérébraux mortels ou non qui se produisent encore. En fait, dans le cas que j'ai observé et que M. Janko Jouchan a publié ici-même, l'examen histologique du cerveau n'avait montré aucune trace d'encéphalite. De ce chef, il y aura peut-être à établir une distinction de nature entre les empoisonnements qui suivaient exceptionnellement l'ancien 606, et les accidents certainement plus rares du 914.

Quoi qu'il en soit, voici un nouvel exemple de cette action hémorrhagipare; il montrera aussi que la dose de 0,90 ne doit être employée que bien exceptionnellement et qu'il faut toujours ménager les tabétiques.

X..., âgé de 56 ans, présente depuis plusieurs années des douleurs fulgurantes, de l'abolition des réflexes, le signe d'Argyll Robertson, etc., en somme tous les accidents d'un tabes. L'œil gauche du malade offre une oblitération partielle de la pupille avec adhérences iriennes consécutive à un traumatisme de l'enfance. Bon état général. Artères sinueuses. Pas d'altérations viscérales appréciables cliniquement.

Le malade se trouvait dans une ville d'Espagne, quand on lui conseilla de suivre un traitement antisyphilitique. Il reçut d'abord deux injections d'huile grise, puis une injection intra-veineuse de 0,90 de novarsénobenzol.

10 minutes après celle-ci, il perçut tout à coup une sensation étrange, perdit connaissance et tomba brusquement, perdant du sang par le nez et la bouche. A force de soins, d'injections de caféine, il revint à lui au bout de 2 heures, et s'aperçut aussitôt que la vision de son œil droit, le seul bon, était considérablement altérée. Dès le lendemain, la vue est redevenue normale; mais, quand le malade se réveille 8 heures après l'injection, il avait complètement perdu la vue de ce côté.

Il revint en France, et je le vis 7 jours plus tard. Il commençait à récu-

pérer un peu la vue ; il retrouvait la sensation lumineuse, celle des formes et des couleurs, mais ne comptait pas les doigts à 0,25 de distance.

Je l'adressai au Dr Terson père le lendemain, 10 jours après l'accident. Celui-ci constata que le corps vitré était inondé par une hémorrhagie abondante qui l'avait coloré entièrement en brun noirâtre. A ce moment l'opacité hémorrhagique était telle qu'on ne put découvrir le point initial de l'hémorrhagie. Je n'ai pas pu avoir de nouvelles ultérieures.

Des indications que m'a fournies M. Terson, il résulte que la syphilis, à elle seule, est volontiers génératrice des hémorrhagies du corps vitré. D'autre part, l'existence d'un tabes bien confirmé, l'artério-sclérose sont autant d'éléments favorisant cet accident.

Mais il est difficile de ne pas accorder à l'injection de novarsénobenzol un rôle souverainement actif dans la provocation de cette apoplexie oculaire. Les épistaxis, la perte de connaissance, etc., qui précédèrent ou accompagnèrent la première attaque de cécité en sont une preuvesuffisante.

Il est manifeste que la dose de 0,90 était ici exagérée.

Je crois, d'ailleurs, qu'il faut toujours être prudent dans l'emploi du novarsénobenzol chez les anciens tabétiques à système artériel défectueux.

J'ai pu récemment observer un autre malade chez lequel un glaucome a été peut-être engendré et, en tous cas, très probablement aggravé par une cure de novarsénobenzol.

C'est une erreur de croire que seule la rétine peut avoir à redouter les médicaments arsenicaux. Si l'action neurotropique du novarsénobenzol est effectivement très faible ou nulle, son action hypertensive peut influencer d'une manière fâcheuse un œil dont le système circulatoire a perdu sa souplesse normale.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acanthosis nigricans.

Acanthosis nigricans (Dystrophie papillaire pigmentaire de Darier) (Acanthosis nigricans (Distrofia papilar pigmentaria de Darier)), par J. DE AZÚA. *Actas dermo-sifiliográficas,* juin-juillet 1912, 18e année, n° 5, p. 266.

Ce cas serait le premier publié dans la littérature médicale espagnole. Il concerne un homme de 62 ans, robuste, ni syphilitique ni tuberculeux, sans symptômes viscéraux certains de cancer ni troubles généraux, présentant depuis 2 mois une pigmentation diffuse et générale de la peau, avec hyperpigmentations régionales sous forme de taches et papules lenticulaires, un état papillomateux de quelques muqueuses (conjonctive, lèvres, palais) et des régions cutanées les plus pigmentées. Avec les lésions pigmentaires coexiste un prurit, plus intense aux régions les plus affectées, causant au malade de grandes insomnies. Puis survint une éruption morbilliforme généralisée avec démangeaisons insupportables; une biopsie confirma le diagnostic. Cette observation, très complète, est accompagnée de belles planches photographiques et suivie d'une description générale de la maladie, avec bibliographie à partir de 1908. J. MÉNEAU.

Actinomycose.

Un cas d'actinomycose de la joue, par GOURSOLAS. *Bulletin de la Société de médecine militaire française,* 19 février 1914, p. 167.

Homme de 22 ans, ayant eu il y a 3 ans un abcès de la région malaire droite paraissant d'origine dentaire; il y a 2 mois, nouvel abcès de la même région, qui est incisé et laisse une légère tuméfaction diffuse de la région, puis réapparition d'une tuméfaction de l'étendue d'une petite paume de main, indolore, dure, ferme, adhérente à la peau et à l'os, avec un orifice fistuleux à son centre. Dentition bonne. L'examen du pus fait par Dopter montre de très nombreux polynucléaires et des grains d'actinomyces. Guérison rapide par l'iodure de potassium. G. THIBIERGE.

Aïnhum.

Aïnhum, par MARIO TOLEDO. *Boletin da sociedade Brasileira de Dermatologia,* 1913, nos 2 et 3, p. 87.

T. signale un cas d'aïnhum du pied orteil gauche chez une femme de 27 ans, qui n'avait pas l'habitude de marcher pieds nus. La maladie remontait à 8 ans. Elle est devenue très rare au Brésil. J. MÉNEAU.

Aïnhum double symétrique et synchronique (Aïnhum duplo syme-

trico e synchronico), par Silva Aranjo Filho. *Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 31 juillet 1914.

Un nègre brésilien, âgé de 22 ans, a été atteint, il y a 2 ans, d'une petite écorchure suivie de démangeaisons au sillon du 5e orteil du pied gauche. Puis s'est formée lentement une stricture à la base de l'orteil qui s'est déformé, est devenu mou, bulbeux, prenant l'aspect d'une boule. En même temps, le 5e orteil du pied droit subissait la même déformation. L'aïnhum devient de plus en plus rare au Brésil. La simultanéité et la symétrie des lésions sont rares dans cette affection. J. Méneau.

Bouba.

Bouba, par Silva Araujo Filho. *Boletin da Sociedade brasileiro de Dermatologia,* 1914, p. 8.

Boubas est le nom employé au Brésil pour désigner le pian ou framboesia tropicale. Elle est due au treponema pertenue. Après une période d'incubation variable, surviennent des mouvements fébriles irréguliers, un malaise général, de la céphalée, des troubles digestifs, des douleurs rhumatoïdes et ostéocopes. Puis la peau devient rude, perd son lustre et des macules prurigineuses et pityriasiques se disséminent sur le corps. Les paumes et les plantes se crevassent au niveau des plis cutanés. La papule initiale ne diffère en rien au point de vue morphologique des éléments de la période secondaire. Ce chancre siège souvent chez l'adulte au pied ou à la partie inférieure de la jambe, chez l'enfant au pourtour de la bouche et du nez; plus grand que les autres éléments, il est vulgairement appelé boubamâi (bouba-mère). Il peut persister tout le temps de la maladie; d'habitude, au cours de plusieurs semaines ou mois, il régresse et disparaît. Plusieurs semaines après l'apparition du bouton primitif, un mouvement fébrile et des douleurs ostéo-articulaires annoncent la généralisation de l'éruption qui se répand sur tout le corps, mais surtout à la figure et au tronc. Sur les membres, elle occupe de préférence les surfaces de flexion et les plis. Les boutons de bouba sont indolents, mais prurigineux, chaque papule s'ulcère. Souvent l'exsudation séreuse est abondante. La croûte tombée, la surface prend l'aspect d'une framboise. Lorsque plusieurs éléments sont groupés, la lésion atteint la grandeur d'une noisette. La croûte enlevée, apparaît l'élément couvert de végétations rouges qui laissent suinter une sécrétion séro-purulente, gommeuse, facilement concrescible, fétide. Après un certain temps, le tubercule se dessèche et disparaît, en laissant des taches achromiques ou pigmentaires, qui subsistent quelque temps. Quand la lésion siège à la plante des pieds, ce qui est fréquent chez le nègre, la marche est très douloureuse. L'épaississement de la couche cornée palmaire et plantaire est habituelle. Les ganglions en rapport avec les éléments éruptifs sont presque toujours volumineux, parfois douloureux, mais ne suppurent que lorsqu'il y a des infections secondaires. Au Brésil, la bouba est peu contagieuse; elle est plus fréquente chez les nègres; elle n'est pas héréditaire, inoculable et réinoculable au porteur.

La *syphilis* est la maladie avec laquelle on peut le plus facilement confondre la bouba. Diversité d'incubation, inconstance de l'accident initial qui est presque toujours extragénital dans la bouba, éruption monomorphe;

absence d'alopécie, de lésions des muqueuses et d'ulcères, prurit plus ou moins accusé. Pronostic toujours bénin. Immunité incertaine. Inoculabilité et réinoculabilité. Transmission probable par les insectes. La *verruga* péruvienne est limitée au Haut-Pérou ; ses éléments ont une structure érectile ; elle se localise sur les muqueuses et les organes internes ; elle est très grave. La forme papillomateuse de la *leishmaniose* s'en différencie par le cadre général, les lésions des muqueuses, l'absence de tréponema pertenue. Mais la forme cutanée de la leishmaniose est parfois d'un diagnostic délicat. La *blastomycose* se reconnaît par la recherche des blastomycètes, qui sont constants dans les frottis ou par les cultures. La *blastomycose* au Brésil se manifeste presque toujours d'abord sur les commissures labiales, se propageant ensuite à la muqueuse buccale, mais rarement à la peau. L'ulcération est superficielle, finement granuleuse et couverte d'abcès minuscules. Les ganglions voisins se prennent de bonne heure et suppurent. La mort arrive en quelques mois. Le pronostic de la bouba est toujours bénin. La *sporotrichose* au Brésil affecte la forme nodulaire se disposant en rangées linéaires caractéristiques. L'ensemencement sur milieu de Sabouraud fait pousser des colonies faciles à reconnaître. Le *granulome ulcéreux* des organes génitaux siège exceptionnellement sur d'autres régions. Il se forme d'abord de petites vésico-pustules, contiguës, occupant une large surface. L'ulcération est linéaire aux aines ; au ventre, elle se présente comme d'épaisses plaques circulaires ou comme une vaste plaie. Le fond est couvert de petites granulations aplaties, rouges, très rapprochées, baignés par une sérosité fétide. Les bords sont taillés à pic. Les cicatrices sont dures et réticulaires.

Le *traitement* de la bouba par le néosalvarsan est très rapide, mais il faut répéter les injections pour éviter les rechutes. J. Méneau.

Bouton d'Orient.

Le bouton d'Orient au Maroc, par Folly et Toinon. *Bulletin de la Société de médecine militaire française,* 19 mars 1914, p. 231.

F. et T. rapportent la première relation de cas de boutons d'Orient observés dans le corps expéditionnaire du Maroc. La petite épidémie qu'ils ont observée a débuté en hiver, au moment de la disparition des mouches, et longtemps après la saison des dattes. Elle s'est produite dans deux postes : dans l'un, chez des Européens et chez des indigènes, dans l'autre seulement chez des tirailleurs employés aux travaux de la route. Dans tous les cas, début par les mains. G. Thibierge.

Thérapeutique spécifique et prophylaxie du bouton d'Orient, par Gachet. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 20 avril 1915, p. 475.

G. a traité le bouton d'Orient par l'arsénobenzol en injections intraveineuses et en a obtenu des résultats très remarquables, d'autant plus brillants que la dose employée était plus élevée. Il conseille de ne pas dépasser 1 centigramme par kilogramme de poids corporel. On devra, s'il y a lieu, renouveler l'injection 8 jours plus tard ; il est exceptionnel qu'il soit besoin d'en faire une 3e.

L'emploi local seul des sels d'arsenic en poudre ou en solution donne une amélioration passagère, une guérison superficielle, mais jamais une

guérison définitive. Les injections interstitielles locales donnent des guérisons définitives en 3 à 5 semaines.

L'affection du chien connue en Perse sous le nom de salek est produite par le même parasite que le bouton d'Orient de l'homme appelé lui aussi salek et est transmissible à l'homme, très probablement par l'intermédiaire de la mouche Hippobosca canina.

La prophylaxie de la maladie se résume dans l'extinction du foyer humain et du foyer canin, réalisée par le traitement de tous les cas et la destruction des chiens lorsqu'ils sont trop nombreux. G. Thibierge.

Choléra (Lésions cutanées dans le).

Physiologie et pathologie de la peau dans l'infection cholérique (Fisiologia e patologia della pelle nella tossi-infezione colerica), par P. Sabella. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1913, p. 527.

S. a observé dans le choléra du prurit simple, des érythèmes, de l'exanthème papuleux, des éruptions pustuleuses, des furoncles, des abcès cutanés, de la gangrène cutanée, de l'ictère. Frappé de la ressemblance de ces symptômes produits par l'infection cholérique avec ceux qu'on observe dans les dermatoses d'origine rénale, S. se demande s'ils sont la conséquence de l'altération du rein. Il discute cette hypothèse et aboutit à cette conclusion que la néphrite et la dermite du choléra sont deux manifestations de la même toxhémie, ressortissant à la même cause et non pas cause l'une de l'autre. H. Minot.

Cils.

Sur l'implantation de poils vivants utilisés pour planter des cils (Ueber die Einpflanzung lebender Haare zur Wimpernbildung), par F. Krusius. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 19, p. 958.

On sait que quelques dermatologistes ont montré qu'on pouvait planter des cheveux vivants.

K. indique comment il faut procéder pour utiliser ce procédé afin de refaire des cils absents (On implante avec une aiguille spéciale les poils en brisant leur bulbe d'après la manière de Kromayer). Ch. Audry.

Cuir chevelu.

Cuir chevelu encéphaloïde (Cuero cabelludo encefaloïde), par Jonquières. *Revista dermatologica de la sociedad derma.ologica argentina,* tome II, n° 5, p. 127.

Cas de cutis verticis gyrata (Jadassohn), pachydermie occipitale vorticellée d'Audry, chez un homme de 33 ans. Rien de particulier. J. Méneau.

Diphtérie cutanée.

Formes rares de diphtérie cutanée (Diphteria of the skin of unusual types), par Knowless et Frescoln. *Journal of the American medical Association,* 1er août 1914, p. 398.

Deux sœurs, 4 et 8 ans, présentent simultanément des éruptions généralisées affectant surtout le tronc et les extrémités et caractérisées par des bulles, des grosses phlyctènes et des pustules entourées d'aréoles inflam-

matoires et contenant un pus jaune, extrêmement épais. Température très élevée chez l'une, modérée chez l'autre. L'examen fit découvrir chez toutes les deux des angines membraneuses avec grosse adénopathie. Les cultures faites avec les membranes et le contenu des pustules confirmèrent le diagnostic de diphtérie cutanée. Malgré les injections de sérum l'une des enfants décéda au bout de 2 jours. S. FERNET.

Eléphantiasis.

Éléphantiasis du scrotum et du pénis consécutif à la syphilis (Elefantiasis del scroto y pene consecutivo á sífilis), par MAÑUECO VILLAPADIERNA. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1915, p. 266.

Un homme de 43 ans, de bon état général, sans filaire dans le sang, atteint depuis 9 ans de syphilis conjugale, a vu grossir par poussées successives son scrotum, jusqu'aux dimensions d'une grosse pastèque. Le pénis est presque caché dans la bourse scrotale quand l'œdème augmente. Entre temps, il fait saillie sur lui et, quand le malade peut décalotter, on voit quelques végétations sur le sillon balano-préputial, et sur le dos du pénis une large cicatrice consécutive à une gomme ulcérée. Le coït est impossible et l'urine séjourne dans les plis du prépuce au moment de la miction. A la partie inférieure du scrotum, eczéma. A la partie supérieure du scrotum et sur le pénis, la peau est dépressible et le doigt peut y faire godet. A la partie inférieure et aux points déclives, larges plaques de lichénification secondaire donnant au toucher une dureté ligneuse. Un traitement énergique par le salvarsan, le mercure et l'iodure a donné d'excellents résultats. Le volume du scrotum a beaucoup diminué, mais le tissu ne reprendra son volume qu'avec une intervention chirurgicale. J. MÉNEAU.

Endothéliome.

Sur l'hématangio-endothéliome tubéreux multiple et sur le lymphangio-endothéliome multiple tubéreux (de Kaposi) (Ueber Haemangioendothelioma tuberosum multiplex und Lymphangioendothelioma tuberosum multiplex [Lymphangioma tuberosum multiplex Kaposi]), par OESTREICH et E. SAALFELD. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 120, p. 1.

O. et S. distinguent soigneusement l'une de l'autre ces 2 lésions dont ils donnent des exemples.

Dans le cas d'hémangio-endothéliome, il s'agit d'un homme de 43 ans, qui présente depuis un an et demi une éruption progressivement étendue sur le dos et les bras (extension), les cuisses, etc., et constituée par de petites efflorescences grosses comme une tête d'épingle ou une lentille, peu saillantes, ni brillantes, d'un couleur rouge et cyanotique, restant brunes sous la pression d'une lame de verre. Au début, prurit violent. Pas d'altération viscérale. Au microscope, structure d'angiome capillaire sanguin, avec endothéliomatose très faible.

O. et S. rappellent quelques cas antérieurs plus ou moins semblables de Jahrisch, etc., qui ont été publiés sous des noms différents. Puis, ils donnent 3 observations de lymphangioma tuberosum multiplex de Kaposi, différant du cas précédent par la nature et le siège nettement lympha-

tique des ectasies, le degré bien plus prononcé de la formation endothéliomateuse, et cliniquement, par la différence de coloration, l'absence de symptômes subjectifs, etc. Ch. Audry.

Epithélioma.

Sur les transformations de l'épithélium dans l'inflammation, et les rapports de ces transformations avec l'épithélioma malin (Ueber die Veränderungen des Epithels bei der Entzundung und Beziehung dieser Veränderungen zum bösartigen Epitheliom), par Mc Donagh. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 289.

M. D. commence par rappeler et résumer les recherches de Unna au sujet de l'hyaline et de sa détermination Il y a 2 manières de considérer les corpuscules de Plimmer et de Russel : les uns les considèrent comme des parasites, les autres comme des produits de dégénérescence cellulaire. Pour M. D., ce ne sont ni l'un ni l'autre, mais bien des produits de l'élaboration du noyau.

Quant aux formations pseudo-parasitaires de l'épithélioma malin, elles ne sont pas autre chose que des tranformations de corpuscules nucléaires, ni parasitaires, ni dégénératifs. Elles peuvent très bien se retrouver dans les inflammations et servent à établir un rapport entre l'inflammation et le cancer. Et ces rapports entre l'inflammation et le cancer, on peut les suivre comme les anneaux d'une chaîne. Ch. Audry.

Épithélioma de la région ombilicale (Epithelioma da ragião umbilical), par D'Utra e Silva. *Sociedade Brasileira de Dermatologia*, séance du 29 mai 1914.

Brésilien, 32 ans. Début il y a 6 ans par une petite ulcération autour de la cicatrice ombilicale. L'ulcération disparut pour se reproduire plus large. Le tour finement granuleux, rose, est entouré d'un halo bleuâtre. Le tissu sous-jacent est très dur, on voit en quelques endroits des cicatrices en relief et réticulaires. Au microscope, épithélioma perlé. J. Méneau.

Cas d'ulcus rodens (Case of rodent ulcus), par Graham Little. *Proceedings of the Royal society of medicine. Dermatological section*, mars 1915, p. 101.

H. 71 ans, ulcus rodens de la nuque. Une adénite cervicale ayant débuté il y 5 ans grossit sans s'ulcérer pendant 4 ans, jusqu'à atteindre la grosseur d'une belle noix. Il y a un an, une partie de la tumeur s'ulcéra, laissant intacte une partie du bord supéro-interne qui resta une tumeur circinée, mamelonnée, caractéristique de l'ulcus, de la grosseur d'une noisette de Barcelone. L'ulcération, contiguë à cette tumeur, avait le bord dur, élevé de l'ulcus entourant une excavation peu profonde. Pas d'adénites dans le cou. Il existait aussi de nombreux kératomes séniles sur le dos des mains, quelques-uns sur la face dont un avait commencé à s'ulcérer, formant un second ulcus rodens tout petit. Le père de cet homme avait eu aussi un ulcus rodens chronique qui ne l'avait pas empêché de vivre jusqu'à 95 ans. Cette hérédité morbide est très rare. L. se range à l'avis de Besnier que l'ulcus rodens pourrait être la forme terminale de beaucoup de variétés d'épithélioma, et peut-être le cas actuel ne serait-il qu'un épithé-

lioma à cellules squameuses. Cependant la lenteur de l'évolution et l'absence d'envahissement ganglionnaire en fait indubitablement un cas d'ulcus rodens. L. ne voit pas de relations entre l'ulcus du cou et les kératomes, quoiqu'il y ait à la fois un commencement net d'ulcération au siège d'un kératome. Contrairement à l'opinion de Dubreuilh, L. croit que le kératome sénile est souvent associé au développement d'ulcus rodens évidents. J. MÉNEAU.

Cancers cutanés à cellules épineuses et basales (Prikle cell and basal-cell skin cancers), par HAZEN. *The Journal of the American medical Association*, 20 mars 1915, p. 958.

On accorde généralement à l'heure actuelle que le cancer ne survient pas sur une peau saine. Les tumeurs à cellules basales succèdent à des kératoses séborrhéiques, récemment étudiées par Sutton. Les cancers à cellules épineuses proviennent de cicatrices (plaies, brûlures, ulcères, loupes, dermatoses chroniques). L'origine de quelques tumeurs, comme l'a démontré Petersen, est multicentrique ; elles ne proviennent pas d'une seule cellule ou d'une collection de cellules. Les cancers à cellules basales se rencontrent surtout à la face (paupières, plis naso-faciaux); ils ne sont pas rares sur la peau de la face et du cou, au cuir chevelu ; on les rencontre moins sur les épaules, les membres et les muqueuses. Les cancers à cellules épineuses sont surtout communs sur les muqueuses et notamment sur la lèvre : ils forment la grande majorité de tous les cancers des extrémités et peuvent survenir partout sur la peau. Leur évolution est plus rapide, leur surface plus ou moins verruqueuse, tandis que celle d'une tumeur à cellules basales est comparativement lisse. Les tumeurs à cellules basales ont un bourrelet périphérique et présentent souvent des nodules perlés. La guérison spontanée peut se faire partiellement, comme le montre la formation de cicatrices, ce qui n'arrive jamais dans les tumeurs à cellules épineuses. Les deux variétés peuvent être ulcérées ou fongueuses, tout dépend de la résistance des tissus sous-jacents. Les tumeurs à cellules basales ne font jamais de métastases, à moins qu'elles ne se changent en tumeurs à cellules épineuses, et alors la métastase se produit. Dans la forme à cellules cuboïdes provenant de l'épithélium transitoire situé entre les cellules basales et les épineuses du rete, qui ressemble microscopiquement au groupe basal, les métastases sont fréquentes. Les cancers à cellules épineuses font presque toujours des métastases vers les lymphatiques de la région, mais il faut que la tumeur existe depuis longtemps. En dehors de l'examen microscopique, la rapidité du développement est importante au point de vue du diagnostic, les tumeurs à cellules basales croissant d'ordinaire avec lenteur. Leur pronostic est aussi moins sombre. Elles ne tuent que par érosion d'un gros vaisseau ou après envahissement des méninges. Les métastases des cancers à cellules épineuses tuent directement. Le traitement par les rayons X sera réservé aux cas inopérables, aux tumeurs de la paupière et de l'oreille. Toutes les autres seront enlevées au cautère actuel ou au cautère avec cautérisation consécutive des bords. L'ablation sera aussi complète que possible. On enlèvera les ganglions, sans toucher aux lymphatiques. J. MÉNEAU.

Cas d'épithélioma de la cuisse droite (Case of epithelioma of the

ri ght thigh), par Graham Little, *Proceedings of the Royal society of medicine Dermatological section,* avril 1915, p. 134.

Femme de 64 ans. Ulcus rodens. Siège rare, cas l'auteur n'en a trouvé cité dans la littérature qu'un autre cas au même point. Pas de bord dur, surface rouge rectiligne rappelant l'aspect d'une tomate coupée par le travers avec îlots disséminés d'épidermisation, ce qui a été regardé par l'école française comme caractéristique de la maladie de Paget. La femme aurait eu à ce niveau un cancer pigmenté depuis sa naissance, excorié depuis 3 ans seulement et l'ulcération qui atteint actuellement 2 pouces un sur un pouce 1/2 se serait lentement développée en partant de ce centre. Ablation de toute la région malade. Le microscope a confirmé le diagnostic d'ulcus rodens. J. Méneau.

Erythème.

Érythème noueux et tuberculose larvée, par Labougle et Broquin-Lacombe. *Bulletin de la Société de médecine militaire française,* 18 juin 1914, p. 423.

Soldat, entré à l'hôpital pour lassitude générale, céphalalgie, râles muqueux à la base du poumon gauche. T. 38,5. Au bout de 4 jours, érythème noueux aux deux membres inférieurs. A la suite, inspiration rude et expiration soufflante au sommet du poumon gauche, amaigrissement, facies altéré. L'inoculation du sang au cobaye amena un amaigrissement rapide et la mort par cachexie, mais autopsie ne fut pas faite. G. Thibierge.

Érythème polymorphe à début méningé, par N. Fiessinger et François. *Réunion médicale de la VI^e^ armée,* 17 mai 1915. *Presse médicale,* 24 juin 1915, p. 225.

Au début de ce cas, il y eut pendant 24 heures la symptomatologie au complet d'un syndrome méningé, avec hypertension du liquide céphalo-rachidien. Ce syndrome s'effaça en même temps qu'évoluait un érythème polymorphe à poussées successives accompagnées d'hyperthermie. Au premier abord, on pouvait se croire en présence du début d'une méningite aiguë. G. Thibierge.

Externe (Dermatoses de cause).

La vanille — irritant de la peau (Vanilla as a skin irritant), par Leggett. *British medical Journal,* 20 juin 1914, p. 1351.

Observation d'une éruption artificielle consécutive à une lotion avec une teinture de vanille. L'éruption était caractérisée à la figure par de la rougeur et un œdème considérable accompagnés de prurit, aux bras par une éruption papuleuse qui a persisté pendant 15 jours. S. Fernet.

Dermatite due aux graines de coton (Cotton-seed dermatitis), par Nixon. *Proceedings of the Royal society of medicine, Dermatological Section,* avril 1915, p. 112.

Ouvrier employé aux docks de Bristol, âgé de 42 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé. Engagé au déchargement de graines de coton en grenier, depuis trois jours, il ressentit de l'irritation au cou et aux bras. L'irritation augmenta la nuit suivante par la chaleur du lit. Vers le soir, apparut une

série de taches rouges, grandes comme des piqûres de moustiques, au siège de l'irritation. Quelques taches se surmontèrent de vésicules qui crevèrent en laissant suinter un liquide aqueux. Le contact avec la graine est nécessaire. L'éruption dure 8 jours, si le travail au coton n'est pas repris. Les parties couvertes sont respectées. Le coton d'Alexandrie est seul nocif, bien qu'en sacs il soit inoffensif. Sur 50 hommes employés au déchargement, 2/3 avaient été atteints. L'éruption consistait en papules urticariennes disséminées sur le cou et les avant-bras avec quelques papules sur les jambes. Chaque papule était de couleur rosée, dure, élevée, grosse comme un pois. Dans son ensemble, l'éruption rappelait celle d'un lichen ortié de gravité moyenne chez un enfant. Pas de sillons de gale. L'examen microscopique des grains de coton montre que la poussière était infectée par un parasite vivant ressemblant étroitement au Pediculus ventriculosus décrit par Stelwagon dans le prurit de l'orge (barbey-itch). J. MÉNEAU.

Sur la périonyxis professionnelle des décortiqueurs de légumes (Sobre la perionixis profesional de los decascarilladores de legumbres), par PEYRI. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1913, p. 228.

F. 53 ans occupée depuis dix ans à écosser des haricots et des pois : son travail consiste à émonder avec le bord libre des deux pouces, soutenant le légume entre le pouce et le médius; les ongles de l'index et du médius y travaillent un peu aussi. Il faut souvent laver l'espace sous-unguéal, un peu de péricarpe venant s'engager dans le lit ou la rainure de l'ongle. Au bout de deux ans de ce travail, elle commença à ressentir la journée finie, une douleur dans les deux pouces, qui durait 2 à 3 heures, irradiait dans les avant-bras. D'intermittentes, elles devinrent continues, obligeant la malade à cesser le travail pendant quelques jours après lesquels elle se reposait ; puis les espaces périunguéaux se gonflèrent, devinrent rouges, douloureux, la névralgie s'étendit aux médius. Les restes du péricarpe adhérents causaient de la suppuration ; des ongles se détachèrent en partie, en s'exfoliant, le lit unguéal enflammé soulevait l'ongle. Les douleurs s'étendirent à tout l'avant-bras, sur le trajet du radial et du médian. La cause supprimée, les élancements et les suppurations disparurent, mais les troubles trophiques persistèrent, l'onychotrophie alternant avec la pachyonyxie. Les pressions permanentes, les petits traumatismes répétés ont intéressé la matière et le lit de l'ongle, compromis la fonction onychogénique et produit la désintégration foliacée de l'ongle. Amélioration par les applications de neige carbonique. J. MÉNEAU.

Favus.

Cas de favus de la peau glabre (Case of favus of glabrous skin). par PORE. *Proceedings of the Royal society of medicine, Dermatological Section,* mars 1915, p. 97.

Fillette âgée de 10 ans et demi, présentant deux plaques ovales érythémateuses, légèrement squameuses sur le menton et le côté droit du cou près de l'angle de la mâchoire. Lésion semblable près de l'angle de la mâchoire. Au début, les plaques ne pouvaient être différenciées de la trichophytie circinée que par l'existence d'un godet favique typique au centre de la lésion du menton. Cultures d'achorion. Il y avait des souris

dans la maison. L'enfant était anglaise et n'avait jamais quitté le pays pas plus que sa mère. L'espèce de l'achorion en cause n'a pas pu être bien déterminée. J. MÉNEAU.

Furonculose.

Cause et traitement préventif de la pyorrhée alvéolaire et de la furonculose (Cause and prevention of pyorrhea alveolaris and furunculosis), par TWEDDELL. *Medical Record,* 4 juillet 1914, p. 16.

T. pense que la facilité avec laquelle se produisent les suppurations chez certains sujets tient à un défaut de soufre dans l'organisme. Il a expérimenté l'emploi du soufre sous forme d'acide sulfurique administré à l'intérieur à raison de 30 à 60 gouttes par jour dans un peu d'eau et a obtenu des résultats surprenants dans la pyorrhée alvéolaire (guérison en 24 heures), dans la furonculose, dans l'acné rosacée, etc. S. FERNET.

Furonculose et vaccins staphylococciques (Forunculosis y vaccinar estafolocócicas), par GIMENO. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1915, p. 197.

Chez une femme de 40 ans, atteinte de furonculose généralisée avec auto-inoculations successives, G. a injecté une première fois du vaccin polyvalent à la dose de 1 centimètre cube avec 500 millions de staphylocoques. Nouvelle injection semblable 8 jours après. Puis aux mêmes intervalles, il injecte successivement 3 fois 1 centimètre cube de sérum polyvalent avec un million de staphylocoques. Guérison à la 5e injection — le traitement n'a présenté aucun inconvénient. G. croit donc qu'on peut de beaucoup augmenter les doses minuscules actuellement employées et quand les symptômes cliniques le permettent rapprocher beaucoup les injections. Le sérum polyvalent lui a paru préférable au sérum préparé avec le staphylocoque doré pur, le furoncle étant souvent dû à plusieurs éléments du groupe des staphylocoques. J. MÉNEAU.

Gale.

Dermatite parakératosique d'origine parasitaire (gale de Norwège) (Dermatitis parakeratosica de origen parasitario), par HARGUERA. *Sociedad Dermatologica argentina,* 1914, tome II, n° 5, p. 90.

Une lavandière, âgée de 48 ans, tuberculeuse et paraplégique, depuis 1 an et demi, a été primitivement atteinte d'une éruption papuleuse accompagnée de prurit intense localisé au poignet et au cou-de-pied. Lors de l'aggravation de l'état général, l'éruption s'étendit et le prurit devint tel que que la malade se grattait continuellement. Toute la figure était envahie, couverte d'une croûte épaisse et dure de couleur jaunâtre, sauf les lèvres et la mâchoire inférieure qui sont indemnes. La plaie de toute la région affectée est rugueuse, dure et rude au toucher, couverte de formations cornées, squameuses, sillonnées de crevasses profondes. L'éruption a envahi le cuir chevelu, les cheveux ne sont pas tombés, mais la malade a perdu presque tous ses cils. Les paupières sont couvertes de croûtes cornées, épaisses, les yeux ne peuvent s'ouvrir qu'à demi. Les joues, les membres, sont atteints de même. Au poignet, sur la face dorsale des mains, la peau est aussi rude que celle d'un requin. Les espaces interdigi-

taux sont creusés de crevasses profondes; aux pieds, mêmes crevasses et croûtes desquamant par grands lambeaux. Le membre inférieur a un aspect presque éléphantiasique. Le dos du pied et le cou-de-pied sont les plus atteints. Au tronc et sur l'abdomen où les lésions sont plus discrètes, l'éruption, outre les traces de grattage, présente de petites papules transformées par endroits en pustulettes — mort le 20e jour après l'entrée à l'hôpital. L'examen microscopique de la peau démontre des lésions d'inflammation chronique; mais dans le réseau de Malpighi, on trouva des sarcoptes de la gale. Tout l'épiderme était infiltré de matières fécales et d'œufs de parasites, avec sillons. H. conclut à une gale à marche atypique, ayant envahi des régions généralement respectées par suite du milieu favorable au développement du parasite (saleté, misère, tuberculose). L'évolution ne demanda qu'un an. J. Méneau.

Insolation.

De l'insolation, par W. Dubreuilh. *Bulletins et mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux,* 9 janvier 1914.

Les méfaits du soleil, quoique bien moindres que ses bienfaits, sont pourtant réels. Les trois ordres de rayons, calorifiques, chimiques, röntgéniens, produisent des accidents aigus et chroniques, mais avec les ondes plus courtes les accidents deviennent plus graves et leur période de latence plus longue; avec les rayons calorifiques, la sensation de brûlure est instantanée, l'érythème et la nécrose quand elle se produit surviennent immédiatement.

Les rayons chimiques ne sont pas sentis sur le moment, la douleur et l'érythème n'apparaissent que plus tardivement. La radiodermite aiguë est encore plus tardive. Quant aux accidents de l'insolation chronique ils se ramènent à la formation de la kératose sénile, prélude d'épithéliomatose. Les pigmentations de la peau modifient considérablement l'effet de l'insolation. R. Lutembacher.

Leishmaniose.

Leishmaniose tégumentaire au Brésil, par Terra. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia,* 1913, nos 2 et 3, p. 58.

La leishmaniose du Brésil ne borne le plus souvent ses méfaits qu'au tégument cutané, mais elle montre une prédilection spéciale pour certaines muqueuses. Elle a longtemps été prise pour du lupus. Suivant les pays où elle sévit, elle prend les noms de bouton du Nil, d'Amboine, clou de Biskra, bouton d'un an, des dattes, etc.

La leishmaniose est une maladie causée par la leishmania furonculeuse, le parasite de Wright, qui peut borner son action aux téguments, peau et muqueuses (L. tégumentaire) ou se localiser dans la rate (L. viscerale, Kala-azar).

Le protozoaire se présente sur frottis sous la forme de corps ronds ou ovalaires de 2 à 4 μ de long, sur 1,5 à 2 μ de large, avec un protoplasma de structure alvéolaire. On y voit deux noyaux, l'un rond, l'autre allongé. La parasite pousse bien sur sang de lapin-agar, mais lentement. T. de 20 à 23°, au début, on voit surtout dans les cultures des formes ovoïdes et

plus tard les formes rondes et allongées pourvues de flagelles. Arrivé au bout de son évolution, il prend une forme très allongée, aplatie ; les extrémités sont minces, et de l'une d'elles part un filament, né d'un corpuscule basal qui s'attache au caryosome par le rhizoplaste. La leishmania furonculeuse est placée parmi les trypanosomidés. On a observé la leishmaniose spontanée du chien ; il peut y avoir transmission de cet animal à l'homme. Le mode de contagion n'est pas encore bien élucidé. Au Brésil, on attribue surtout le début des lésions aux piqûres de certaines mouches ou de carrapatos. L'âge de l'individu n'a aucune importance, pas plus que le sexe. Les laboureurs, les ingénieurs, les travailleurs aux constructions de chemins de fer sont les plus exposés.

C'est une maladie des pays chauds, sévissant surtout au Brésil dans les départements de la zone équatoriale.

L'incubation a une durée moyenne de 15 à 18 jours. Le début est insidieux ; au point de pénétration du virus se montre une tache rouge suivie de la formation d'une papule avec prurit parfois intense, d'où lésion d'autoinoculation autour de la première. L'infiltration augmente et, au bout de 2 ou 3 mois, il s'est formé un nodule surmonté d'une vésico-pustule et d'une croûte. La nécrobosie centrale et le durcissement du nodule donnent au tout l'aspect d'un furoncle. La perte de substance atteignant tout le contour du nodule, il en résulte une ulcération parfois étendue, à bords œdémateux rouge foncé, non décollés, arrondis ou ovalaires, à fond rouge, criblé de petites saillies, baigné par une sécrétion jaunâtre. Autour des ulcérations se produisent d'autres boutons qui s'ulcérant à leur tour augmentent l'étendue de l'ulcère primitif. La phase ulcéreuse dure de plusieurs mois à 2 ans. La régression se fait par une lente cicatrisation. Elle peut se faire par îlots ou s'étendre du milieu vers la périphérie. La cicatrice, d'abord rose, plus tard foncée, bleuâtre, est finalement blanche, lisse, déprimée, indélébile. La maladie peut prendre une allure non ulcéreuse d'où 2 variétés : nodulaire et papillomateuse. Dans la 1re, il n'existe que de l'infiltration avec croûte cornée épaisse.

Dans la forme végétante, verruqueuse, les papilles exagérément développées forment des excroissances framboesioïdes. Au bout de quelque temps, les papilles durcissent, se flétrissent et se résorbent, laissant une ache bleuâtre.

Les sièges de prédilection sont les parties découvertes, surtout les mains et la figure, où les lésions peuvent entraîner de grands délabrements, mais les os ne sont pas intéressés. Le nombre des lésions est généralement restreint. Le système ganglionnaire n'est pas atteint, même dans les formes graves.

La forme muqueuse, très fréquente, coïncide généralement avec la forme cutanée.

Muqueuse du nez. — Les lésions commencent à se développer sur le plancher des fosses nasales, à l'entrée des narines, sur la muqueuse de la cloison. Les tissus se gonflent, l'infiltration rétrécit le diamètre des fosses nasales d'où gêne respiratoire. La peau du lobule devient rouge, gonflée, les petits vaisseaux se dilatent, la tache se propageant aux ailes des narines et pommettes. Le tégument prend l'aspect d'une peau d'orange très mûre déjà flétrie. La lésion, gagnant en étendue et en profondeur,

aboutit à la destruction des parties molles. Le squelette n'est jamais atteint. Mêmes lésions sur la muqueuse des lèvres, qui peuvent s'ulcérer ou être détruites : réparation par cicatrice irrégulière avec rétrécissement des parties et graves troubles fonctionnels.

Voûte palatine. — La surface est rouge, criblée de petites granulations, excoriée de profonds sillons. A la luette, le processus commence par la base qui se gonfle, par les piliers et les amygdales et se propage à la partie postérieure de la bouche et au larynx. Il peut en résulter la perte des piliers, des tonsilles et de la luette. Généralement, les muqueuses se prennent successivement, d'où la forme rhino-bucco-pharyngée (bouba brésilienne de Breda).

Histologie pathologique. — Les cellules de la couche épithéliale sont altérées, surtout au voisinage de l'ulcération, où elles ont perdu les prolongements intercellulaires. Beaucoup ont des parasites, on voit dans l'épithélium des amas de cellules migratrices, formant des abcès où on trouve parfois des parasites et des corpuscules perlés. Dans la couche papillaire, grande infiltration de cellules plasmatiques et de leucocytes. Pas de cellules géantes, on trouve les parasites dans les cellules conjonctives et migratrices, et dans celles de l'endothélium capillaire. Il y a aussi des kystes en nombre variable. Dans les lésions anciennes, il y a de nombreuses cellules plasmatiques, des fibroblastes et une abondante néoformation vasculaire, et au milieu des tissus, des débris d'épithélium provenant probablement des glandes sudoripares.

Marche, durée, terminaison. — La cicatrisation dans la forme cutanée peut durer plus d'un an. Dans la forme rhino-bucco-pharyngée, la maladie peut durer 10 à 12 ans.

Si les lésions se localisent exclusivement sur le tégument cutané le pronostic est favorable, bien que le malade puisse être gêné dans son travail, mais la forme muqueuse est beaucoup plus grave ; au bout de quelques années, la mort arrive par asphyxie ou par infections secondaires. La maladie peut cependant encore durer de 8 à 10 ans.

Diagnostic. —La leishmaniose tégumentaire peut se confondre avec une syphilis avancée. On tiendra compte des commémoratifs, de la réaction de Wassermann. Les ulcérations ne se montrent pas de préférence aux extrémités et montrent de la prédilection pour les os. On diagnostiquera la tuberculose par l'aspect des lésions, l'âge et l'état général du malade, la cutiréaction à la tuberculine, la gravité des lésions muqueuses de la tuberculose.

La bouba ou pian se distingue aisément ; la confusion n'est possible que dans la forme papillomateuse. Le cadre général, l'absence des lésions sur les muqueuses, la rencontre du treponema pertenue presque constant, trancheraient tous les doutes.

Blastomycose. — La lésion débute en général par les commissures des lèvres et se propage à la peau. L'ulcération n'entame pas profondément les tissus, la surface est finement granuleuse, et couverte de minuscules abcès. Les ganglions voisins sont pris de suite ; la cachexie survient au bout de quelques mois, avant la mort. La recherche du blastomyces dans les frottis d'ulcères et de ganglions lèvera tous les doutes.

Sporotrichose. — Localisation exceptionnelle sur les muqueuses. Forme

nodulaire des lésions. Disposition linéaire, caractéristique. Cultures sur milieu de Sabouraud.

Traitement. — Forme cutanéo-muqueuse : solution de permanganate de potasse, compresses, de sublimé, bleu de méthylène, badigeonnage de teinture d'iode. Pommades de salicylate de méthyle et d'argyrol. — Comme traitement général :

Vaccinothérapie.

Tartre stibié en solution à 1 pour 100 dans le sérum physiologique, en filtrer sur bougie de Berkfeld à froid. Injecter 5 centimètres cubes de solution dans la veine du pli du coude de 5 en 5 jours.

Les lésions muqueuses sont plus rebelles : mais bons résultats dans la forme cutanée. J. Meneau.

Quelques formes de leishmaniose furonculeuse (Algunas fórmas de leishmanias). par Vianna. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia,* séance du 25 novembre 1913, p. 88.

V. a trouvé dans les frottis des ulcères cutanés d'un malade toutes les phases de divisions binaires des parasites qui portaient des rhizoplastes : on y voyait également des formes dégénérées, quelques-unes avec débris nucléaires et bléphasoplastiques, et d'autres seulement des débris de rhizoplastes. Sur les coupes des lésions de la muqueuse nasale d'un chien, il a trouvé la leishmania dans les fibres lisses d'une artériole, sans que le processus eût intéressé le vaisseau (type musculaire). J. Méneau.

Cas de leishmaniose (Caso de leishmaniose), par Werncek Machado. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*, nos 2 et 3, 1913, p. 86.

M. vante l'usage interne de l'ichthyol et de la quinine dans un cas de leishmaniose des muqueuses. Il s'agissait d'ulcérations de la lèvre supérieure et des ailes des narines, suivies de grandes infiltrations des tissus. Après le traitement, tous les accidents ont disparu. J. Méneau.

Leishmaniose tégumentaire à forme verruqueuse (Leishmaniose papillomatosa), par Rabello. *Société brésilienne de Dermatologie,* séance du 21 avril 1914.

Cette forme est rare au Brésil. Il s'agit d'un laboureur de 34 ans, qui présente des ulcères couverts de végétations papillomateuses sur les lèvres et à l'ouverture des fosses nasales. Sur les membres, aux parties exposées, existent des plaques papillomateuses, couvertes de croûtes brunes. Sur la muqueuse palatine, la luette et les amygdales, on voit des granulations roses, plus ou moins disséminées. J. Méneau.

Trois cas de leishmaniose cutanée (bouton d'Orient) (Tres casos de leishmaniosis cutánea [botón de Oriente]), par F. Martinez. *La prensa medica,* 15 juin 1915, p. 59.

Ces cas concernent un petit garçon de 16 mois et deux petites filles de 4 ans, n'ayant jamais quitté les environs de leur village. Le bouton occupe la région malaire gauche et le sillon oculo-nasal droit. Cette affection, assez fréquente dans la province de Grenade, est appelée par les indigènes *pupa viva* (pustule vive). J. Méneau.

Leishmaniose de la muqueuse nasale (Leishmaniose da mucosa

nasal), par Marinho. *Société brésilienne de Dermatologie,* séance du 28 septembre 1914.

Métisse brésilienne de 13 ans. Début par un écoulement nasal séro-purulent. Ulcération baignée de pus épais sur la cloison nasale, et sur la partie antérieure du plancher de la fosse droite et le voile du palais. Rien à la peau. Ce cas montre que la leishmaniose peut exister primitivement sur la muqueuse et rester unilatérale. J. Méneau.

De l'envahissement des voies lymphatiques par les parasites des leishmanioses cutanées, par Jeanselme et Langeron. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 28 juillet 1914, p. 92.

Les lymphangites sont très fréquentes dans les diverses leishmanioses, quelle que soit leur origine, quoique la plupart des auteurs les passent sous silence. Elles sont souvent multiples ; elles peuvent être franches, s'accompagner d'accès fébriles et de douleurs assez vives, mais ces épisodes aigus sont rares et passagers ; le plus souvent, la lymphangite est subaiguë ou torpide. Elle se traduit par des nodules disposés en série linéaire le long des voies lymphatiques, augmentant graduellement de volume jusqu'à celui d'un noyau de cerise ou d'une noisette, devenant après un temps variable rosés et douloureux, renfermant souvent du liquide avant d'être nettement fluctuants ; quelques-uns s'ouvrent spontanément, laissant écouler une sérosité louche et gommeuse.

L'examen du contenu des nodules ne permet pas de constater la présence de leishmanioses ; mais les cultures sont positives ; l'inoculation aux singes est cependant restée négative. G. Thibierge.

Lèpre.

Sur l'histologie de la lèpre (Zur Histologie der Lepra), par W. Kedrowski. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 120, p. 267.

Observation d'une lèpre maculo-anesthésique en somme bien caractérisée au point de vue clinique. L'anomalie résidait en ceci que les lésions histologiques présentaient un aspect tuberculoïde extrêmement marqué par l'abondance de cellules géantes, la disposition nodulaire, l'isolement de ces nodules, la rareté des bacilles, etc.

K. rappelle un certain nombre d'examens qui ont montré que ces formations tuberculoïdes dans les lésions cutanées de la lèpre ne sont pas aussi rares qu'on l'avait dit autrefois.

Il discute l'opinion de Lie qui admet la possibilité d'une symbiose tuberculo-lépreuse et fait observer que cette opinion a besoin de preuves expérimentales qui sont possibles, mais n'ont pas été données. Ch. Audry.

Le salvarsan dans la lèpre ; influence sur la réacion de Wassermann dans cette maladie (El salvarsan en la lepra ; influencia sobre el Wassermann en esta enfirmidad), par Peyri. *Actas dermo sifiliográficas,* juin-juillet 1912, p. 307.

A propos de 19 cas de lèpre, P. conclut que : 1° le salvarsan n'est pas un agent curateur de cette maladie, mais que son emploi y est autorisé ; 2° il modifie les lésions lépreuses plus manifestement que le chaulmoogra, l'antiléprol et le sérum de Carrasquilla et Lavorde (P. n'a pu se procurer de

nastine) ; 3° il modifie favorablement les formes tuberculeuses, surtout quand elles sont récentes, muqueuses et humides ; 4° il ne faut pas l'employer dans la forme anesthésique, sauf dans les cas tout à fait récents qui n'ont pas dépassé la période maculeuse ; 5° il améliore toujours l'état général ; 6° il diminue la quantité des bacilles et les fait dégénérer ; 7° il ne fait pas changer la réaction de Wassermann, au moins pendant l'année du traitement ; 8° associé de temps en temps à l'huile de chaulmoogra, il constitue le meilleur moyen de lutter contre la lèpre. J. Meneau.

Leucémie cutanée.

Sur la leucémie de la peau (Ueber die Leukämie der Haut), par R. Bernhardt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 17.

7 observations inédites et personnelles, avec examen histologique (tumeurs leucémiques, érythrodermies, érythrodermie psoriasiforme, altérations du cuir chevelu et des ongles, troubles pigmentaires, etc.).

Conclusion : Parmi les altérations de la leucémie cutanée, peuvent figurer des formations papillomateuses, parfois épaisses et larges, d'un aspect chagriné, qui peuvent être disposées en îlots ronds, puis, réunis en groupes. Sur ces surfaces se développent des tumeurs qui ne doivent pas être confondues avec les tumeurs leucémiques habituelles. Elles surviennent habituellement sur des portions de tégument préalablement érythrodermiques ; histologiquement, elles ne se distinguent pas essentiellement des tumeurs habituelles.

Il est très fréquent que l'érythrodermie leucémique affecte le type du prurigo de Hebra.

Souvent des plaques érythrodermiques localisées peuvent prendre un type psoriasiforme.

Qu'il s'agisse d'érythrodermie partielle ou totale, les altérations histologiques sont les mêmes, il n'y a pas de différence qualitative, mais seulement une différence quantitative.

On ne sait pas encore où placer le mycosis fongoïde, on sait seulement que c'est une maladie générale à part qui ne doit pas être confondue avec et dans les leucémies. Ch. Audry.

Sur un cas de leucémie lymphatique chronique avec lymphadénie miliaire généralisée de la peau (Ein Fall von chronischer lymphatischer Leukämie mit generalisierter, miliarer Lymphadenia cutis), par Werther. *Dermatologische Zeitschrift*, 1914, t. 21, p. 574.

Homme de 40 ans, sans antécédents personnels, malade depuis 2 années. Érythème squameux généralisé en partant des coudes. Épaississement et rougeur diffuse du tégument avec squames particulièrement épaisses sur les paumes et les plantes. Quelques petites bulles érodées sur le bord des pieds.

Partout, ganglions lymphatiques augmentés de volume et de nombre, tuméfaction de la rate et du foie. Au fur et à mesure que la maladie évolue, anémie portant sur les hématies qui tombent à 3 300 000 pour 1 000 leucocytes dont 47 à 60 pour 100 de lymphocytes. En somme, formule sanguine de la leucémie lymphatique.

A l'examen microscopique de fragments de la peau érythrodermiens

(abdomen), on découvre une foule de petits noyaux de prolifération leucémique situés dans les couches inférieures du derme, dans la zone des vaisseaux sous-papillaires.

La durée d'évolution de la maladie fut de 3 ans. Les premiers signes d'affaiblissement n'apparurent qu'après 2 ans d'érythème. Pas d'autopsie. Le malade présentait des accidents de tuberculose pulmonaire, mais les lésions du poumon n'évoluèrent pas parallèlement à la dermatose, et W. attribue la cachexie principalement à l'énorme refroidissement consécutif à l'étendue de l'érythème, et aussi au développement d'altérations spécifiques dans la totalité des viscères. Ch. Audry.

Lichen.

Sur le lichen scléreux des organes génitaux de la femme (Ueber Lichen sclerosus der weiblichen Genitalien), par A. Hoffmann. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, n° 21, p. 473.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 45 ans, atteinte de lichen plan généralisé, avec lésions de la muqueuse buccale, et taches blanches, atrophiques ou érosives de la muqueuse vulvaire (grandes et petites lèvres).

Dans le second cas (femme de 50 ans), il n'existait de lésions que sur la vulve.

Histologiquement, on trouve les altérations habituelles du lichen plan scléreux.

Les localisations vulvaires du lichen plan doivent être rapprochées des localisations buccales ; bien qu'il en ait été publié peu de cas, elles ne sont probablement pas très rares; 2 fois, on les a rapprochées du kraurosis vulvæ dont il faut les séparer. Ch. Audry.

Lichen plan de Wilson; éléments circinés; résistance remarquable à la médication arsenicale (Liquen plano de Wilson ; elementos circinados ; resistancia notable á la medicación arsenical), par S. Covisa. *Actas dermo-sifiliográficas,* octobre-novembre 1914, p. 33.

F. 29 ans, extrêmement nerveuse. Lichen plan typique ayant débuté il y a un mois par un violent prurit de l'abdomen. Au centre, l'éruption se groupe en anneaux, avec éléments circinés individualisés ; à la poitrine, à la racine des bras et des cuisses, les éléments sont fusionnés (lichen annulaire). Traitement : 1° Liqueur de Fowler de V à XL gouttes progressivement ; intolérance à cette dernière dose. 2° Injections tous les deux jours de 1 centimètre cube de liqueur de Fowler à 1/5, début d'intoxication arsenicale, recrudescence des symptômes antérieurs, apparition de nouveaux éléments typiques. 3° Injections intraveineuses de néosalvarsan, disparition complète de l'éruption au bout de la 5e injection. 5° Continuation du traitement arsenical par des injections quotidiennes de 0,05 de cacodylate de soude ; à la 11e injection, nouvelle poussée sur la gencive supérieure gauche avec sensation de cuisson et chaleur et sur le ventre. Suspension à la 22e injection, en raison du peu de résultats obtenus. 6° Auto-hématothérapie. Amélioration à la 5e injection de 10 centimètres cubes du sang de la malade. Trois jours après la 7e, poussée de lichen zoniforme sur la face interne des bras et la région latéro-supérieure du thorax. 7° Reprise

de la liqueur de Fowler, nouvelle utilisation à la dose de XL gouttes, mais amélioration des lésions et du prurit. 8° Nouvelle série de 22 injections de cacodylate; nouvelle poussée à la partie supérieure des bras, du thorax et des cuisses avec prurit intense. 9° Arséniate de soude à l'intérieur 0,10/250, 2 cuillerées à café par jour. Aucun résultat. J. MÉNEAU.

Une variété clinique rare de lichen plan (Lichen planus hypertrophicus retiformis). An unusual clinical variety of lichen planus (Lichen planus hypertrophicus retiformis), par SUTTON. *The journal of the american medical association*, 20 mars 1915, p. 1063.

I. Chez un dessinateur de 27 ans, lichen hypertrophique de la cuisse, datant de un an. Les uodules sont réunis entre eux et les lésions satellites de la périphérie reliées par des bandes de tissu malade; le tissu intercalaire est normal. On eût dit des mailles de broderie à nœuds étroitement appliquées sur la peau.

II. Chez un cordonnier de 63 ans, lésions analogues des poignets et du dos des mains. Beaucoup de papules sont reliées aux lésions voisines par des bandes de peau épaisse, rouge ou à bords élevés, cornés dans les deux cas, aspect de mosaïque des plus nets. Peau saine dans les interstices. Microscopiquement, lichen plan hypertrophique typique. Amélioration manifeste par les injections intramusculaires de salicylate de mercure, des lotions à la calamine et des onctions avec une pommade contenant du précipité blanc, du phénol et du menthol. J. MÉNEAU.

Lichen scrofulosorum.

Cas de lichen scrofulosorum chez un adulte (Case of lichen Scrofulosorum in an adult). *Proceedings of the Royal Society of medicine Dermatological Section*, avril 1915, p. 124.

H. 18 ans, atteint en même temps de lupus du nez et de carie vertébrale. Plaques ovales formées de groupes de papules folliculaires rouge brun de la grandeur d'une tête d'épingle. Il y avait quatre plaques sur l'abdomen et deux sur le dos, chacune mesurant environ 1 pouce sur 1/2 et composée de 15 à 20 papules. J. MÉNEAU.

Rapports existant entre entre le lichen scrofulosorum et les altérations cutanées déterminées par les applications de pommade à la tuberculine (réaction de Moro) (Ueber die Beziehungen der nach Tuberkulinsalterseinreibungen (Moro) auftretenden Hautveränderungen zum Lichen scrofulosorum), par A. TSCHILIN-KARIAN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 185.

T.-K. étudie la question de savoir si les altérations cutanées provoquées par les frictions avec la pommade à la tuberculine (réaction de Moro) répondent à une maladie particulière, ou si elles ne sont que des lésions de lichen scrofulosorum. Il s'arrête à cette dernière opinion.

Les altérations en question apparaissent chez des tuberculeux autour des orifices folliculaires et des excréteurs sudoripares et s'étendent par l'intermédiaire des dilatations lymphatiques.

Tantôt la formation histologique finit par réaliser tout à fait la structure typique du lichen des scrofuleux ; tantôt cela ne va pas jusque-là. Le degré

plus ou moins tuberculoïde de la lésion est en rapport direct avec le temps écoulé depuis la friction tuberculinée, tout comme après la réaction intracutanée de Pirquet. Souvent, il n'existe que des infiltrations superficielles périvasculaires sanguines ; mais Klingmüller décrit un type de lichen scrofulosorum qui ne comporte pas d'autres lésions. Mais comme le lichen des scrofuleux occupe de vastes surfaces, il faut encore se demander avec Nobl si l'éruption en question n'est pas le résultat d'une provocation par la pommade à la tuberculine d'un lichen scrofulosorum préexistant mais reste à l'état de latence. Ch. AUDRY.

Lupus érythémateux.

Le lupus érythémateux de la muqueuse buccale (El lupus eritematoso de la mucosa bucal), par SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1914, p. 137.

Ayant eu à soigner en 3 ans 6 cas de lupus érythémateux de la muqueuse buccale sur 33 cas de cette maladie (18 pour 100), A. insiste sur la fréquence relative du lupus érythémateux de la muqueuse buccale, sa coexistence fréquente avec des plaques isolées, autonomes, indépendantes, des lésions discoïdes, et une forme de papillon de la peau de la face, du front et des oreilles ; souvent aussi il constitue la prolongation, la continuation de lésions étendues propagées de la peau voisine. Le lupus érythémateux primitif de la muqueuse buccale n'est pas un fait exceptionnel (6 pour 100). Cette localisation serait plus fréquente en Espagne que dans les autres pays. Elle est du reste peu connue en raison d'une indolence qui n'incite pas le médecin consulté pour une lésion cutanée à examiner la bouche de ses malades, ou qui fait porter à son sujet un diagnostic erroné (syphilis, etc.). J. MÉNEAU.

Traitement du lupus érythémateux par le cyanure d'or et de potassium (Tratamiento del lupus eritematoso por el cianuro de oro y potasio), par SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas,* décembre 1913-janvier 1914, p. 67.

Ce travail repose sur l'observation personnelle de 12 malades. Les résultats ont été : 7 guérisons, 4 améliorations, 1 cas non modifié. Sur plus de 1000 injections, A. n'a vu survenir aucun accident imputable au traitement. Le cyanure est contre-indiqué chez les tuberculeux et les lupiques avec lésions pulmonaires quelque précoces et petites qu'elles soient. La dose moyenne est de 0,03 de cyanure par injection intraveineuse : à 0,04, il survient de l'intolérance. On peut commencer par 0,01 chez les dilatés avec mauvais état général. Le jour de l'injection, le malade reste confiné au lit (3 fois par semaine), il est soumis à un régime liquide (lait et bouillon). La solution de cyanure est de 1 pour 100 ; A. se sert de la seringue de Lemberg. Il croit éviter ainsi la réaction fébrile. Mais pour obtenir une vraie guérison durable, il faut au moins 20 injections : sur les 7 malades guéris, le nombre a varié de 62 à 22. Les lésions des muqueuses guérissent beaucoup plus vite que celles de la peau ; mais le lupus du bout du nez est particulièrement rebelle. Les malades vierges de tout traitement antérieur retirent un bénéfice plus rapide du traitement.

On peut joindre au cyanure, le chlorhydrate de quinine à l'intérieur, les

badigeonnages iodés, les scarifications, la neige carbonique, etc., à titre complémentaire, dans les cas particulièrement rebelles. A noter que la méthode n'a pas donné de guérison complète dans le traitement du lupus tuberculeux. J. MÉNEAU.

Lupus tuberculeux.

Cas de lupus tuberculeux; traitement par l'héliothérapie et le cyanure d'or et de potassium (Caso de lupus tuberculoso; tratamiento por helioterapia y cianuro de oro y potasio), par SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas,* juin-juillet 1914, p. 293.

F. 26 ans. Vaste lupus tuberculeux de l'épaule et du bras gauche, du bras, de la main, du genou et de la jambe droites, datant de 10 ans, jamais traité. Extirpation de la plaque de la main, grattage des lésions de la jambe, du genou et du bras droits; héliothérapie et cyanure de potassium pour les plaques étendues du bras, de l'épaule et de l'omoplate gauches. 200 bains de soleil avec 198 heures d'exposition et 60 injections de cyanure d'or et de potassium (1,80 de médicament). Résultats extraordinaires; en 6 mois, guérison presque absolue des lésions. J. MÉNEAU.

Traitement du lupus tuberculeux par l'opération de Payr modifiée : sa valeur et ses indications (Tratamiento del lupus tuberculoso, por la operación de Payr modificada : valor é indicaciones de la misma), par SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1913, n° 5, p. 231.

L'opération de Payr améliore les lésions et les met à même d'être radicalement guéries par d'autres moyens. Associée à la photothérapie et à la radiothérapie, c'est le traitement préparateur idéal. A. l'a modifié en faisant une incision circonférentielle autour de la plaque de lupus et à 1 centimètre de son bord, pénétrant jusqu'au tissu cellulaire sain; il dissèque concentriquement la peau inscrite dans la coupe, comme pour l'enlever et la laisse adhérer en son centre aux tissus profonds par un étroit pédicule de 3 à 4 millimètres; il place une longue mèche de gaze iodoformée de 2 centimètres de large, enduite de pommade au baume du Pérou et au salol entre la face profonde de la plaque de lupus et la surface sanglante des tissus sous-jacents; la gaze se roule en spirale. Bandage légèrement compressif. Renouvellement quotidien du topique, nettoyage et enlèvement définitif de la gaze au bout de 24 jours, traitement compressif aseptique jusqu'à guérison définitive.

Cette méthode ne sera pas appliquée aux petits lupus que l'on peut extirper et suturer immédiatement ni aux trop grands dont le lambeau pourrait se mortifier pendant les 20 jours qu'il doit être séparé de sa base nutritive d'implantation. On le réservera aux cas intermédiaires. La méthode est curative, mais laisse les malades défigurés, ce qui est à considérer pour le lupus de la face. J. MÉNEAU.

Opération de Payr dans le lupus tuberculeux (présentation de cas cliniques) (Operación de Payr, en el lupus tuberculoso [presentación de casos clínicos]), par A. SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas,* juin-juillet 1914, p. 300.

A. présente 3 malades guéries par le procédé qu'il a décrit dans un

précédent travail paru l'année précédente dans la même revue. Il montre que les lésions restent circonscrites, renfermées dans le lambeau opératoire, sans propagation au delà de la barrière cicatricielle de nouvelle formation, que les petites lésions sont complètement guéries, l'infiltration considérablement réduite. L'opération, utile pour les cas où elle est indiquée, guérit les lésions complètement ou les améliore extraordinairement, en facilitant l'action curative complémentaire des autres traitements (héliothérapie, photothérapie, radiothérapie, cyanure d'or, etc.); les résultats anti-esthétiques du début sont grandement corrigés par l'action du temps. J. Méneau.

Traitement des lupus tuberculeux, érythémateux et de la syphilis par le cyanure d'or et de potassium (Tratamiento del lupus tuberculoso, del eritematoso y de la sifilis por el cianuro de oro y potassio), par J. de Azúa. *Revista clínica de Madrid,* 15 octobre 1914, 30 octobre 1914 et 15 novembre 1914, t. XII, nos 19, 20 et 21, p. 221, 273 et 306.

Consciencieux et volumineux travail à lire dans l'original. On peut en conclure que : 1° le cyanure d'or et de potassium de Merck se dissout parfaitement dans l'eau distillée et le sérum. Pour s'en servir, le mieux est d'employer des ampoules jaunes qui peuvent contenir de 1 à 5 centigrammes par centimètre cube d'eau distillée et qui servent tantôt à préparer les solutions avec une plus grande quantité de véhicule, tantôt pour les injecter avec la petite seringue de Luer. Déposées hors des verres, ces solutions sont très douloureuses, produisent de l'inflammation et même des eschares, suivant leur degré de concentration. Bien injectées dans les cuisses, elles ne produisent aucun trouble. 2° Les doses employées par A. ont varié de 0,10 milligrammes à huit centigrammes. On ne doit jamais dépasser, même chez les adultes vigoureux, trois centigrammes comme dans le début et cinq, au maximum. Chez les enfants au-dessous de 10 ans, la dose initiale peut être de cinq milligrammes à 0,01 et la dose maxima, avec observation, de trois centigrammes. 3° Les injections, quand elles sont bien supportées, doivent être espacées de 3 à 4 jours, car l'action du cyanure d'or et de potassium passe vite, mais quand apparaissent des phénomènes d'intolérance, les intervalles seront augmentés ou les injections supprimées, suivant le cas. La pâleur, la perte des forces, l'endolorissement général exigent qu'on suspende la médication bien qu'elle n'ait rien d'alarmant jusqu'à disparition de ces symptômes qui sont médicinaux et disparaissent peu après qu'on a cessé la médication. 4° Pour traiter les lupus, le seul procédé est l'injection intraveineuse. On doit pour éviter tout accident s'assurer que l'injection n'entre que dans la veine. 5° Cependant la technique employée par A. pour le néosalvarsan, le cyanure peut se dissoudre dans 5 à 10 centimètres cubes d'eau distillée ou de sérum. 1 ou 2 centimètres cubes d'eau suffisent pour dissoudre 0,05, dose maxima. Cette concentration n'a aucun inconvénient sur l'action générale du cyanure. L'eau devra être de l'eau distillée atoxique et aseptique ; le sérum devra être préparé avec de l'eau dans les mêmes conditions et stérilisé. Le sérum peut être de 6 à 7,50 pour 1000, préparé avec du chlorure de sodium très pur. 6° A. n'a jamais eu d'accident grave sur 454 injections, ni altérations rénales, ni dépression de la force du cœur. 7° On observe souvent

après l'injection de la fièvre, de la céphalalgie, et moins souvent des vomissements et de la diarrhée. La fièvre n'est pas constante et n'a pas de rapport avec la quantité et le nombre d'injections. Ce n'est qu'une fièvre de sérum, médicinale, si les liquides sont atoxiques et aseptiques. La fièvre dépend peut-être de l'entrée dans le sang des produits de désintégration des foyers morbides attaqués par le médicament. 8° Sauf la fièvre, les autres symptômes, céphalalgie, vomissements, diarrhée, nausées, pâleur, faiblesse, endolorissement général, colère, oppression thoracique, etc., sont des symptômes d'action cyanique et peut-être aussi de toxhémie produite par les toxines bacillaires ou cellulaires des points malades. Le cyanure d'or et de potassium peut produire une certaine destruction des globules rouges, sans importance, par leur peu de durée et leur répartition facile au moment où cesse la médication. 9° Le cyanure d'or et de potassium engendre souvent une intense réaction fluxionnaire passagère dans les foyers lupiques malades, mais il peut aussi agir sur d'autres (hémoptysies) et faire apparaître de nouveaux éléments de tuberculides. 10° Dans la moitié des cas à peu près de lupus tuberculeux, le traitement par le cyanure d'or et de potassium a produit du soulagement sans arriver à la guérison complète. 11° Sur 7 cas de lupus érythémateux, l'A. obtient une brillante guérison dans un cas généralisé, une grande amélioration dans un cas très congestif à forme papillon et un soulagement très sensible chez une femme atteinte de lupus érythémateux fébrile. Rien dans les 4 autres. 12° Au résumé, le cyanure désinfiltre les tissus lupiques. Dans le lupus tuberculeux, il a été utile dans ceux du type papillomateux et dans les lupus plans infiltrés sans ulcération profonde. Dans le lupus érythémateux, les types très congestifs et aigus ont été bien influencés. 13° Le traitement des lupus par le cyanure d'or et de potassium est utile, surtout associé aux traitements déjà connus dont l'action paraît accrue. Employé seul, il n'a pas donné de guérison du lupus tuberculeux, mais une brillante dans un cas de lupus érythémateux généralisé aigu. A. croit que les lupus érythémateux justement congestifs (et tous les types aigus le sont) constituent la meilleure indication des injections intraveineuses de cyanure d'or et de potassium. J. Méneau.

Lupus tuberculeux papillomateux végétant des mains (cas clinique) (Lupus tuberculoso papilomatoso vegetante de los manos — caso clinico), par Pardo Regidor, *Actas dermo-sifiliográficas*, octobre-novembre 1914, p. 20.

Polémique au sujet d'un malade présenté à la Société espagnole de Dermatologie par Azúa comme pyodermite chronique végétante papillomateuse en plaques avec réaction épithéliale kystique ou cornée. L'inoculation au lapin de produits de grattage profond de la lésion démontre la présence de bacilles de Koch typiques. J. Méneau.

Lymphadénie cutanée.

Un cas de lymphadénomatose cutanée aleucémique (Un caso de linfadenomatosis cutaneo aleucémica), par Ragusin. *Revista dermatológica de la Sociedad dermatológica argentina*, 1914, p. 102.

Un enfant de 4 ans et demi, né de parents sains et jusque-là bien por-

tant, a été atteint de tumeurs indolentes non inflammatoires de la grosseur d'une noix aux angles de la mâchoire inférieure et dans l'aine droite, qui rétrocédèrent ; mais en même temps apparaissaient sur la ligne médiane du cuir chevelu à la hauteur de la suture interpariétale, une tumeur grosse comme une mandarine, puis une autre semblable dans l'aisselle droite, puis le cuir chevelu fut couvert de tumeurs variant du volume d'une noisette à celui d'une noix ; au bout du mois, le crâne, la face sont couverts de tumeurs de volumes variables, sessiles, formant corps avec la peau, dures, indolores, à peau lisse, brillante, un peu rougeâtre. Les cheveux sont rares. Tumeurs au niveau des parotides, à la lèvre supérieure. Derrière les angles de la mâchoire inférieure, groupe de ganglions durs, indolents, peu adhérents à la peau, gênant la déglutition qui est douloureuse. Sur la poitrine, au coude droit, dans la région deltoïdienne gauche, et axillaire droite, tumeurs analogues donnant l'impression d'une pièce de monnaie incrustée dans la peau. Dans l'aisselle droite, tumeur grosse comme une noix, paraissant formée d'une agglomération de ganglions. Polyadénite inguinale. Toutes ces tumeurs sont indolentes sans ramollissement. Réaction de Wassermann négative. Pas d'altérations importantes dans l'équilibre leucocytaire du sang. — Mort six mois après. L'autopsie démontra : une adénomatose cutanée principalement du cuir chevelu, de la face et du cou. Ganglions adénomateux du cou, des aines et du bord inférieur du pancréas. Diphtérie amygdalo-laryngo-trachéo-bronchique. Pleurésie fibreuse adénoïde gauche. Broncho-pneumonie gauche. Congestion hépatique intense avec dégénérescence graisseuse et tuméfaction trouble. Hypertrophie de la rate, néphrite parenchymateuse, congestion méningée et cérébrale, léger œdème sous-arachnoïdien. — Diagnostic clinique : lymphadénie aleucémique avec métastases cutanées à forme de tumeurs lymphadénomateuses. J. Méneau.

Maladie de Raynaud.

Maladie de Raynaud. Néphrite chronique et tuberculose, par Ch. Achard et S. Rouillard. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 30 juillet 1914.

A. et C. rapportent une observation dans laquelle le syndrome de Raynaud est apparu, comme c'est un fait assez fréquent, au cours d'une néphrite chronique. L'absence de tout commémoratif et de tout stigmate de syphilis et celle de la réaction de Wassermann permettent d'écarter la nature syphilitique de la lésion rénale. Par contre les antécédents et les constatations nécropsiques (tuberculose pulmonaire, intestinale et hépatique) montrent qu'il s'agissait d'une néphrite diffuse développée au cours d'une tuberculose à laquelle la malade a succombé. P. Gastinel.

Mélanodermie.

Mélanodermie physiologique des muqueuses en Algérie, par J. Brault et J. Montpellier. *La Province Médicale,* 11 avril 1914, p. 59.

Il existe chez les gens de couleur une pigmentation des muqueuses purement physiologique, absolument indépendante de la syphilis, de la phtiriase, de la maladie d'Addison ou de toute autre affection. Le degré et

la fréquence de cette mélanodermie des muqueuses dépendent des caractères ethniques. R.-J. Weissenbach.

Momies (Peau des —).

Sur l'anatomie microscopique de peaux d'hommes et d'animaux momifiés (mammouth, momies du Pérou et d'Égypte) (Zur Mikroskopischen Anatomie der ältesten Säugetier-und Menschenhaut (Mammut, ägyptische und peruanische Mumiern), par J. Heller. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1914, n° 16, p. 733.

Leydig avait, au dire de Möbius, constaté des noyaux sur des coupes de peau de mammouth. L'épiderme manquait tout à fait sur les pièces examinées par Salensky.

H. ne l'a pas retrouvé non plus : le tégument est représenté par des fibres conjonctives énormes, parsemées de lacunes, qui prenaient une coloration diffuse faible par l'orcéine acide, etc. On retrouvait des traces de petits vaisseaux reconnaissables à leur paroi, qui offraient encore des débris d'endothélium.

Sur une peau de momie péruvienne, H. ne vit pas grand'chose de plus ; cependant des coupes d'autres pièces offraient encore une stratification en bandes prrallèles où l'on pouvait discerner des faisceaux conjonctifs et du tissu élastique, et, plus profondément, des traces d'un pigment du tatouage.

Sur des momies égyptiennes, H. a distingué l'épithélium, les vaisseaux du derme, le pigment de la couche basale, les orifices du sudoripare. Les fibres élastiques prenaient encore l'orcéine acide. Ch. Audry.

Monilethrix.

Monilethrix (aplasie moniliforme du cheveu) (Moniletthrix (aplasia moniliforme del pelo), par J. de Azua. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1913, p. 120.

Trois observations. Deux concernant deux sœurs de 9 et 5 ans, atteintes congénitalement. J. Méneau.

Monilethrix (aplasie moniliforme du poil) (Monilethrix (aplasia monitiforme del pelo), par J. de Azua. *Revista clinica de Madrid,* 30 mars 1914, p. 214.

A. en a observé 3 cas : le premier chez une enfant de 2 ans, sans antécédents ; née avec des cheveux un peu clairsemés, elle les perdit rapidement de 4 à 6 mois. Le cuir chevelu parut presque absolument alopécique, semé d'un nombre infini de petits grains noirs exactement répartis aux orifices des follicules pileux, donnant à la main une sensation de sécheresse et d'aspérité, ces points noirs sont formés : soit par des poils rompus au niveau de l'orifice folliculaire, soit, et c'est la majorité, par un poil replié plusieurs fois sur lui-même et moniliforme. Le diamètre des cheveux est plus grand que normalement. Leur fragilité était extrême ; le moindre savonnage ou frottement, la moindre traction les cassait près du follicule. La cassure était nette ou en échelons, mais sans effilochage. Aucun cheveu n'était normal, mais aucun ne présentait de parasite. L'enfant ne présentait aucun indice d'aplasie des cils et sourcils, ni de kératose pilaire.

Les deux autres cas concernent deux sœurs âgées de 9 et 5 ans. Mère forte, bien constituée, à cheveux noirs abondants, sans kératose pilaire, mais aucun signe de sourcils. Elles naquirent avec un crâne en boule de billard, rude au toucher et plein de points noirs. Quelques rares cheveux, cassants, poussèrent du 4e au 6e mois. L'aînée commence à présenter de la kératose pilaire sur la face interne des bras. La plus jeune a des sourcils clairs, tardivement développés, mais ne présentant, pas plus que les cils, aucune altération. D'ordinaire, le fœtus naît avec un cuir chevelu normal, la maladie ne se développe qu'à partir du 3e ou 4e mois. Dans aucun de ces cas, A. n'a constaté d'état hyperhémique au début. J. Méneau.

Mycétome.

Sur le champignon parasite du mycétome à grains noirs du pied indigène (Sul fungo parasita di un « micetoma à grani neri » del piede nostrano), par A. Pepere. *Lo Sperimentale,* septembre-octobre 1914, p. 531.

Ce long mémoire, accompagné de planches représentant les lésions macroscopiques et microscopiques et les cultures du parasite, est basé sur l'étude d'un cas de mycétome à grains noirs du pied, observé chez un homme de 33 ans né et ayant toujours demeuré dans la province de Cagliari : les lésions, qui dataient de 18 ans, ont nécessité l'amputation de la jambe.

Le parasite a été identifié avec le *monosporium apiospermum,* Sacc, mais il se distingue par plusieurs caractères de cet hyphomycète qui produit des mycoses blanches du pied et doit en être considéré, sous le nom de *monosporium sclerotiale (seu nigricans),* non comme une variété, mais comme une forme, un état spécial, dont les conditions causales ne peuvent être exactement fixées. P. en fait une étude très détaillée.

P. insiste sur ces points intéressants qu'un même champignon est capable sous ses diverses formes d'être un parasite de l'homme en provoquant des formes diverses (blanches et noires) de mycétome et que divers champignons donnent lieu à un même type de mycétome. G. Thibierge.

Mycoses cutanées.

Sur les maladies mycosiques des mains et des pieds (Ueber Pilzerkrankungen der Hände und Füsse), par M. Kauffmann-Wolff. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, t. 21, p. 385.

Après un résumé des travaux antérieurs, K.-W. donne une description de ces lésions d'après 25 cas personnels recueillis à Vienne, à Paris, et à Berlin.

La description qu'elle donne des formes vésiculeuses, pseudo-dyshidrosiques, est particulièrement intéressante. Les vésicules sont développées très profondément, isolées ou confluentes ; elles sont développées surtout dans les espaces interdigitaux. Les formes squameuses sont bien décrites ; les formes pyodermiques plus rares. Cependant les vésicules se troublent habituellement. Les champignons occupent d'habitude les couches superficielles de l'épiderme : les vésicules sont stériles.

17 fois sur 25, K.-W. a isolé des formes de trichophyton, mais on peut isoler aussi d'autres champignons ; il est parfois difficile d'interpréter cer-

tains cas; ainsi une observation où la mycose a paru secondaire à la dyshidrose. Ch. Audry.

Fixation du complément dans les dermatoses parasitaires (Complement fixation in parasitic skin diseases), par Kolmer et Strickler. *The Journal of the American medical Association,* 6 mars 1915, p. 800.

Il résulte des expériences pratiquées par K. et S. que : 1° on obtient 78 pour 100 de réactions positives dans les teignes avec un antigène polyvalent de microsporon Audouini ; 2° les sérums de deux sujets atteints de favus donnaient des réactions positives avec un antigène d'achorion Schönleinii ; 3° le degré de la réaction dépend du degré et de la durée de l'infection ; 4° une culture de microsporon furfur, prise comme antigène, donne des résultats variables dans les mycoses et des résultats négatifs dans le pityriasis versicolor ; 5° les anticorps des sujets teigneux fixent le mieux le complément avec leurs antigènes respectifs, mais cette spécificité s'atténue à mesure qu'on augmente les doses de sérum (phénomène dû très probablement à la relation biologique existant entre les agents pathogènes) ; 6° les antigènes des mycoses ne fixent pas le complément des sérums de sujets atteints de syphilis, de gale, d'impetigo, d'acné et de toute autre dermatose commune. S. Fernet.

Mycosis fongoïde.

Mycosis fongoïde de la peau et des organes internes (Mycosis fongoides der Haut und inneren Organe), par R. Paltauf et L. v. Zumbusch. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 118, fasc. 2, p. 699.

Homme de 67 ans dont la maladie a débuté en 1901 par un exanthème eczématiforme. Mort en 1909, au stade de tumeurs ulcérées. A l'autopsie : noyaux mycosiques dans la plèvre médiastinale droite, dans le poumon ; tumeurs dans la paroi de l'estomac ; polyadénites dont quelques-unes ulcérées et ramollies, foyers dans la moelle osseuse. Description histologique de chacune de ces lésions (altérations vasculaires, etc.).

Il est impossible de se rallier à l'opinion de Ziégler considérant le mycosis fongoïde comme une maladie du système lymphatique.

Dans un second cas (une femme de 29 ans, malade depuis 1907, morte en janvier 1911 d'accidents septiques), on trouve comme lésions viscérales (outre les altérations osseuses, ganglionnaires) des lésions du foie et de la rate particulièrement importantes sous forme de nodules multipliés. Il existait aussi des localisations dans le poumon, dans le rein.

La structure des noyaux hépatiques, spléniques, osseux, était nettement mycosique. Le sang était resté normal chez les 2 malades en question.

P. et Z. rappellent les travaux antérieurs de Radaeli. Il est bien certain que les nodules ont une origine hématogène (foie, rate, etc.).

On ne peut considérer le mycosis fongoïde que comme une maladie générale, à lésions granulomateuses, ayant ses manifestations habituelles sur le tégument, des manifestations fréquentes sur les ganglions lymphatiques et les muqueuses, plus rarement sur le foie, les poumons, la rate, les reins, les os, les séreuses, le corps thyroïde, etc. Et ces altérations des viscères offrent exactement la même structure et les mêmes dégénérescences que les néoplasies cutanées. Ch. Audry.

Nævi.

Cas de nævus linéaire (Case of nævus linearis), par Dudley Corbett. *Proceedings of the Royal society of medicine. Dermatological Section,* mars 1915, p. 109.

Il s'agit d'un nævus occupant la face et le cou, linéaire sur le tronc et les membres, présentant une ligne verticale suivant presque exactement le milieu du corps de l'articulation sterno-claviculaire à la symphyse du pubis et continuant directement sur la face postérieure de la cuisse et du genou droits, suivant sur ce membre la ligne axiale du ventre. J. Méneau.

Cas de nævus linéaire chez une mère et son enfant (Case of linear nævus in mother and child), par Samuel. *Proceedings of the Royal society of medicine. Dermatological Section,* avril 1915, p. 126.

F. mariée, 26 ans, ayant eu 2 enfants. Depuis un mois, apparition sur l'avant-bras et le cou de lésions ressemblant à des verrues plates qu'un examen attentif démontre être un nævus linéaire. Apparu à 16 ans sur la poitrine et l'aisselle, il ne se montre sur l'avant-bras et le cou que 10 ans plus tard. Son enfant âgé de 9 ans commençait à présenter un nævus semblable du même côté et aux mêmes points. J. Méneau.

Neurofibromatose.

Deux cas de neurofibromatose familiale dont un avec cheiromégalie unilatérale, par Roubinovitch et Regnault de la Soudière. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* septembre 1914, p. 327.

Femme de 34 ans, russe ; début de la maladie à l'âge de 16 ans. Actuellement, asthénie, céphalée, pigmentation sous forme d'un nombre infini de taches café au lait ou brunes un peu plus foncées, sur la face, le tronc et les membres. Un assez grand nombre de tumeurs variant du volume d'un pois à celui d'une mandarine, sur le cuir chevelu, la face, le tronc, la vulve et les membres.

A eu 4 enfants, dont les 3 derniers sont bien portants.

L'aîné, un garçon de 15 ans, a des taches de coloration chamois au café au lait clair, occupant d'une façon diffuse le tronc, les membres, avec prédominance au cou et au dos ; sur la région dorsale, 8 grandes taches pigmentées. Petite tumeur au niveau du rein. Crâne asymétrique avec saillie de la bosse frontale gauche. Main gauche très élargie. G. Thibierge.

Sur la neuro-fibromatose cutanée (Beitrag zur Kasuistik und Kenntnis der multiplex Neurofibrome der Haut), par P.-H. Schoonheid. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, t. 21, p. 610.

S. donne une observation recueillie sur une femme de 34 ans, observation sans grand intérêt clinique. Dans son examen microscopique, S. relève comme particulièrement intéressant l'existence de nappes hémorragiques noyées dans l'épaisseur du tissu fibromateux.

Étudiant ensuite le mode de formation des neuro-fibromes, S. analyse particulièrement l'opinion de Verocay qui a cru en trouver l'origine dans une prolifération atypique, une gliose des cellules de la gaine de Schwann des filets nerveux. Mais dans les lésions cutanées, S. n'a rien trouvé qui lui permit d'adopter cette manière de voir. Ch. Audry.

Nouveau-né (Dermatose du).

Sur la desquamation foliacée en grands lambeaux de nouveau-né (Sobre la descamación foliacea en grandes colgajos del recien nacido), par d'Ovidio. *Revista dermatologica de la Sociedad dermatologica argentina,* 1914, p. 130.

Enfant de 3 jours né à terme de parents sains. A la naissance, la peau de la tête aux pieds formait une seule ampoule, comme si l'enfant avait été brûlé par de l'eau bouillante. Au 5e jour, la peau crevassée se détache en vastes lambeaux, laissant à nu le nouvel épiderme sec, brillant, rouge vif. Le cuir chevelu est en grande partie recouvert, mais il présente aussi des crevasses où l'on voit les cheveux bien développés; il est de couleur jaunâtre et donne au toucher la sensation de parchemin. Ectropion palpébral. Tout le corps présente ces crevasses, cette desquamation. Les paumes sont macérées, mais les plantes sont normales. Deux jours après, tout l'épiderme de la face et du cuir chevelu est éliminé, l'épiderme neuf est lisse, sec, collant, usé. Sur le corps la desquamation est générale, les paumes seules restent en état de macération. La muqueuse buccale est normale, l'ectropion a disparu. Le 17 juillet, l'enfant est guéri. Le traitement a simplement consisté en application de poudre de talc et un bain quotidien.

Discutant le diagnostic avec la dermatite exfoliatrice, l'ichthyose fœtale atténuée de Hallopeau-Watelet, l'ichthyose sébacée, laminaire, l'auteur préfère donner à son cas la dénomination plus générale de desquamation foliacée en grands lambeaux du nouveau-né. Pas fréquente, cette maladie est constituée par une desquamation spéciale, que l'on ne rencontre dans aucune autre affection des nouveau-nés. Sa cause est inconnue, peut-être toxique, agissant dans les derniers jours de la vie fœtale; son évolution est bénigne et rapide, son traitement des plus simples. J. Méneau.

Onychogryphose.

Cas d'onychogryphose (Caso de onychogryphose), par Gais Filho. *Sociedade brasileira de Dermatologia,* séance du 28 septembre 1914.

Un laboureur brésilien âgé de 45 ans, ayant subi un traumatisme de l'avant-bras droit, présentait une myosite et ostéomyélite avec élimination d'une grande partie du radius. La main reste ankylosée avec les doigts en flexion. Les ongles ont pris des proportions extraordinaires et se sont recourbés formant des griffes. Dans l'impossibilité de travailler, le malade demande l'amputation. — Les os des avant-bras manquaient, les nerfs cubital et radial etaient fortement hypertrophiés, les muscles atrophiés. Pas de bacille de Hansen. J. Méneau.

Parakératose.

Cas de parakeratosis variegata (Case of parakeratosis variegata), par Barber. *Proceedings of the Royal society of medicine. Dermatological Section,* mars 1915, p. 104.

Femme 38 ans, n'ayant jamais rien eu à la peau jusqu'à l'an dernier. Vers la fin de juin, apparition de plaques rouges écailleuses sur les jambes, très prurigineuses. Amélioration en août par un séjour à la campagne. En

septembre, retour à la ville ; la face, le cou, les bras se prennent comme les jambes. La chaleur, la transpiration aggravaient l'éruption. La santé générale était bonne. Sur les joues, l'éruption faisait penser à la combinaison d'un érythème avec une pigmentation exagérée. Çà et là, il y avait de petites plaques blanches ovales. Sur le front, l'érythème avait partiellement disparu, laissant des plaques irrégulières pigmentées, affectant une certaine disposition irrégulière. Sur le cou, on pensait à une parakeratosis variegata. Sur le devant des jambes, il y avait des grandes plaques érythémateuses un peu violacées ; sur les mollets, on retrouvait l'aspect réticulaire associé et une pigmentation considérable. Léger rash dans la fossette antécubitale. Il s'agit d'un parapsoriasis de Brocq mixte et anormal. J. Méneau.

Parasites cutanés divers.

Aranéidisme. Scorpionidisme. Myriapodisme. Phtiriase pubienne par pediculi capitis. Taches bleues par pulex irritans. Creeping disease, par B. Sommer et Greco. *Rivista Dermatologica,* t. II, 1914, p. 5 (Société Dermatologique argentine), Buenos-Aires.

Série de petits mémoires écrits en français sur des sujets encore assez peu étudiés.

S. et G. étudient assez longuement les accidents causés par les morsures d'araignées. Comme espèces pathogènes, ils indiquent l'Ocypete Pythagorica, la Segestria florentina, la lycosa pampeana (tarentule), l'aranea audax, etc.

Les accidents cutanés sont habituellement constitués par des infiltrats inflammatoires superficiels congestifs, violacés et nécrosants, qui aboutissent parfois à des pertes de substances superficielles étendues. Ils s'accompagnent d'accidents généraux plus ou moins intenses, et dans quelques cas, de phénomènes exanthématiques à distance (érythème papuleux, etc.)

S. et B. résument les renseignements connus sur le venin des aranéides. Ils distinguent : un aranéidisme cutanéo-ictéro-hémolytique, aranéidisme exanthématique, aranéidisme neuro-myopathique. Ils décrivent ces diverses formes et rappellent que les cas de mort connus ne sont pas très rares.

Les autres notes dont l'intitulé a été reproduit n'exigent pas d'autre résumé. Toutefois, il y a lieu de signaler que S. et B. rapportent l'histoire d'un malade chez lequel ils virent des taches bleues succéder à des piqûres de puce vulgaire. Ch. Audry.

Creeping disease (Larva migrans, myasis linearis), par Sommer et Greco. *Sociedad Dermatológica argentina,* 1914, n° 5, p. 87.

Fillette de 3 ans. Début du processus au second tiers supéro-interne de la cuisse gauche ; la région fessière est couverte ainsi que la portion latéro-externe de l'abdomen. On voit une ligne en zig-zag de 1/2 à 1 millimètre de large, légèrement soulevée, de couleur rose très pâle avec teinte pigmentée café, couverte de petites croûtes gris-noirâtres. Sur le ventre, l'éruption se termine par un véritable relief urticarien d'un peu plus de 0,01 de large, rouge vif. Cette ligne se croise et s'entrecroise en donnant lieu à des figures polygonales variées. Prurit. En 2 jours, la ligne est

descendue de 30 centimètres du ventre sur la cuisse. S. et G. n'ont pu déterminer la larve qui a provoqué cette dermatose. J. Méneau.

Pelade.

Pelade et syphilis (Pelada y sífilis), par A. von Notthaft. *Actas dermosifiliográficas,* juin-juillet 1912, n° 5, p. 261.

Si l'on peut songer théoriquement, à l'heure actuelle, à une relation de cause à effet entre la syphilis et la pelade, on ne peut réellement la démontrer et, tant que nous n'aurons pas de preuve statistique, nous devrons considérer cette relation de dépendance comme très improbable. On peut encore ajouter qu'on ne peut émettre le diagnostic d'étiologie syphilitique de la pelade avec un peu de certitude qu'en cas de résultat brillant par traitement mercuriel ou ioduré; les symptômes cliniques concomitants de syphilis ne démontrent qu'une chose, c'est que le malade souffre, outre sa pelade, de la syphilis, mais ils ne prouvent pas que la première soit due à la seconde. Ce raisonnement serait tout particulièrement applicable à une réaction de Wassermann positive, dont on exagère souvent beaucoup aujourd'hui la signification clinique. Car elle démontre seulement, comme tout autre symptôme syphilitique, la présence de la syphilis, mais elle ne prouve pas que la pelade soit syphilitique : parce qu'alors il faudrait attribuer aussi à la syphilis, une fracture de jambe ou un étranglement de hernie, par le seul fait que le sang donnerait une réaction positive. Actuellement, le résultat favorable du traitement mercuriel et ioduré est encore le meilleur argument pour diagnostiquer la syphilis; son insuccès est au contraire un argument sérieux contre ce diagnostic. J. Méneau.

Pigment.

Sur le pigment mélanotique de l'épiderme (Ueber das melanotische Pigment der Epidermis), par Kreibich. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 118, p. 837.

R. résume ses travaux sur l'origine du pigment cutané aux dépens des lipoïdes élaborées par les cellules épithéliales.

La pigmentation d'un épiderme achromique s'opère d'abord dans des mélanoblastes. Ces dernières sont caractérisées par la disparition de leurs filaments protoplasmiques, par leur protoplasma spongieux, leur forme ronde, ovoïde, ballonisée ou dendritique, la teneur en lipoïdes des cellules épithéliales voisines. Elles siègent habituellement, non exclusivement, dans la couche basale. Ce sont bien probablement des éléments d'origine épithéliale; il est probable aussi que toute cellule épithéliale peut se transformer en mélanoblaste : ainsi la cellule des carcinomes de Paget, celles des mélano-carcinomes qui se développent sur les nævi. Dans le pigment, il faut distinguer le composant pigmentaire du lipoïde, l'un ou l'autre prenant le pas, suivant les circonstances, et durant plus ou moins longtemps. Le lipoïde est biréfringent et sudanophile et le pigment n'est pas sudanophile. La pigmentation se fait en cristalloïdes et en grains. Certains mélanoblastes (cellules de Paget, de nævus, de nævocarcinome) ne fabriquent ni pigment, ni lipoïde.

Le pigment de la rétine et celui des poils ont une origine lipoïde. La formation de lipoïde est une fonction protoplasmique. Ch. Audry.

Prurit.

Un cas de prurit post-eczémateux guéri par la radiothérapie (Un caso de prurito post-eczematoso curado por radioterapia), par Ratera. *Actas dermo-sifiliográficas,*, février-mars 1913, p. 327.

F., 22 ans, à la suite d'un eczéma des membres supérieures dû au lavage, ayant envahi consécutivement les jarrets, l'épaule et la poitrine, prurit intense ayant résisté au traitement et localisé au précédent siège de l'eczéma. Radiothérapie à la dose de 2 H 1/2, une séance par semaine et par région. Disparition du prurit dans les 6 ou 7 jours qui suivirent l'application de l'irradiation après une seule séance, sauf pour l'épaule qui en demanda deux. J. Méneau.

Psoriasis.

Sur la morphologie et l'histologie du véritable psoriasis rupioïde (Ueber die Morphologie und Histologie der wahren Psoriasis rupioïdes, par K. Vignolo-Lutati. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 120, p. 253.

A propos d'un cas personnel recueilli sur un enfant de 6 ans, et accompagné d'un examen histologique soigné, V.-L. observe que l'on ne doit pas confondre le psoriasis rupioïde avec les psoriasis exsudatifs, à croûtes accumulées, d'aspect plus ou moins ostréacé. Le vrai psoriasis rupioïde est purement psoriasique, squameux, indemne d'infection secondaire; la disposition rupioïde s'explique par la disposition folliculaire de l'élément éruptif, les squames s'amoncelant dans l'axe du follicule et du poil. Ch. Audry.

Sur l'étiologie du psoriasis (Zur Aetiologie der Psoriasis), par Jaerisch. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 19, p. 962.

J. laisse de côté le côté de la théorie de Menzer qui ferait jouer un rôle aux bacilles tuberculeux dans la genèse du psoriasis; mais en ce qui touche la participation des staphylocoques, il prend le parti de Menzer contre Hübner, parce que dans un certain nombre de cas il a obtenu la guérison du psoriasis par la seule injection de vaccin staphylococcique. Ch. Audry.

Purpura.

Purpura récidivant orthostatique (Púrpura recidivante ortostática), par A. Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1915, p. 207.

Une femme de 40 ans syphilitique est atteinte de cinq poussées de purpura avec adénie des membres inférieurs dans l'espace de 60 à 70 jours, l'obligeant à garder le lit. Le traitement spécifique n'ayant pas donné de résultat, le chlorure de calcium amena la guérison. J. Méneau.

Purpura ecchymotique de localisation peu fréquente. Cas clinique (Púrpura equimótica de localizacion poco frecuente. Caso clinico), par A. Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1915, p. 187.

F , 26 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires. Il y a 4 mois, sans raison apparente, brusque apparition de taches ecchymotiques sur le front, la face, le cou, le thorax et les bras. En mars dernier, les hémorragies varient de couleur et de tons, comme des hémorragies intradermiques survenues à des dates rapprochées, mais distinctes; aucune n'est survenue

dans le tissu cellulaire. La forme est purement ecchymotique sans aucune pétéchie. On dirait que la malade a subi une série de traumatismes sur la face, le cou et la partie supérieure du corps. Les amygdales, volumineuses, sont rouge foncé, presque noires; les piliers et le voile sont normaux; ni douleur, ni adénopathie de voisinage. Quelques jours plus tard, petite poussée infradiaphragmatique : une lésion sur la jambe gauche et 4 sur l'abdomen et la région sacro-lombaire. L'analyse du sang confirme le diagnostic de purpura ecchymotique (maladie de Verlhoff) d'origine et de distribution nerveuse. A. discute et écarte les diagnostics d'érythème contusiforme et de dermite hystérique par simulation. J. MÉNEAU.

Pyodermite.

Pyodermite chronique végétante papillomateuse avec réaction épithéliale kystique cornée de Azua (Piodermitis crónica vegetante papilomatosa, con reacción epitelial quística córnea de Azúa), par LEDO. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1913, p. 111.

Maçon, 52 ans, sans antécédents morbides. Sur le dos de la main droite, plaque papillomateuse végétante, ulcérée en certains points, bords surélevés, aspect craténiforme et fond aussi papillomateux, saignottant ou laissant parfois écouler un exsudat purulent par de nombreux petits orifices. Guérison par les pansements humides au sublimé et les cautérisations ignées. L'examen histologique faisait d'abord croire à un épithéliome pavimenteux typique, mais le petit nombre de lobules épithéliaux unis par de longs pédicules étroits de cellules épithéliales, la forme rudimentaire des globes épidermiques sans éléidinisation, démontrent qu'il s'agissait d'un de ces pseudo-épithéliomes que Azúa a décrits et rangés parmi les lésions cutanées prolifératives du derme qui suscitent une réaction proliférative de l'épithélium. J. MÉNEAU.

Rayons X (Accidents causés par les).

Histoire d'une radiodermite chronique, par CH. DUBOIS. *Revue médicale de la Suisse romande,* 20 janvier 1914.

D. rapporte l'histoire à la fois triste et glorieuse de M. H. Simon, radiographe à l'hôpital cantonal de Genève. Sa main gauche fut atteinte de radiodermite, passant successivement par un stade eczématiforme, scléro-ulcéreux, et épithéliomateux. Il fallut successivement faire l'amputation d'un doigt, puis de la main entière. Après quatre opérations la généralisation se produisit. M. H. Simon est mort le 6 décembre 1913 ayant supporté en héros toutes ces souffrances physiques et morales. R. LUTEMBACHER.

Deux cas d'alopécie chez des enfants dus à des doses excessives de rayons X (Two cases of alopecia in children due to overdoses of X rays), par STOWERS. *Proceedings of the Royal Society of medicine. Dermatological Section,* avril 1915, p. 61.

Deux frères de 11 et 4 ans sont soumis aux rayons X pour une teigne tondante par un électricien non médecin Pastilles. Séances n'ayant pas excédé une heure. Dermatite consécutive. Depuis 5 mois que le traitement est terminé, il reste de considérables plaques de calvitie sur le cuir chevelu de chaque enfant. S. croit qu'elles ne disparaîtront pas. J. MÉNEAU.

Sclérodermie.

Cas de sclérodermie atrophique généralisée avec sclérodactylie (Case of generalized atrophic sclerodermia with sclerodactylia), par Parkes Weber. *Proceedings of the Royal Society of medicine. Dermatological Section,* avril 1915, p. 126.

Juive 44 ans. Sclérodermie atrophique typique de la face, du cou et des mains. Celles-ci, plus atteintes, montrent une sclérodactylie atrophique grave arrivée à une période avancée. Des traumatismes légers provoquent sur les jointures des doigts des ulcères douloureux, guérissant difficilement. Les pieds commencent à se prendre. Elle souffre aussi parfois de douleurs dans les membres, qui l'empêchent de dormir. On ne sent pas le battement des pédieuses; les pouls radiaux paraissent normaux. Une radiographie a montré des modifications atrophiques générales des os de la face et une atrophie considérable des os des doigts, surtout des phalanges terminales presque toutes raccourcies par la disparition de leurs extrémités. Réaction de Wassermann négative. La maladie au dire de la malade aurait commencé à 32 ans, après la naissance d'un enfant mort. Jamais de fausse couche. La sclérodactylie aurait été précédée d'œdème bleu. W. rapproche la sclérodactylie du pied du mal des tranchées des soldats de la guerre actuelle, malgré la différence des étiologies. J. Méneau.

Thérapeutique dermatologique.

L'autosérothérapie en dermatologie (The autoserum treatment in dermatology), par Gottheil et Satenstein. *Journal of the American medical Association,* 3 octobre 1914, p. 1190.

G. et S. ont pratiqué l'autosérothérapie avec beaucoup de succès dans douze cas de psoriasis, deux de radiodermite et des cas isolés de furonculose, d'acné, d'urticaire et de lichen plan. Ils préconisent la technique suivante : prélever 200 centimètres cubes de sang dans une veine, centrifuger, décanter et réinjecter le sérum dans une veine au plus tard une heure après le prélèvement du sang. Il n'existe aucune contre-indication à ces injections et elles ne provoquent aucune réaction générale. S. Fernet.

Sur l'emploi du mesothorium et du thorium X en dermatologie (Ueber die Verwendung von Mesothorium und von Thorium-X in der Dermatologie), par O. Nägeli et M. Jessner. *Therapeutische Monatshefte,* novembre 1913.

Après avoir indiqué les conditions techniques d'application, N. et J. font connaître que dans 71 cas de lupus les résultats obtenus ont été sensiblement comparables à ceux que fournissent les autres méthodes (photothérapie, rayons X, pommades). Le lupus érythémateux est très favorablement impressionné, sans qu'on puisse rien dire des résultats éloignés. Dans les angiomes ou tumeurs, le résultat a été variable, bien meilleurs dans les angiomes superficiels, peu satisfaisants dans les nævi pilaires et pigmentaires, très bons contre les épithéliums superficiels, contre le sycosis non parasitaire de la lèvre supérieure. Ch. Audry.

Les nouvelles acquisitions en Röntgenthérapie et leur utilité en dermatothérapie (Die neuen Fortschritte in der Röntgentherapie und

ihre Bedeutung für die Dermatologie), par F. Meyer. *Dermatologische Zeitschrift*, 1914, n° 3, p. 209.

Communication oratoire sur les moyens de mensuration, et en particulier sur l'utilisation des rayons X dans le traitement de l'hypertrichose en utilisant les recherches de Regaud et Nogier, et de Spider, sur le filtrage des rayons par l'aluminium. Ces auteurs ont montré que les rayons X ainsi filtrés avaient sur les bulbes pileux une action plus intense que sur l'épiderme même.

Il est probable que les rayons filtrés pourront rendre à l'avenir des services bien supérieurs à ceux qu'on pouvait attendre des anciennes méthodes. Ch. Audry.

L'emploi de l'acide borique dans les maladies de la peau (The employment of boric acid in diseases of the skin), par Douglass-W. Montgomery. *The Journal of the american medical Association*, 13 mars 1915, p. 883.

On n'emploie généralement l'acide borique en dermatologie qu'à titre d'adjuvant, aussi les traités de thérapeutique générale ou dermatologique ne lui accordent-ils pas l'importance qu'il mérite. Antiseptique doux, non irritant, il est indiqué dans les cas d'irritation de la peau, malgré son faible pouvoir antiseptique. L'eau pure en augmentant l'osmose de la couche papillaire de la peau peut avoir une action nocive dans les inflammations superficielles. En lui ajoutant de l'acide borique, on augmente sa tonicité et on empêche cette action nocive. La solution ainsi obtenue est surtout indiquée dans les inflammations catarrhales, quand la peau est privée de son revêtement corné épithélial et que la couche papillaire est mise à nu.

M. recommande les lotions boriquées chaudes dans le traitement de l'acné à 3 pour 100. Le malade fera même bien de tremper la figure dans la solution, au besoin réchauffée, pendant dix à quinze minutes. Dans les infections cutanées pyogéniques, il sert surtout à titre d'adjuvant. Des pansements humides avec une gaze trempée dans de l'eau chaude saturée à 4 pour 100 d'acide borique sont indiqués dans le traitement du furoncle. M. vante le cataplasme fait avec un mélange de poudre boriquée et de pâte d'amidon. Contre l'orgelet, M. prescrit les bains locaux deux fois par jour pendant une demi-heure avec une solution boriquée chaude suivis d'application d'une pommade d'oxyde rouge à 1 pour 100. Un pansement local avec la solution boriquée chaude, pendant 10 à 15 minutes, suivi d'application de pommade au calomel ou au xéroforme à 12 pour 100 débarrasse le patient de ces folliculites si désagréables de l'entrée du nez. Les cataplasmes boriqués ont fait leurs preuves dans le traitement préparatoire de l'impétigo, pour détergér les croûtes. On le fait suivre de l'application de pommade à l'oxyde de zinc et au précipité blanc. Dans les infections pyogéniques, une solution saturée d'acide borique dans l'alcool dilué donne les meilleurs résultats. Même traitement pour la perlèche. M. emploie aussi l'acide borique en solution saturée combiné à la liqueur d'acétate d'alumine (10 de l'un pour 1 de l'autre), au début du panaris, en bain local chaud. Enfin il vante l'usage de l'acide borique comme désodorisant, antiseptique et adjuvant dans le traitement parfois si délicat de l'ulcère de jambe. La pommade boriquée à 8 pour 100 fait bien dans les séborrhées. J. Méneau.

Le cyanure d'or et potassium en dermatologie (El cianuro de oro y potasio en dermatologia), par Covisa. *Actas dermo-sifiliográficas,* décembre 1913-janvier 1914, p. 57.

Pour C., le cyanure d'or et de potassium est un médicament précieux dans le traitement du lupus érythémateux; son action favorable dans de nombreux cas permet de le considérer comme un des meilleurs moyens que nous ayons pour traiter cette maladie. J. Méneau.

Traitement du psoriasis et de certains eczémas par les bains cadico-chrysophaniques (Tratamiento del psoriasis y de ciertos eczemas por los baños cádico-crisófànicos), par Nonell. *Actas dermo-sifiliográficas,* juin-juillet 1912, p. 325.

Application de la méthode de Balzer. Disparition rapide du prurit, quand il existe, desquamation rapide des plaques dès les premiers bains, diminution de la rougeur. Résultats variables dans le psoriasis, suivant le degré d'infiltration des éléments, mais excellents dans les eczémas suintants et séborrhéiques, les psoriasis avec eczématisations variées. N. est d'avis d'étendre l'emploi de ces bains aux dermatoses de type aigu, qui demandent une action sédative et desséchante. J. Méneau.

Les pâtes de Dohi et Joseph en dermatologie (Las pastas de Dohi y Joseph en dermatologia), par Sainz de Aja et Forns y Contera. *Actas dermosifiliográficas,* décembre 1914-janvier 1915, p. 65.

La pâte de Dohi a pour formule: goudron de houille provenant de la fabrication du gaz, préalablement lavé, soufre précipité et lavé, oxyde de zinc ââ 10 grammes. Résorbine 30 grammes. Mêlez pour faire une pâte fine et homogène. Dans les eczémas infectés, la guérison par cette pâte est extraordinairement rapide, si on a pris soin préalablement de les désinfecter par des fomentations bien faites. Dans les eczémas intertrigineux, elle diminue rapidement l'exsudation, l'état érosif, les crevasses du fond et la guérison est complète pour peu qu'on insiste. Dans les variétés séborrhéiques, la guérison est due à un action élective; c'est peut-être son indication principale, surtout dans la variété des plis. Dans les dermites eczémateuses de cause externe, elle guérit les poussées aussi bien que dans toute autre variété; elle ne prévient pas les récidives et chez les domestiques dont la dermite est due aux lavages, et en général dans les dermites professionnelles, elle n'empêche pas les récidives quand le malade reprend son travail, surtout trop prématurément. Dans les eczémas dus à une autointoxication d'origine intestinale ou rénale, où il faut avant tout un traitement causal interne, la pâte de Dohi guérit les lésions eczémateuses au fur et à mesure de leur production, mais elle ne guérit pas la maladie. Sur les surfaces eczémateuses traitées par la pâte, il reste d'ordinaire un état d'érethisme avec ardeur persistante qu'on combattra par des moyens indifférents (pâtes de zinc, de Lassar, glycérolé d'amidon, etc.). C'est une des associations médicamenteuses du plus grand et du plus sûr effet dans le traitement des eczémas et eczématisations. Travail basé sur 26 observations personnelles. J. Méneau.

Trichophytie.

Trichophytie de la plante des pieds (Trichophicia das plantas dos

pe s), par Rabello. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. Séance du 24 décembre 1913, p. 88.

H., 22 ans, présentant à la plante des pieds une dermatose récidivante, constituée par de petites pustules, tantôt isolées, tantôt disposées en arc. L'ensemencement sur le milieu d'épreuve de Sabouraud fut suivi de la formation de colonies d'un trichophyton. J. Méneau.

Sur la trichophytie lichénoïde (à petites papules, épineuse) (Ueber lichenoide (kleinpapulöse, spinulöse) Trichophyton), par A. Guth. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 118, p. 856.

En 1911, Jadassohn a indiqué l'existence d'une trichophytie lichénoïde.

G. revient sur cette question sous l'inspiration de Jadassohn ; il a réuni 15 cas. C'est un exanthème qui n'existe qu'en cas de trichophytie profonde et surtout chez les enfants, principalement les garçons, habituellement porteurs de kérion de Celse. Il n'existe pas de symptômes subjectifs. L'éruption évolue lentement ou rapidement. Elle occupe surtout le dos, puis les extrémités. Les efflorescences sont disséminées ou groupées, sous forme de petites papules, parfois d'aspect folliculaire, d'un rouge pâle, très superficielles, plus ou moins acuminées, parfois pustuleuses, parfois lamelleuses.

On peut en distinguer un type épineux, un type plus ou moins semblable aux séborrhées des psoriasiformes. Il faut savoir le distinguer du lichen scrofulosorum, de l'eczéma séborrhéique, voire même du pityriasis rosé, de la keratosis spinulosa.

Histologiquement, la lésion est développée autour d'un follicule.

C'est là une lésion hématogène probablement ; une seule fois, G. est parvenu à y découvrir un champignon.

Il est peu probable que les faits antérieurement décrits par Pellizzari soient exactement semblables, car celui-ci a cultivé sans difficulté du microsporon Audouini.

Avec des applications de pommade à la trichophytine, on peut obtenir des formations semblables. Peut-être s'agit-il d'accidents trahissant une hypersensibilité à la trichophytine, puisqu'il s'agit toujours de complications de kérion profond. Cette éruption doit bien être distinguée de la forme papuleuse de microsporie étudiée par Pellizzari à laquelle on a fait allusion. Ch. Audry.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES CHAMPIGNONS DES TEIGNES RENCONTRÉES A ALGER (1)

Par

J. Brault,
Professeur de clinique
dermatologique
à la Faculté d'Alger.

et

Viguier,
Préparateur.



A la clinique dermatologique de l'hôpital civil de Mustapha, le diagnostic des teignes est fait à l'aide de l'examen clinique et du contrôle microscopique.

D'habitude, faute de temps, nous n'avons recours aux cultures et aux inoculations, que dans les cas qui nous paraissent sortir de l'ordinaire et mériter une étude complète.

Toutefois, dernièrement, nous nous sommes astreints à soumettre méthodiquement au contrôle des cultures, des inoculations et des rétrocultures, un certain nombre de teignes qui se présentaient à nous.

De cette façon nous avons pu recueillir quelques faits intéressants que nous résumons dans cette publication. Nous allons successivement passer en revue les trichophyties, l'épidermophytie, les microspories et les favus (2).

(1) Deux thèses ont été faites sur les teignes à Alger: 1° *Thèse de Gallais.* (Montpellier, 1907).

L'auteur ne s'est livré à aucune recherche sur les champignons des teignes à l'aide de cultures ou d'inoculations, il s'est assez longuement occupé de l'historique de la question des teignes à Alger.

2° *Thèse de Kopp* (Montpellier, 1907).

Dans sa thèse, Kopp considère quatre types :

Type n° 1. — Trichophyton violaceum, 6 observations ;

Type n° 2. — Trichophyton à mycélium résistant cratériforme ou cérébriforme, 3 observations ; — 2 inoculations au cobaye : 1 positive, 1 négative.

Type n° 3. — Parasite ectothrix se rapprochant du trichophyton mégalospore d'origine animale, 1 observation ; — inoculations positives : 2 cobayes, 2 souris grises.

Type n° 4. — Trichophyton verrucosum (Bodin). 1 cas, animal (chien) inoculation dont le résultat n'est pas donné ; — 1 cas, homme.

Soit = 12 cas, dont 1 d'origine animale.

(2) Comme notre titre l'indique nous laisserons de côté tous les autres dermatophytes, en dehors des champignons des teignes.

Trichophyties.

Depuis le mois de novembre 1912, jusqu'au mois de juin 1914, nous avons fait l'étude complète d'un certain nombre de cas de trichophyties qui se sont présentés soit à notre consultation gratuite (1), soit à la clinique et voici les espèces que nous avons pu isoler.

Cuir chevelu.

Trichophyton endothrix a mycélium fragile.

T. acuminatum. — Nous avons pu isoler le champignon dans 8 cas, nous ne voulons pas insister sur la description clinique de ces cas tout à fait classiques ; les enfants atteints présentaient les plaques multiples caractéristiques avec les cheveux contournés, cassés au ras de la peau et comparables à des grains de poudre.

Ces cheveux examinés nous ont montré le mycélium fragile avec sa fausse sporulation arrondie.

Sur gélose maltosée, la culture ressemble tout d'abord à un petit oursin avec ses piquants. Plus tard, elle forme un cône un peu aplati rayé de cannelures plus ou moins marquées. Au centre du cône on voyait toujours quelques piquants, les mêmes qui nous ont fait comparer la culture naissante à un petit oursin.

En goutte pendante, on voit autour d'un centre opaque des rameaux radiés portant des spores piriformes irrégulièrement disposées et munies ou non de stérigmates.

Nous avons très facilement réussi l'inoculation sur le cobaye, les poils et les squames contenaient le parasite et nous avons obtenu des rétrocultures typiques.

T. violaceum. — Nous comptons 4 cas. Ici lésions cliniques très semblables à celles des cas précédents. Parfois, les plaques d'essaimement ont été plus nombreuses ; même aspect des plaques ponctuées, avec cheveux cassés donnant un peu l'illusion de comédons très serrés. Même mycélium fragile, exclusivement pilaire.

En goutte pendante, nous avons obtenu des filaments cloisonnés à de longs intervalles. Sur certains filaments on observait des chlamydospores intercalaires. Sur les hyphes, on voit des filaments jeunes se branchant sur ces dernières ; à leur début ils simulent des conidies,

(1) Nous en voyons bien entendu aussi de temps à autre en clientèle.

mais nous n'avons jamais pu observer de ces dernières dans nos cultures.

Nous avons ensemencé de la gélose maltosée et glucosée et sur les deux milieux nous avons obtenu des cultures caractéristiques, arrondies, bombées avec un bouton central et très régulièrement gaufrées, les cultures présentaient une belle teinte violette sur les deux milieux.

Nos inoculations aux animaux jusqu'ici sont toujours restées négatives.

Trichophytons endothrix, a mycélium résistant.

T. cratériforme. — Au cours de la période indiquée, nous n'avons trouvé le T. cratériforme que deux fois.

Voici l'observation résumée de notre première jeune malade atteinte par cette espèce :

E... Eva, âgée de 11 ans, habitant Boufarick, n'a jamais quitté l'Algérie; elle entre salle Leloir le 13 février 1914 pour lésions du cuir chevelu.

Il y a 5 mois, les parents auraient constaté de nombreuses petites plaques grises, disséminées sur la surface du cuir chevelu. Ces plaques finirent par confluer et par se réunir entraînant une large plaque d'alopécie. A son entrée à l'hôpital la petite malade présente une zone d'alopécie étendue grise, squameuse. Les cheveux sont pour la plupart enfouis dans des squames, ce qui rend la dissociation assez difficile. Les cheveux traités par la potasse à 40 pour 100 montrent le plus souvent dans toute leur longueur des spores tassées; certains cheveux toutefois sont envahis à leur partie inférieure par des filaments formés d'éléments quadrangulaires, assez gros; le mycélium est résistant et ne se laisse pas dissocier par la pression de la lamelle.

Nous avons fait des cultures sur milieux de Sabouraud; sur gélose mal-



Fig. 1. — Rétroculture de T. crateriforme.

tosée nous avons eu tout d'abord une saillie blanche ressemblant à une houppe à poudre de riz, plus tard le gateau blanc velouté a jauni, les bords se sont élevés, le centre s'est creusé gardant au milieu un bouton saillant.

En goutte pendante nous avons observé des agglomérats de spores tassées et des grappes sporifères portant des conidies de volume variable.

L'inoculation au cobaye a été positive ;

Le parasite a été retrouvé dans les poils et les squames, l'animal a guéri assez rapidement. — Nous avons de belles rétro-cultures sur matras, voir la figure ci-dessus (fig. 1).

A côté de ce premier cas, nous avons observé un autre cas de tondante due au T. cratériforme, chez une autre fillette de 8 ans d'origine espagnole, mais ayant toujours séjourné ici ; nous ne relaterons pas cette observation par le menu.

Trichophyton néo-endothrix. — Enfin toujours dans les mêmes tondantes à mycélium résistant nous avons rencontré un trichophyton sur le compte duquel nous avons quelques hésitations ; l'observation montrera par quelles tergiversations nous sommes passés.

Observation résumée. — Enfant de 11 ans, d'origine espagnole, mais né en Algérie et y ayant toujours séjourné : placards érythémato-squameux et un peu impétigineux (1) sur le sommet de la tête et sur la région temporale gauche, cheveux agglutinés dans des croûtes jaunâtres.

Cultures. – Blanches, rondes et cratériformes au début, nos cultures n'ont pas tardé à devenir ou quadrangulaires ou polygonales, chiffonnement à gros bourrelets mousses et épais, surface plutôt poudreuse. Un peu plus tard, le blanc des cultures s'est un peu terni ; les repiquages n'ont pas donné non plus des types aussi caractéristiques que les cultures primordiales.

Goutte pendante. — Filaments déliés, présentant des chlamydospores intercalaires et portant des conidies.

Examen microscopique du cheveu. — Filaments mycéliens à l'intérieur des cheveux avec fausse sporulation quadrangulaire, ressemblant à ce que l'on voit dans le cratériforme ; mais quand on examine un certain nombre de cheveux, on voit aussi des filaments mycéliens extérieurs, ce qui montre qu'il s'agit d'un néo endothrix.

Inoculation. — Inoculation positive au cobaye, nous avons retrouvé dans les poils le mycélium à type résistant, irrégulièrement septé, ce mycélium mesurait 2 μ, 4.

Rétroculture positive.

En somme, au début les cultures ont pu nous faire croire que nous nous trouvions en face d'un T. polygonum, mais ensuite l'examen plus approfondi des cheveux nous a montré que nous étions devant un néo-endothrix ; puis certaines particularités de l'observation, l'aspect un peu impétiginïde des placards et enfin certains caractères des repiquages plus crème, plus circonvolvés, finement craquelés à leur surface, nous font plutôt pencher vers le T. cerebriforme qui se serait présenté d'une façon tout à fait anormale dans nos culture primordiales (2).

(1) Comme dans les trichophyties à T. cerebriforme.
(2) La présence du T. polygonum en Algérie reste donc à démontrer.

Trichophytons endo-ectothrix. — Kérions.

A côté des tondantes précédemment décrites, nous avons eu aussi 3 cas de kérion.

Observation I. — M... Marie vient à la consultation gratuite de la clinique dermatologique de l'hôpital civil de Mustapha, le 13 février 1914; elle se présente pour lésions du cuir chevelu.

Examen clinique. — Cette enfant est âgée de 11 ans, ses parents sont Italiens, mais elle est née à Alger et y a toujours séjourné, elle présente à la région pariéto-occipitale gauche une lésion ayant la forme et le relief d'un macaron, il s'agit d'un kérion typique. Lésion unique, rouge clair, orbiculaire, de 4 à 5 centimètres de haut, la largeur est un peu moindre. La surface du macaron est criblée de pertuis; à la moindre pression, on en fait sourdre une assez grande quantité de pus blanc. La lésion est indolore spontanément, la pression seule est douloureuse. Sur le pourtour du kérion, on voit de nombreuses croûtes sèches enserrant les cheveux agglutinés entre eux.

Au centre du placard saillant, il existe encore quelques cheveux, ceux-ci sont prélevés facilement, sans aucune douleur.

L'infection est d'origine indéterminée et remonterait à une quinzaine de jours au dire de la mère.

L'enfant a été traitée à la consultation et guérie par des pansements humides et de la teinture d'iode au vingtième.

Examen microscopique. — Les cheveux prélevés ont été traités par la potasse à 40 pour 100 et au chlorolactophénol, à chaud, pendant quelques minutes. Après éclaircissement, on aperçoit autour des cheveux de fines spores et dans leur intérieur des filaments irrégulièrement septés. Les cheveux, dans notre cas, étaient criblés de bulles disséminées, analogues à celles que l'on rencontre dans le cheveu favique. Il s'agit nettement d'un trichophyton endo-ectothrix.

L'examen des croûtes est négatif.

Dans le pus on trouve quelques rares filaments mycéliens dissociés.

Cultures. — Ensemencement en stries sur gélose glucosée de Sabouraud. Des tubes sont laissés à la température du laboratoire (15 à 20°). D'autres sont portés à l'étuve à 28°, à cette température développement assez rapide des cultures, trois jours après l'ensemencement, apparition de points blanchâtres sur toute la surface de la gélose. Au sixième jour, sur toute la surface d'ensemencement, vaste traînée d'un blanc pur, d'aspect un peu plâtreux.

Des parcelles de cette traînée ont été prélevées et ensemencées sur des matras d'Erlenmeyer.

Les cultures ainsi obtenues sur gélose glucosée de Sabouraud se présentent sous la forme d'un disque blanc jaunâtre, légèrement granuleux; au centre de ce dernier, on voit s'élever un ombilic saillant et radié; le pourtour de la culture est très légèrement frangé.

Cultures en goutte pendante. — Hyphes fertiles tantôt graciles, tantôt plus

trapues, couvertes de grappes de spores. Il n'y a ni vrilles, ni fuseaux, mais il existe des chlamydospores intercalaires.

Inoculations (1). — Le 25 février 1914, un cobaye est rasé sur le dos, entre les deux épaules; à l'aide d'une aiguille lancéolée, nous insérons dans la peau des fragments de culture sur gélose glucosée de Sabouraud; en outre, nous scarifions certains autres points de l'aire rasée et nous frottons avec le même produit.

Au dixième jour après l'inoculation, léger érythème et induration manifeste de la région inoculée. Entre les poils, squames blanchâtres et plâtreuses.

Des poils sont prélevés, traités par la potasse à 40 pour 100 et au chlorolactophénol, ils montrent un commencement d'infection, présence de filaments mycéliens dans la partie bulbaire du poil.

Au treizième jour de l'inoculation, la surface inoculée présente une croûte jaune sale englobant les poils agglutinés entre eux.

Des poils du cobaye examinés montrent de nombreux filaments mycéliens et un manchon de spores à leur partie bulbaire. Peu à peu les poils agglutinés entre eux s'éliminent. A la périphérie de la zone inoculée de petites exulcérations s'observent à ce moment; elles sont dues probablement au grattage. Ces petites plaies, en se cicatrisant, laissent à leur place des traces érythémato-squameuses.

Le 3 avril 1914, l'infection n'est pas encore terminée. Sur la surface inoculée on voit une zone dépourvue de poils et légèrement érythémato-squameuse.

Rétroculture. — Des fragments de poils du cobaye ainsi que des squames



Fig. 2. — Rétroculture de T. granulosum sur gélose maltosée.

sont ensemencés sur gélose maltosée de Sabouraud. Les rétrocultures sont positives.

On ensemence sur matras d'Erlenmeyer pour permettre aux cultures un complet développement. La rétroculture sur gélose maltosée de Sabouraud

(1) Dans un but thérapeutique, nous avons inoculé le T. granulosum sur les poignets de deux indigènes adultes porteurs de favus très anciens du cuir chevelu, nos inoculations ont produit des papules aux points inoculés, il n'y pas eu de kérions, l'effet thérapeutique a été nul sur les favus. — 2° Un cobaye inoculé une première fois avec le T. granulosum le 25 février 1914 et guéri le 15 avril (repousse complète) a été inoculé le 22 mai avec le T. crateriforme; l'inoculation a été parfaitement positive, les poils contenaient en effet un trichophyton du type du crateriforme; toutefois, comme rétroculture, nous n'avons pu obtenir qu'un duvet pléomorphique.

est un disque de poudre d'un blanc jaunâtre semé de petites granulations. A son centre on voit une cupule radiée occupant une assez grande superficie. — A son pourtour le disque est très légèrement denticulé. A la surface on remarque de légères gouttes d'eau de condensation (voir la figure 2).

L'aspect très caractéristique de ces cultures nous a fait porter le diagnostic de *trichophyton granulosum*, l'un des six trichophytons microides.

Pour plus de certitude un tube de cultures a été soumis à la haute compétence de M. Sabouraud qui a pleinement confirmé cette identification.

Les 2 autres observations concernent deux frères qui ont présenté une tout autre infestation.

Observation II. — F... Gabriel, âgé de 11 ans, entre salle Leloir, le 21 avril 1914, pour lésions du cuir chevelu; il habite l'Algérie depuis sa naissance.

Le malade se présente à nous avec de multiples kérions du cuir chevelu, siégeant sur la région occipitale, et la région pariétale à droite. — Le macaron de la région occipitale a été peu volumineux et s'est guéri assez vite.

Dans la région temporo-pariétale, il n'en a pas été de même, le processus a été beaucoup plus violent. Là nous signalerons tout d'abord un kérion inférieur plus volumineux que tous les autres, très saillant sur le cuir chevelu, de forme orbiculaire. La surface de ce macaron est irrégulière, présentant des creux et des surélévations. Un bourrelet le délimite à la périphérie. La couleur est d'un rose clair, quelques squames grises et graisseuses recouvrent le kérion. Sur l'ensemble, on voit quelques cheveux clairsemés, çà et là de nombreux pertuis laissent sourdre du pus jaunâtre.

Vers le sommet de la tête, au-dessus de ce premier macaron s'étagent deux lignes de kérions d'inégales dimensions.

La suppuration a été très abondante pendant plusieurs semaines, le pus contenait de nombreux staphylocoques, ces derniers nous ont empêché d'avoir des cultures pures, en partant du pus.

Examen microscopique. — Nous avons traité par la potasse à 40 pour 100 un certain nombre de cheveux cassés, longs de 7 à 8 millimètres.

Dans la portion la plus distale, il n'y a rien, vers la partie moyenne on commence à voir quelques filaments septés; enfin dans la partie proximale, dans un premier étage supérieur on rencontre dans l'intérieur du poil des filaments mycéliens irrégulièrement septés tantôt assez rectilignes et tantôt flexueux. Au-dessous dans un étage inférieur, le cheveu apparait engainé dans un fourreau de spores volumineuses dissociées en mosaïque, tassées, un peu variables comme grosseur et comme forme.

En dehors de ce fourreau de spores on observe en outre des filaments en général peu septés qui rampent au milieu de débris de squames épidermiques; cette disposition se distingue avec une grande netteté sur les côtés de la préparation. Certains cheveux sont envahis par des bulles d'air, comme les cheveux faviques. Le mycélium mesure 2μ,4 en moyenne et les spores de 5 à 7 μ (1).

(1) A l'examen clinique les cheveux en question étaient gris, ternes; leur épilation était assez douloureuse.

Inoculation. — Pour obtenir des cultures pures, nous avons dû implanter des cheveux malades dans la peau du cobaye. De cette façon nous avons eu des inoculations positives(1); poils (2) et squames étaient envahis par le parasite. Ces éléments ensemencés nous ont donné les cultures que nous allons maintenant décrire (3).

Cultures. — La culture en tube, sur gélose maltosée, surtout faviforme au début, est cireuse, à ce moment, elle présente une teinte plutôt jaunâtre, elle est vermicellée et montre par places, de petites cupules parfois trouées.

Plus tard, elle se dessèche et devient gris jaunâtre et comme un peu poudreuse à sa surface. Le centre est montueux et très saillant, l'auréole au pourtour comporte un court duvet, elle est plissée et découpée en secteurs un peu inégaux par de nombreuses cannelures radiées.

Culture en goutte pendante. — En goutte pendante, nous n'avons obtenu que des formes de souffrance, sans organes de fructification, on voit simplement des renflements le long des filaments mycéliens et à leurs extrémités, mais nulle part on n'observe de conidies ou de fuseaux; en certains points on voit de véritables chainettes d'éléments ovoïdes.

Rétro-inoculation. — Nous sommes repartis des cultures et nous avons inoculé des cobayes neufs; ici la réaction a été moins vive qu'avec l'inoculation du cheveu, nous n'avons obtenu que des placards squameux agglutinant les poils; en examinant ces derniers, nous avons retrouvé le mycélium à l'intérieur et des spores autour, à leur base.

Observation III (très résumée). — F... R., frère du précédent, âgé de 5 ans, nous est présenté à son tour; il est porteur dans la région occipitale d'un macaron typique, il ne possède que cet unique kérion qui présente les mêmes caractères et la même évolution que ceux de son aîné.

Le même parasite est retrouvé dans les cheveux.

Le pus contient aussi beaucoup de staphylocoques et nous sommes obligés de recourir au même stratagème pour obtenir des cultures pures en partant de ce cas.

Les cultures ont été absolument semblables à celles du précédent, nous n'y reviendrons pas.

Nous rangeons le trichophyton trouvé dans ces deux cas, dans le groupe des faviformes, en raison de ce que nous avons dit de ses cultures, surtout au début, en raison de sa disposition dans le cheveu qui montre qu'il s'agit d'un mégaspore ectothrix et enfin en raison même des caractères frustes que nous montre son étude mycologique.

Mais nous n'avons pu rapporter le champignon trouvé à aucune des espèces faviformes connues. Nos cultures ont été soumises à M. Sabou-

(1) Ces premières inoculations avec le cheveu même ont donné une forte réaction au cobaye: squames engainant les poils, lésions érythémato-squameuses, infiltration cutanée, croûtelles sanguines.

(2) Ceux-ci ont donné des cultures positives le 8e jour après l'inoculation.

(3) Pour le détail voir J. Brault, Note sur le trichophyton luxurians, nouvelle espèce, à culture faviforme, produisant des kérions. *Annales de Dermatologie*, mars 1916, p. 91.

raud; ce dernier nous a déclaré que nous nous trouvions en face d'une nouvelle espèce et nous a engagé à l'étudier et à la dénommer.

On vient de voir le résumé succinct des études que nous avons pu faire à propos de ce champignon.

Quant au nom à lui donner, en raison de son développement très actif en comparaison de celui de ses congénères connus, nous proposons de l'appeler : *Trichophyton luxurians*.

Trichophyties de la peau.

En dehors de ces trichophyties du cuir chevelu durant le même laps de temps (1), plusieurs cas de trichophyties de la peau se sont présentés, notamment une trichophytie de la paume de la main et une trichophytie de l'aisselle. Cette dernière seule a pu être l'objet d'une étude complète; elle était due à une localisation curieuse du *trichophyton acuminatum*.

Voici l'observation résumée.

M... P., âgée de 17 ans, née à Alger et y ayant toujours séjourné, vient à la consultation de la clinique dermatologique le 2 mars 1914.

Elle est porteur de cercles érythémato-squameux siégeant aux aisselles. L'examen microscopique et les cultures faites, démontrent l'existence d'une trichophytie.

Les régions axillaires sont inégalement atteintes. A droite, en dehors de l'aisselle, les lésions s'étendent un peu sur la racine interne du bras et sur la région du thorax avoisinante, ces lésions affectent la forme de cercles plus ou moins réguliers à contours géographiques. Le centre de ces lésions est de couleur normale, la marge liminaire est rouge.

A gauche, l'affection a une topographie beaucoup plus régulière que du côté droit et rappelle un peu les caractères d'un placard d'eczéma marginatum de Hebra. Les lésions s'étendent sur la face interne du bras, le creux axillaire, et un peu sur le thorax. La bordure rouge est légèrement festonnée, montre quelques petites vésicules et une desquamation marquée. Le centre de la lésion est de couleur normale. L'affection remonte à une quinzaine de jours environ.

La malade ne présente aucune affection parasitaire similaire en aucune autre région du corps, ni au pli de l'aine, ni à la plante des pieds.

Examen microscopique — Dans les squames, on note des filaments très longs légèrement flexueux, de 2μ,5 en moyenne. Ces filaments sont plus ou moins régulièrement septés, les intervalles peuvent varier entre 2μ,5 et 10 μ.

Cultures. — Ici, les cultures ont présenté des bizarreries et nous ont donné des hésitations ; c'est pourquoi nous les avons soumises au contrôle de M. Sabouraud qui après réensemencement a posé le diagnostic de *trichophyton acuminatum*.

(1) Un peu avant cette époque, l'un de nous a publié une observation de trichophytie du gland. J. Brault. *Dermatologische Wochenschrift*, 1912, n° 21.

Goutte pendante. — En goutte pendante on n'observe que des hyphes sporifères avec conidies latérales et terminales (voir figure 3).

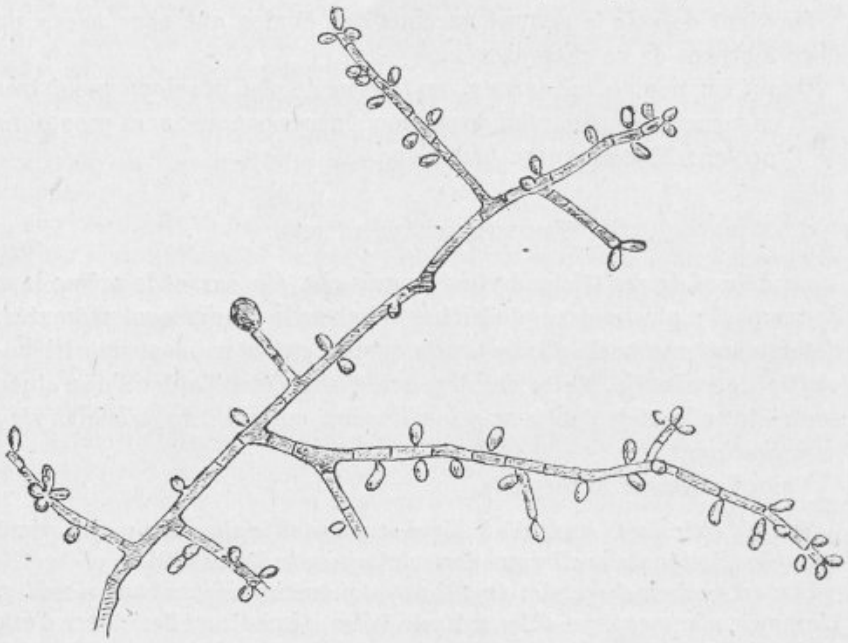


Fig. 3. — Culture en goutte pendante de Trichophyton acuminatum.

Inoculation. — L'inoculation au cobaye a été nettement positive : placards érythémateux, squames jaune sale, poils agglutinés, le parasite est retrouvé dans ces derniers, huit jours après l'inoculation.

Rétrocultures positives.

Récapitulation.

Trichophyties.

1912, novembre. — 2 cas (enfants espagnols) cuir chevelu. — *T. violaceum.*

Décembre. — 1 cas (enfant espagnol) cuir chevelu. — *T. violaceum.*

1913, janvier. — 1 cas (enfant indigène) cuir chevelu. — *T. acuminatum.*

Novembre. — 1 cas (fillette française) cuir chevelu. — *T. violaceum.*

1914, janvier. — 2 cas : 1 cas (français) cuir chevelu. — *T. acuminatum* ; 1 cas (enfant espagnol) (1) cuir chevelu. — *T. acuminatum.*

Février. — 2 cas : 1 cas (fillette italienne) kérion cuir chevelu. — *T. granulosum* ; 1 cas (fillette espagnole) cuir chevelu. — *T. crateriforme.*

Mars. — 3 cas : 1 cas (fillette espagnole) cuir chevelu. — *T. acuminatum* ; 1 cas (garçon français) cuir chevelu. — *T. acuminatum* ; 1 cas (fille française, 16 ans) aisselle. — *T. acuminatum*.

Avril. — 1 cas (garçon français) kérion cuir chevelu. — *T. luxurians*.

Mai. — 2 cas : 1 cas (garçon français) kérion cuir chevelu. — *T. luxurians* ; 1 cas (garçon français) cuir chevelu. — *T. acuminatum*.

Juin. — 4 cas : 1 cas (fillette française) cuir chevelu. — *T. acuminatum* ; 1 cas (garçon espagnol) cuir chevelu. — *T. acuminatum* ; 1 cas (garçon espagnol) cuir chevelu. — *T. cerebriforme* ; 1 cas (fillette espagnole) cuir chevelu. — *T. crateriforme*.

Résumé.

Trichophytie de la peau.

Trichophyton acuminatum, 1 cas (aisselle).

Trichophyties du cuir chevelu. — Tondantes.

Trichophytons endothrix. — Mycélium fragile : T. acuminatum, 8 cas ; *T. violaceum*, 4 cas. — *Mycélium résistant : T. cratériforme*, 2 cas, *endothrix* ; *T. cérébriforme*, 1 cas, *néo-endothrix*.

Trichophytons ectothrix. — Microïdes : T. granulosum, 1 cas. — *Mégaspores à culture favaiforme : luxurians*, 2 cas (1).

Épidermophytie.

Si nous partons toujours de la même époque, novembre 1912 : Nous trouvons en décembre 1912 un cas d'eczéma marginatum chez un homme, la maladie débuta par les aisselles puis s'étendit aux aines. En 1913, au début de l'année, nous notons un cas chez un homme en janvier et un cas chez une femme en février.

Jusqu'en décembre nous n'en voyons plus, mais à partir de là il semble bien qu'il existe une sorte d'épidémie, car successivement nous enregistrons 3 cas en décembre 1913, 2 cas en janvier, 2 cas en février, 3 cas en mars, 1 cas en avril et 1 cas en mai 1914 (2).

En somme sur les 15 cas vus depuis décembre 1912, onze appartiennent à la période écoulée entre décembre 1913 et avril 1914.

(1) Depuis l'envoi de ce mémoire (juillet 1914), les trichophyties passées par le service ont continué à être cultivées par les soins du chef de clinique, le Dr Montpellier. Voici les résultats : 24 acuminatum, 10 violaceum, 2 crateriforme (dont 1 avec kérion), 1 plicatile. En somme, cela nous donne comme total : 56 trichophyties, représentées par : T. acuminatum 33 cas, violaceum 14 cas, crateriforme 4 cas, plicatile 1 cas, cerebriforme 1 cas, granulosum 1 cas, luxurians 2 cas.

(2) Au cours de cette petite épidémie nous avons été à même d'observer une fois la contamination par les rapports sexuels entre amant et maîtresse.

Dans la plupart de ces cas, on s'est borné à faire le diagnostic clinique et microscopique.

Dans tous les cas d'ailleurs, les lésions étaient des plus typiques comme topographie (1) et comme morphologie : placards bistres à peine squameux au centre, présentant une bordure rouge squameuse, polycyclique et serpigineuse.

Dans les squames de la bordure les longs rubans mycéliens de l'épidermophyton étaient des plus nets.

Nous avons toutefois pratiqué des cultures dans 4 de ces cas et nous avons obtenu sur milieux de Sabouraud des cultures caractéristiques :

A croissance lente, radiées, à surface un peu poudreuse, jaune verdâtre au début, elles sont devenues d'un gris neutre par la suite. Sur certaines cultures, arrêtées un peu tardivement, quelques petites prétubérances blanchâtres se sont élevées tranchant sur la teinte grise du reste de la culture.

En goutte pendante, on observe un feutrage mycélien présentant des fuseaux allongés latéraux ou terminaux (Voir la *figure 4*, ci-jointe).

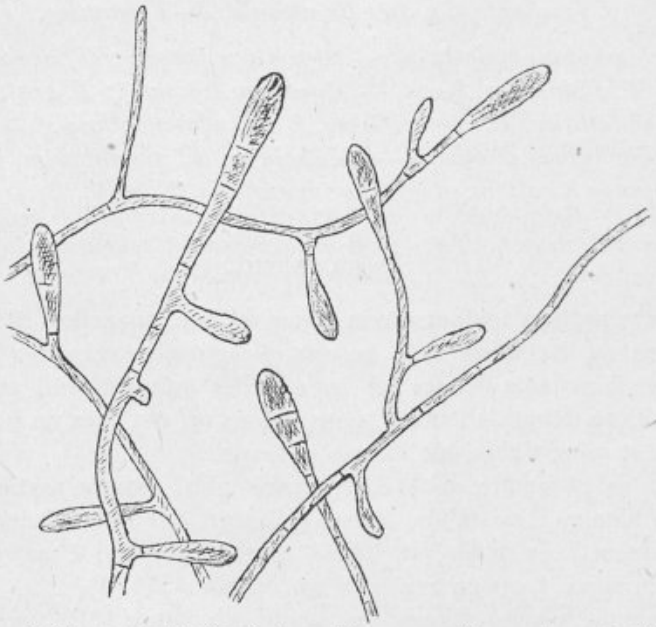


Fig. 4 — Epidermophyton inguinale, culture en goutte pendante de 25 jours.

TABLEAU DES CAS D'ÉPIDERMOPHYTIE.

1912, décembre. — 1 cas (homme), observation publiée; début par l'aisselle (aisselle, aine).

(1) A la cuisse les placards s'ils gagnent le pli interfessier ne dépassent pas le pli de l'aine.

1913, janvier. — 1 cas (homme), cuisses, aine.

Février. — 1 cas (femme), aine, cuisse.

Décembre. — 3 cas (hommes) : 1er aine, cuisse, aisselle ; 2e aine, cuisse ; 3e aine.

1914, janvier. — 1 cas (femme), aine, aisselle, rainure interfessière ; 1 cas (homme), aine, cuisses.

Février. — 1 cas (homme), aine, cuisses. Rainure interfessière ; 1 cas (adolescent), aine.

Mars. — 1 cas (femme), aisselle ; 1 cas (homme), aine, cuisse, rainure interfessière ; 1 cas (homme), cuisses.

Avril. — 1 cas (homme), aine, rainure interfessière.

Mai. — 1 cas (homme), aine.

Total : 15 cas.

Microsporie.

Nous ne parlerons que tout à fait en passant de la teigne microsporique.

En effet, depuis plus de douze ans que l'un de nous est à la tête de la clinique dermatologique, il n'a vu qu'un seul cas pouvant se rapporter à ce genre de teigne. Ce cas ne fait pas partie de la période envisagée ici, et remonte au mois de janvier 1906.

Il s'agissait d'un enfant de 8 ans et demi, Par... Auguste, né à Alger et y ayant séjourné depuis sa naissance. Avant de venir à la clinique dermatologique, il avait été soigné, sans succès, dans un dispensaire où la maladie avait même été considérée comme non contagieuse.

Pas de nombreux placards disséminés comme dans les trichophyties, mais une grande plaque unique d'environ 5 centimètres de diamètre et siégeant dans la région syncipitale. Lésions très caractéristiques. Plaque couverte de squames gris blanchâtre ; sur la plaque cheveux cassés courts, décolorés, couchés et nettement engainés.

Traités par la potasse à 40 pour 100 ils se montrent entourés d'une gaine de petites spores de 2 à 3 μ de diamètre, en faisant varier le point, on voit très nettement que les spores disposées en mosaïque et non en chaînettes sont extérieures au poil. Il n'a pas été fait de cultures et d'inoculations.

Achorions.

Ici la teigne faveuse qui se voit à tous les âges, surtout chez les indigènes et parfois aussi chez les israëlites et les immigrés, se retrouve sous toutes ses formes, sous tous ses aspects. L'un de nous, depuis plus de 12 ans qu'il est à la tête de la clinique, a pu observer le favus localisé, le favus généralisé avec ses variétés à godets et trichophytoide, et aussi des godets solitaires, sur le scrotum en particulier (1).

(1) Voir J. Brault in *Thèse* de Masselot, Alger, 1912, page 26.

Sur le cuir chevelu, en dehors de la forme typique à godets, ou à croûtes squarreuses, nous sommes de temps en temps aux prises avec les formes pityroïde et impétigineuse.

De décembre 1912 à mai 1914, nous comptons 22 favus dans le service. A plusieurs reprises des tentatives de cultures ont été faites avec nos favus du cuir chevelu, deux fois seulement nous sommes parvenus à en obtenir de pures. Dans ces deux cas, il s'agissait de cultures d'achorion Schonleinii.

Peu de temps avant la période que nous envisageons ici, l'un de nous a donné la première observation d'achorion quinckeanum en Algérie (1).

Observation de J. Brault. — G... A..., italienne, 44 ans, domiciliée depuis longtemps à Alger où elle habite le quartier de la marine, se présente à ma polyclinique le 17 janvier 1912.

Elle offre une lésion typique, cette lésion ne comporte aucun diagnostic différentiel, nous reconnaissons au premier coup d'œil qu'il s'agit d'un godet favique d'assez grandes dimensions. Rien n'y manque, ni la couleur jaune soufre, ni la disposition de la cupule avec sa forte dépression, ni la sécheresse spéciale, ni même l'odeur.

Ce godet un peu ovalaire s'étend surtout dans le sens transversal où il mesure près d'un centimètre, son diamètre vertical est approximativement de un demi-centimètre. Les rebords de la dépression en forme d'ourlet circonscrivent un fond assez déprimé et comme fendillé par places.

A part ce godet absolument unique, la femme en question ne présente aucune manifestation favique, elle n'a pas le moindre cercle trichophytoïde.

Dans son entourage, elle a une fille qui a une affection du cuir chevelus mais il s'agit comme j'ai pu le constater de phtiriase et d'impétigo.

Je fais tomber le godet à l'aide de cataplasmes de fécule et on badigeonne à la teinture d'iode ; la guérison a été rapide ; au bout de quelques jours, tout était terminé.

Etude expérimentale. — Dissociées dans la potasse des parcelles du godet nous ont montré un feutrage d'achorion, le diamètre du champignon dans de semblables préparations est de 2 μ à 2μ,5.

Cultures. — Des parcelles du godet finement dissociées ont été ensemencées sur divers milieux ; notamment sur gélose ainsi composée : eau 1 000, gélose 20, chlorure de sodium 5, peptone 10.

Nous avons obtenu des colonies blanches, un peu duveteuses, formant un plateau arrondi parfois tout à fait discoïde ; quand les cultures vieillissent, on rencontre au pourtour une aréole duveteuse assez courte. Au centre du plateau formé par la culture se trouve un bouton central surélevé ; parfois ce bouton se relie à la périphérie du disque, par une ou deux plicatures radiées.

Cultures en goutte pendante. — Nous avons fait également des cultures

(1) J. Brault, Nouveau cas d'achorion quinckeanum dans l'espèce humaine. *Bulletin de la Société française de Dermatologie,* 7 mars 1912, page 133 et in *Thèse* Masselot, Alger, avril 1912.

en goutte pendante (culture en bouillon), le mycélium segmenté a un diamètre de 4 μ en moyenne ; au bout de quelques jours, on voit survenir sur les filaments mycéliens des fuseaux piriformes pluriseptés, présentant trois, quatre, cinq, six cloisons ; au bout de six à sept jours, ces fuseaux mesurent 9 à 12 μ de large et 40 μ de longueur. Le long des filaments on observe également des chlamydospores (voir figure 5).



Fig. 5. — Dessin d'une de nos cultures d'achorion Quinckeanum en goutte pendante.

Inoculations. — Trois cobayes ont été inoculés sur le dos les 12, 13 et 14 février, avec les cultures primaires obtenues en partant des godets faviques humains. Sur les aires rasées, des scarifications très légères ont été faites et ont été frottées avec les cultures ; en quelques points aussi, à l'aide d'une lancette j'ai inséré dans la peau des parcelles de culture.

Au sixième jour environ, on commence à remarquer par places des croûtes séro-sanguines agglutinant les poils ; à partir du septième jour, on observe des croûtes faviques épaisses, plâtreuses, la peau est infiltrée ; en deux ou trois points, on repère de très petits godets bien distincts.

Les lésions vont en augmentant jusqu'au neuvième ou dixième jour, puis elles régressent, le cobaye guérit spontanément ; toutefois le poil ne repousse qu'au bout de plusieurs semaines.

En traitant les croûtes faviques de ces animaux par la potasse, on trouve un mycélium quelquefois assez rectiligne, le plus souvent onduleux et parfois moniliforme, nous n'avons rien décelé à l'intérieur des poils. Nos prélèvements de croûtes faviques sur le cobaye nous ont donné facilement la rétroculture.

Nous en étions là de notre expérimentation qui nous prouvait surabondamment que nous n'étions pas en face de l'achorion Schönleinii, mais nous avions des hésitations pour classer d'une façon définitive l'achorion trouvé, lorsque nous avons adressé une de nos cultures à M. le Dr Fage qui l'a repiquée sur des milieux d'épreuve plus corrects et a sollicité le contrôle éclairé de M. Sabouraud lequel n'a pas hésité à porter le diagnostic d'achorion Quinckeanum.

Depuis avec d'autres débris du godet que nous avions en réserve, nous

avons fait de nouvelles cultures sur les milieux recommandés par M. Sabouraud dans son livre *Les Teignes*.

Sur ces nouveaux milieux nous avons obtenu des cultures un peu différentes des premières déjà décrites.

Cultures sur milieu glycosé. — Tout d'abord rondes, duveteuses, les cultures grossissent et deviennent globuleuses ; vues de face, elles sont d'une blancheur de neige (voir figure 12) ; vues par leur base, elles sont jaunâtres, déprimées et présentent une pigmentation qui va un peu vers le rouge violet.

Cultures sur milieu maltosé. — Ici les cultures sont encore blanches, mais moins globuleuses et duveteuses que sur le milieu précédent, elles sont entourées d'une légère frange duveteuse également. Bientôt les cultures s'affaissent, deviennent mouvementées, présentent des godrons et des cannelures multiples.

Lorsqu'on opère en dehors de l'étuve, les cultures ne s'affirment guère avant six à huit jours ; à l'étuve à 28°, le développement est notablement plus rapide qu'à la température du laboratoire.

Inoculations au rat. — Avec une culture sur gélose datant du 20 janvier, nous avons inoculé un rat blanc sur la tête (2 mars) ; l'animal a commencé à présenter des croûtes faviques le 8 mars, puis des godets de la plus grande netteté ; il en a eu jusqu'au 31 mars. En partant des godets du rat, nous avons obtenu des rétrocultures.

Une biopsie de la peau du rat a été pratiquée au niveau des lésions ; après fixation les coupes ont été faites. Nous avons obtenu ainsi des préparations tout à fait classiques, on y voit le godet enchâssé dans l'épiderme avec son opercule cornéen, sa zone d'infiltration leucocytaire périphérique ; au-dessous de lui on constate l'aplatissement et l'amincissement des couches profondes de l'épiderme (1). Le derme présente une légère infiltration (2).

L'affection d'origine muridienne s'explique assez bien chez notre Italienne ; les gens de son espèce s'entassent ici à Alger dans le quartier dit de la marine, ce quartier est constitué par de vieilles maisons où pullulent les rongeurs.

Tableau récapitulatif des achorions.

Achorion quinckeanum (3). — G... A..., Italienne, 44 ans, se présente à la polyclinique le 17 janvier 1912.

(1) La couche génératrice a presque entièrement disparu. Voir J. Brault et R. Argaud Les caractères histologiques des godets d'achorion quinckeanum, *Société de biologie*, 6 juillet 1912.

(2) Nous avons fait aussi des coupes de la peau des cobayes inoculés, mais ici les préparations étaient moins belles, les parties sous-jacentes au godet, la plupart du temps, s'étaient dissociées de ce dernier au moment de la coupe.

(3) Cette observation de l'un de nous, est nous le répétons, antérieure à la période visée et nous ne la citons qu'en raison de l'intérêt qu'elle présente, c'est en effet la première fois qu'on signale l'achorion Quinckeanum dans les mycoses des paupières. Voir J. Brault, *loco citato*.

Godet favique de la paupière gauche inférieure.

Cultures sur milieu glucosé et maltosé de Sabouraud et en goutte pendante.

Inoculations au cobaye et au rat.

Achorion schonleinii. — De décembre 1912 à mai 1914, cas :

1912, décembre. — 2 cas (garçons indigènes).

1913, janvier. — 2 cas (garçons indigènes); 1 cas (fille italienne).

Mai. — 1 cas (garçon indigène).

Août. — 1 cas (fille indigène).

Septembre. — 1 cas (fille espagnole); 1 cas (garçon indigène).

Octobre. — 1 cas (fille espagnole); 1 cas (garçon indigène).

1914, janvier. — 1 cas (fille française).

Février. — 1 cas (fille indigène).

Mars. — 4 cas (garçons indigènes).

Avril. — 1 cas (garçon indigène).

Mai. — 2 cas (garçons indigènes).

Juin. — 1 cas (fille indigène).

Soit 22 cas, dont 15 garçons indigènes et 7 filles : 3 indigènes, 1 italienne, 2 espagnoles et 1 française (3).

Tel est le bilan des teignes étudiées par nous à la clinique durant cette dernière période.

Dans les tondantes à endothrix, les trichophytons à mycélium fragile dominent, parmi ces derniers, c'est l'acuminatum qui a la première place, le violaceum vient ensuite.

Les tondantes à mycélium résistant sont représentées par : le T. cratériforme et un néo-endothrix, le trichophyton cérébriforme.

En fait de *kérions*, signalons le *trichophyton granulosum* 1 cas et une nouvelle espèce isolée par nous, le *trichophyton luxurians* 2 cas.

Dans les trichophyties de la peau, nous comptons une observation rare, une trichophytie de l'aisselle due au *trichophyton acuminatum*.

L'épidermophyton se rencontre assez fréquemment et surtout, semble-t-il, durant la période hivernale.

Enfin dans les achorions, à côté de l'achorion Schonleinii très répandu, nous possédons l'*achorion quinckeanum*.

(1) Depuis l'envoi de cet article, 17 favus ont été traités à la clinique, il s'agissait de l'achorion Schonleinii ; une fois cet achorion voisinait sur la même tête avec le trichophyton violaceum.

SUR UN CAS D'INFECTION SYPHILITIQUE CRYPTOGÉNÉTIQUE, AVEC QUELQUES CONSIDÉRATIONS RELATIVES A LA SYPHILIS DITE « D'EMBLÉE ».

Par le Dr **S. Nicolau** (de Bucarest).

Il n'est pas rare de rencontrer en clinique des cas de syphilis ignorée, c'est-à-dire des malades atteints de manifestations syphilitiques plus ou moins tardives, n'ayant aucune connaissance d'avoir été atteints d'infection syphilitique.

Le nombre de ces cas s'est encore accru d'une façon notable depuis que la réaction de Wassermann nous aide à dépister les infections latentes et depuis que les recherches modernes ont permis de rattacher définitivement à la syphilis les affections dites parasyphilitiques.

Combien de fois, en effet, un tabes, une paralysie générale, une aortite ne nous ont pas révélé, malheureusement trop tard, des infections syphilitiques restées jusqu'alors ignorées.

Il paraît vraiment curieux qu'une infection telle que la syphilis, qui se manifeste au point d'entrée par une lésion importante suivie à bref délai de manifestations diverses, puisse passer inaperçue.

Le fait existe pourtant.

Quand la lésion révélatrice est une manifestation tardive, de l'ordre tertiaire, nous nous contentons le plus souvent de supposer que les premières manifestations de la maladie ont pu échapper à l'attention du malade, qu'il se soit agi d'un chancre à siège extragénital, ou que l'accident initial et les éruptions secondaires aient été trop superficielles ou trop fugaces.

Il est tout naturel, dans ces conditions, qu'un malade peu prévenu ne prête pas à de telles lésions toute l'attention qu'elles méritent, étant loin de se douter que des manifestations aussi insignifiantes puissent être le prélude d'une maladie aussi grave que la syphilis. Le souvenir de tels incidents étant peu fait pour rester gravé dans la mémoire, on conçoit que plus tard, au bout de dix ou de quinze ans par exemple, le malade, avec la meilleure foi du monde, puisse nier l'existence de tout antécédent spécifique.

La plupart des cas de syphilis ignorée trouvent, sans doute, leur explication dans une des circonstances invoquées. De cela aucun doute n'est possible. Il n'est pas moins vrai pourtant que, si l'on serre les choses de plus près, on doit reconnaître qu'il existe un certain nombre de faits, qui paraissent démontrer que parfois l'infection syphilitique a des raisons plus profondes pour passer inobservée.

Ainsi, il arrive parfois qu'on rencontre des malades en pleine éruption secondaire, chez lesquels, par conséquent, le syphilome primaire ou dans tous les cas ses reliquats (cicatrice, pigmentation, adénopathie) pourraient difficilement échapper à un examen médical attentif et qui, malgré cela, restent introuvables.

De pareils cas, sans qu'ils soient très fréquents, il existe cependant un certain nombre dans la littérature médicale, et chaque syphiligraphe possède, sans doute, dans sa mémoire, un ou plusieurs exemples de cette nature, dans lesquels il lui a été impossible de déterminer la porte d'entrée de l'infection.

Pour l'explication de tels faits, dérogeant à la règle commune, on admet généralement l'une des deux possibilités suivantes :

a) Ou bien que dans ces circonstances l'infection envahirait l'organisme directement, sans développement de lésion primaire au niveau de la porte d'entrée, donnant ainsi naissance à une sorte de syphilis décapitée, à ce qu'on appelle *syphilis d'emblée*.

b) Ou enfin que, dans de tels cas, il ne s'agirait que d'infections *cryptogénétiques*, c'est-à-dire à porte d'entrée cachée. L'absence du syphilome ne serait donc qu'apparente, l'accident initial existerait quand même et, s'il est passé inaperçu, c'est qu'il a pu se trouver dissimulé dans une des régions du corps peu accessibles à l'observation, tel que la cavité buccale, l'anus, les replis des organes génitaux chez la femme, le col utérin, etc.

La conformation particulière des organes génitaux chez la femme expliquerait même le grand pourcentage des syphilis ignorées, qu'on observe chez elle (30 pour 100, contre 11 pour 100 chez l'homme, d'après Fournier).

Quelle qu'en soit l'explication, la possibilité de tels faits est très importante à connaître, afin d'en pouvoir tenir compte dans l'interprétation des phénomènes cliniques.

Il nous semble que la question de la syphilis ignorée, bien connue des spécialistes, n'a pas encore fait sa trouée dans le grand public médical. Plus d'une fois il nous est arrivé de rencontrer des confrères, atteints eux-mêmes de manifestations nettement syphilitiques, qui, invoquant l'absence de tout antécédent, se refusaient obstinément à admettre la nature syphilitique de ces lésions. Nous avons, entre autres, en vue le cas d'un confrère de la province, médecin des plus distingués, atteint d'une aortite avec commencement d'ectasie, ne voulant à aucun prix se soumettre au traitement antisyphilitique, sous le prétexte qu'à sa connaissance il n'avait jamais eu de chancre, ou d'autres manifestations de syphilis acquise ou héréditaire. Ce n'est qu'à la suite de nos instances répétées, et de plusieurs réactions de Wassermann positives, qu'il s'est décidé enfin à accepter le traitement spécifique, non sans avoir perdu un temps précieux.

*
* *

Récemment, nous avons eu l'occasion d'observer un confrère, en pleine éruption secondaire, chez qui il ne nous a pas été possible de déterminer avec certitude le siège du syphilome primaire.

Voici, brièvement exposée l'histoire de ce cas curieux :

Il y a quelque temps, un jeune confrère vint nous consulter au sujet d'une éruption cutanée, qui était apparue depuis une semaine. Cette éruption, il la qualifiait de toxidermie et la rapportait à quelques troubles gastriques qu'il avait éprouvés peu de temps auparavant. Ce qui le faisait surtout pencher vers cette manière de voir, c'était que l'éruption présentait un caractère légèrement prurigineux et s'accompagnait de céphalée et de courbature.

En le faisant déshabiller, nous constatâmes, en effet, une éruption discrète, constituée surtout par de petites taches érythémateuses du type roséolique, disséminées sur les côtés du thorax et de l'abdomen et quelques efflorescences papuleuses lenticulaires, dispersées çà et là sur le bras gauche, aux plis des coudes, dans la paume des mains et sur l'abdomen.

La topographie, ainsi que l'aspect général de l'éruption — malgré le prurit que le malade accusait au niveau de quelques-unes des efflorescences papuleuses, — nous donnèrent, dès le premier coup d'œil, l'impression d'une éruption syphilitique secondaire. C'est dans ce sens, par conséquent, que nous dirigeâmes l'interrogatoire.

A notre grande surprise, le confrère niait absolument l'existence d'un syphilome primaire et de toute lésion qui aurait pu être considérée comme la porte d'entrée d'une infection syphilitique. En face de ces dénégations catégoriques, malgré notre impression première, nous préférâmes laisser le diagnostic en suspens pendant quelques jours, en recommandant au malade de prendre un purgatif salin et de se mettre au régime lacté absolu.

Au bout d'une semaine, quand le confrère revint nous voir, l'éruption était plus développée et avait acquis un aspect syphilitique tout à fait caractéristique. Sur les parties latérales du thorax et de l'abdomen, elle était devenue presque confluente, composée surtout de petites taches érythémateuses d'un rose foncé, arrondies ne dépassant pas les dimensions d'une lentille et sans aucune trace de desquamation.

Depuis le dernier examen, un certain nombre de papules nouvelles étaient encore apparues sur le tronc, disséminées toujours sans aucun ordre parmi les taches de roséole, ainsi que sur le front et les membres supérieurs. Il s'agissait de petites papules ayant les dimensions d'un grain de chènevis ou d'une lentille, faisant un léger relief à la surface de la peau, d'une couleur rouge sombre, quelques-unes présentant la collerette caractéristique de Biett. Les démangeaisons qui existaient au niveau de certaines papules, au moment de leur apparition, avaient complètement disparu.

Rien du côté des muqueuses.

Le malade se plaignait surtout, cette fois, d'une céphalée des plus pé

nibles, à caractère nettement vespéral et nocturne. qui n'avait fait qu'augmenter depuis le début de l'éruption.

Des adénopathies caractéristiques s'étaient également développées dans les régions sous-occipitale, mastoïdiennes et cervicale postérieure.

Le malade était apyrétique. Rien de particulier du côté des organes internes. Urines normales.

Pratiquant l'examen microscopique de la sérosité recueillie par l'expression d'une des papules du bras, préalablement excoriée, nous avons réussi à mettre facilement en évidence l'existence de *tréponèmes absolument typiques*, tant par le colorant de Giemsa, que par la méthode à l'encre de Chine, de Burri.

L'examen du sang pratiqué suivant la méthode de Wassermann, ainsi que celle de Bauer-Hecht, *indiquait une fixation extrêmement forte.*

Le doute n'était donc plus permis. Les recherches de laboratoire confirmaient pleinement notre premier diagnostic clinique. Il s'agissait, par conséquent, d'une éruption syphilitique secondaire, récente, chez un malade qui niait, d'une façon categorique, l'existence d'un chancre.

Quoique ces dénégations présentassent, en l'espèce, un certain poids, le malade étant lui-même médecin et très au courant des questions de la syphiligraphie, cependant, nous rapportant à nos connaissances fondamentales sur le mode de pénétration de l'infection syphilitique dans l'organisme, nous avons pensé qu'il ne pouvait y avoir qu'erreur d'observation de la part du confrère.

Guidé par ces considérations, nous procédâmes immédiatement à un examen minutieux du patient, en cherchant à tout prix à découvrir ce chancre, qui à notre avis était passé inaperçu.

Eh bien, cette porte d'entrée, recherchée avec tant de soin, nous n'avons pas réussi à la découvrir non plus.

Les organes génitaux, les téguments, ainsi que les muqueuses de toutes les cavités naturelles accessibles, explorées avec la plus grande attention, avec parti pris nous pourrions dire, ne nous a pas permis de constater la moindre lésion ou la moindre trace de lésion (telle une cicatrice, une induration ou une infiltration quelque minime qu'elle fût, une pigmentation anormale, etc.), qui aurait pu être regardée comme le reliquat d'un accident primaire passé inobservé durant son évolution.

Les régions du corps surtout, dans lesquelles, à cause de dispositions anatomiques particulières, un syphilome pourrait plus facilement se dissimuler, comme : le cuir chevelu, la cavité buccale (avec ses différents territoires : palais, gencives, langue, amygdales, etc.), les conduits auditifs, le scrotum, le périnée, la région anale, les espaces interdigitaux des pied, etc., ont été minutieusement examinées, mais sans aucun résultat.

Malgré cet examen infructueux, nous nous sommes bien gardés de tirer une conclusion définitive, nous disant que, si pour une cause ou une autre l'accident initial a pu échapper pendant son évolution même à l'attention de notre confrère, il risquait d'autant plus d'échapper à un examen rétrospectif, quelque minutieux et quelque méthodique qu'il fût.

Afin de tirer la question au clair, nous dirigeâmes alors nos investigations vers la recherche d'un autre indice, plus fidèle et plus révélateur en l'espèce

que le vestige d'un syphilome, à savoir l'adénopathie satellite, qui, selon l'expression de Ricord, suit le chancre comme l'ombre suit l'homme.

Si, pour une raison quelconque, pensions-nous, le chancre a pu se dérober à nos recherches, l'adénopathie satellite devait, à coup sûr, trahir l'endroit où il avait existé.

A notre grand désappointement, le résultat fut tout aussi négatif dans cette direction. A part une certaine augmentation de volume des ganglions sous-occipitaux, mastoïdiens et cervicaux postérieurs, apparue depuis quelques jours et en rapport avec la généralisation de l'infection, nous n'avons pu constater de ganglions appréciables dans aucun des grands foyers lymphatiques, comme les régions inguinales, crurales, axillaires, sous-maxillaires ou pré-auriculaires.

L'absence de toute lésion qu'on aurait pu considérer comme un syphilome primaire, et par-dessus tout l'absence de toute adénopathie, nous obligeaient donc à nous incliner devant la réalité et à reconnaître qu'en effet nous nous trouvions en face d'une infection syphilitique à porte d'entrée inconnue. Les considérations énoncées nous autorisaient, dans tous les cas, à affirmer que cette infection n'avait pu se faire (*du moins dans les conditions habituelles*), ni à travers la surface de la peau, ni par les muqueuses dont les lymphatiques se déversent dans les ganglions superficiels et accessibles à la palpation.

Nous nous réservons de discuter plus loin les hypothèses qu'on pourrait faire sur la pathogénèse de cette infection.

Pour le moment, qu'il nous soit permis d'exposer en quelques mots, l'autoanamnèse que notre confrère malade a bien voulu nous remettre.

Jeune homme, âgé de 28 ans, sans antécédents morbides importants.

Dans les trois derniers mois qui ont précédé la maladie actuelle, il n'a eu de rapports sexuels qu'avec une seule femme. Pendant tout ce temps il n'a remarqué rien de suspect chez elle et, l'ayant encore dernièrement examinée avec attention, il n'a pu constater la moindre trace d'infection syphilitique.

Notre confrère a été en état de parfaite santé jusqu'au commencement du mois de décembre. A cette époque, c'est-à-dire cinq semaines environ avant l'éclosion de l'éruption actuelle, il a commencé à ressentir quelques troubles gastriques : de l'inappétence, des brûlures et des douleurs sourdes au niveau de l'estomac.

Attribuant ces phénomènes à un régime alimentaire défectueux, il s'est soumis pendant une semaine au régime lacté exclusif, a pris du bicarbonate de soude, mais sans éprouver de ce changement aucune amélioration.

Au contraire, son état empira, si bien que, le 24 décembre, en dehors de l'inappétence et du pyrosis, il commença à avoir des nausées, des vomissements muqueux et alimentaires, dès qu'il ingérait quelque chose. En même temps les douleurs devinrent de plus en plus vives, prirent le caractère térébrant, traversant l'épigastre, de l'appendice xyphoïde jusqu'à la colonne vertébrale. Ces douleurs étaient surtout exaspérées par l'ingestion des aliments. Il a dû s'aliter, se sentant très faible et épuisé par les douleurs et les vomissements répétés qui constituaient une entrave sérieuse à l'alimentation.

Il s'est fait examiner par plusieurs confrères spécialistes, qui tous pen-

sèrent à la possibilité d'un ulcère de l'estomac, mais durent abandonner ce diagnostic à cause de l'absence des hématémèses. L'examen des matières fécales ne permettait également pas de constater la moindre trace de sang.

Cet état dura jusqu'au 2 janvier, époque à laquelle son état commença à s'améliorer d'une façon assez rapide. Les douleurs xypho-rachidiennes, ainsi que les autres phénomènes gastriques, diminuèrent peu à peu et finirent pour s'amender complètement au bout d'une dizaine de jours. L'appétit revint dans la même mesure, et tout rentra, comme par enchantement, dans l'ordre. Le malade commença à reprendre les forces perdues par le jeûne relatif, auquel l'avait condamné son intolérance gastrique.

Il croyait que tout était bien fini, quand tout à coup, le 16 janvier, à sa grande surprise, il constata le matin au réveil, l'existence de l'éruption que nous avons décrite plus haut, et au sujet de laquelle il vint nous consulter, sans se douter le moins du monde que ce fût une éruption de roséole syphilitique.

Dès que le diagnostic de l'éruption fut établi, par les moyens que nous avons longuement indiqués plus haut, nous commençâmes le traitement par des injections de biiodure de mercure de 0,03 centigrammes tous les deux jours. Au bout d'une dizaine d'injections l'éruption avait presque complètement disparu. Dans la première série nous lui avons fait, en tout, vingt injections. Ayant négligé ensuite de reprendre le traitement à temps, il a eu, au bout de deux mois et demi, une éruption de syphilides papulo-érosives sur les amygdales, sur les lèvres et à l'anus, qui disparurent également par le traitement. Les suites ultérieures de la maladie furent des plus simples. *Son état gastrique est actuellement excellent.* Aucune trace n'est restée des troubles qu'il avait ressentis au niveau de l'estomac.

Le malade continue maintenant régulièrement son traitement, par cures intermittentes d'injections d'huile grise.

*
* *

Voilà donc le cas, rigoureusement observé croyons-nous, d'un malade atteint d'une éruption syphilitique secondaire, chez qui il nous a été impossible de déterminer la porte d'entrée de l'infection.

Le cas nous paraît des plus intéressants, et on peut dire qu'il offre un intérêt documentaire particulier, parce qu'il s'agit d'un médecin.

Comment pourrait-on interpréter une telle dérogation à la règle commune ?

Pour l'explication de tels faits, ainsi que nous l'avons déjà dit au commencement de cet article, il n'y a que deux suppositions possibles : ou bien qu'il s'agit d'une infection syphilitique *directe* de l'organisme, sans accident primaire, d'une soi-disant *syphilis d'emblée*, ou bien qu'il s'agit là d'une infection syphilitique selon la règle commune, mais dont la porte d'entrée s'est trouvée cachée dans une région qui échappe à nos investigations directes, c'est-à-dire d'une *infection syphilitique cryptogénétique*.

Avant de discuter chacune de ces deux possibilités, en ce qui concerne le cas présent, nous devons dire quelques mots sur la syphilis d'emblée, afin de fixer nos connaissances sur l'état actuel de la question.

Beaucoup de syphiligraphes n'admettent pas la possibilité d'une syphilis décapitée, soutenant qu'il s'agit toujours dans ces circonstances d'infections à chancre larvé ou méconnu.

Sans aller aussi loin que Cordier (1) et Stassano (2) qui pensent que les cas de syphilis, se manifestant directement par des accidents secondaires, sans lésion primaire apparente, sont plus fréquents qu'on ne le pense, nous devons reconnaître toutefois qu'il existe dans la science un certain nombre de faits, dont quelques-uns (une quinzaine environ) observés avec toute la rigueur scientifique, paraissent établir en dehors de toute contestation, la possibilité d'une syphilis d'emblée.

Si on passe en revue les cas les plus probants, publiés sous ce titre, on pourrait les diviser en trois catégories :

a) La première catégorie comprendrait les faits dans lesquels il s'agit d'individus, qui à la suite de rapports sexuels avec un sujet syphilitique, ont présenté par la suite une éruption secondaire directe, *sans syphilome primaire*, fait contrôlé par une observation médicale assidue.

Comme exemple de ce genre nous citerons le cas suivant de Müller (3) :

Un jeune homme, ayant eu des rapports avec une femme dont il a appris ensuite qu'elle était atteinte de syphilis, et craignant d'avoir été contaminé, il court chez son médecin et, dès le quatrième jour, il se soumet à son observation presque quotidienne.

Au bout de deux mois il s'est développé chez lui une adénopathie inguinale indolente, sans qu'il ait présenté aucune trace de lésion primaire aux organes génitaux ou ailleurs. Enfin, trois mois après le contact suspect, il eut une éruption secondaire typique (roséole, angine spécifique, syphilides papulo-érosives) avec adénopathies généralisées.

Presque semblables à ce cas sont ceux de Verchère (4), de Cordier (5), de Polland (6), de Iakowlew (7) et celui de Cozanet (8).

b) Les cas de la seconde catégorie se rapportent à des individus (presque tous médecins), qui tout de suite après un rapport sexuel

(1) Cordier, Note sur quelques cas de syphilis sans chancre initial. *Annales de dermatologie*, 1894.
(2) Stassano, Vues nouvelles sur la syphilis. *La France médicale*, 1897.
(3) Muller, Kryptogene Syphilis. *Dermatologische Zeitschrift*, 1899.
(4) Verchère, Syphilis d'emblée. *Congrès international de médecine*, Rome, 1894.
(5) Cordier, *Loco citato*.
(6) Polland, Syphilis ohne Primäraffekt. *Archiv f. Dermatologie*, 1913.
(7) Iakowlew, La syphilis cryptogénétique. *Journal russe des maladies cutanées et vénériennes*, 1905. Analyse in *Dermatologische Zeitschrift*, 1905.
(8) Cozanet, De la syphilis d'emblée. *Thèse de doctorat*. Bordeaux, 1913.

suspect, observant sur leurs organes génitaux des excoriations qui auraient pu servir de porte d'entrée à l'infection, les ont détruits soit par cautérisation, soit en les excisant largement : cicatrisation toujours rapide de la plaie opératoire, *sans développement de syphilome*, mais toutes ces intérventions n'ont pas pu empêcher l'apparition de l'éruption secondaire à l'échéance habituelle.

De cette catégorie de faits nous citerons le cas de Heuss (1) :

Un médecin, après un rapport avec une femme atteinte de syphilides papuleuses vulvaires, remarquant une légère écorchure au frein, a pratiqué, dix heures après le coït, une large excision suivie d'application de sutures. La plaie opératoire s'est cicatrisée par première intention sans qu'il se développât ultérieurement, à son niveau, ni induration, ni aucune autre lésion quelque minime qu'elle fût. Aucune adénopathie régionale. Malgré cela, dix semaines après le rappport incriminé, il a eu une éruption de roséole typique et angine spécifique.

Les autres cas publiés par Havas (2), Cordier, Reiss (3), Emery, Bettmann, etc., sont presque identiques. La cautérisation ou l'excision de la petite excoriation a été pratiquée après un intervalle variable de deux à trente-six heures après le coït. Dans tous, la cicatrisation de la plaie opératoire a été rapide, sans développement consécutif de syphilome, *mais quelquefois avec apparition d'une adénopathie régionale.* La roséole entrait en scène, suivant les cas, entre sept semaines et trois mois et demi.

Les faits appartenant à cette seconde catégorie, quelques-uns du moins, sont passibles d'une objection importante. On pourrait, à juste raison, se demander si la lésion excisée n'était pas, par hasard, un syphilome incipient consécutif à un rapport sexuel antérieur, de sorte qu'en l'espèce, on n'aurait fait que l'excision précoce d'un accident primaire, là où on croyait extirper préventivement une simple excoriation banale, susceptible d'avoir été infectée.

Cette objection ne s'applique pas, bien entendu, aux cas dans lesquels il est expressément mentionné, que le malade n'avait eu aucun autre contact sexuel, pendant les deux derniers mois qui avaient précédé le rapport incriminé.

c) Enfin une troisième catégorie, la plus importante, comprenant un nombre de cas plus restreints, mais en échange plus démonstratifs.

Tous ces cas concernent des médecins, qui s'étant piqués pendant qu'ils opéraient des individus syphilitiques, ont présenté ensuite des

(1) Heuss, Einige Grundlagen aus der Syphilis-Therapie. *Correspondenz Blatt f. Schweizger Aerzte,* 1901.

(2) Havas, In welchem Stadium der Syphilis soll der allgemeine Behandlung begonnen werden? *Monatshefte fur praktische Dermatologie,* t. 19, p. 59.

(3) Reiss. Ueber die Haltbackeit der Begriffs « primäre Syphilis », etc. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis,* 1901.

symptômes de syphilis secondaire, *sans développement de syphilome à l'endroit piqué, ni d'adénopathie dans la zone lymphatique correspondante.*

Comme exemple, nous citerons en première ligne les deux cas suivants, observés par Jullien (1) :

Deux médecins, opérant un malade d'une gomme tuberculeuse présternale, se piquèrent tous les deux aux doigts, pendant qu'ils faisaient les points de suture. Les piqûres guérirent en quelques jours sans laisser aucune trace. Par malheur, à ce moment-là, leur malade se trouvait à la période de seconde incubation syphilitique, si bien que, dix jours après l'opération, les médecins en question constatèrent chez lui, à leur grande surprise, l'apparition d'une roséole spécifique.

Se souvenant du petit accident subi en commun pendant l'opération, ils commencèrent à s'observer avec le plus grand soin. Au niveau des endroits piqués il ne s'est pas développé la moindre lésion ni dans la peau, ni dans les tissus profonds. Pas d'adénopathie régionale non plus. Malgré cela, ces médecins ont présenté tous les deux une éruption roséolique et des syphilides muqueuses, l'un au bout de *trente jours*, l'autre au bout de *trente-trois jours* après la piqûre.

Cette observation de Jullien est intéressante à d'autres égards aussi. Elle démontrait avec une rigueur expérimentale, à une époque où la chose n'était pas connue, que le sang des individus syphilitiques peut être contagieux, *même avant l'apparition des accidents secondaires.* Les recherches ultérieures de Levaditi et Manouélian (2), Queyrat, Blaschko (3), Ehrmann, Uhlenhuth (4) et Mulzer ont confirmé depuis que les spirochètes pénètrent dans le sang, quoique en petite quantité, même durant la période de seconde incubation.

Dix ans plus tard (1909) Waelsch (5) publia un cas presque analogue à ceux de Jullien :

Il s'agissait d'un médecin qui s'était légèrement blessé à l'indicateur droit, pendant qu'il opérait un phimosis chez un syphilitique secondaire. La petite blessure, cautérisée au crayon de nitrate d'argent, guérit promptement, sans qu'il se développât, dans la suite la moindre lésion locale. Quelques semaines plus tard, il est survenu pourtant une forte adéno-

(1) L. Jullien. Courte note sur deux cas de syphilis d'emblée sans accident initial. *Beiträge fur Dermatologie u. Syphilis, Festschrift gewidmet. H. T. Neumann.* Leipzig., 1900, p. 368.

(2) Levaditi et Manouélian, Histologie pathologique des accidents syphilitiques. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie,* 1905.

(3) Blaschko, Ueber Spirochaetenbefunde im Syphilitisch-erkrankten Gewbe. *Medicinische Klinik,* 1906, n° 13, p. 335.

(4) Ehrmann. Ueber Spirochaetenbefunde in syphilitischen Gewebe. *Wiener medicinische Wochenschrift,* 1906, n° 39.

(5) Waelsch, Ueber Syphilis d'emblée. *Münchener medicinische Wochenschrift,* 1907, n° 17.

pathie épitrochléenne et axillaire et, deux mois après la blessure, une roséole typique.

Une année après, Bettmann (1) faisait connaître, lui aussi, un cas de syphilis d'emblée, concernant également un médecin :

Pendant qu'il pratiquait une injection intramusculaire à un malade qui se trouvait en pleine période secondaire, l'aiguille s'est cassée dans les tissus, de sorte que pour l'extraire il fut nécessaire de faire une incision. En pratiquant les sutures, le médecin s'est piqué profondément dans la pulpe de l'index droit ; il a continué, malgré cela, l'opération, et ce n'est qu'à la fin qu'il s'est lavé avec une solution antiseptique. Au bout de quelques jours la piqûre n'était déjà plus visible. Aucune lésion ne s'est développée à l'endroit piqué, ni dans la peau, ni dans le tissu sous-cutané. Absence de toute adénopathie satellite. Malgré cela, le dix-neuvième jour après la piqûre, une roséole et des syphilides érosives sont apparues. Bettmann, qui a examiné le malade très minutieusement, n'a constaté, en aucun endroit du corps, aucune lésion qui aurait pu être considérée comme syphilome primaire. On ne pouvait donc incriminer que la piqûre comme porte d'entrée à l'infection.

Comme particularité curieuse, Bettmann note, dans son cas, le fait que sur le membre supérieur droit, correspondant au doigt piqué, l'éruption est apparue plus tôt, a été plus confluente que sur le reste du corps, et a mis plus de temps à se résorber.

Les cas cités plus haut, surtout ceux appartenant à la troisième catégorie, démontrent d'une façon assez nette, croyons-nous, la possibilité d'une syphilis d'emblée.

Pour expliquer la pathogénie de ce phénomène exceptionnel et tout à fait insolite dans l'évolution normale de l'infection syphilitique, on peut faire plusieurs hypothèses :

On peut supposer, en premier lieu, que les spirochètes introduits dans la peau prolifèrent quand même localement et engendrent des lésions histologiques au niveau de la porte d'entrée, mais que ces lésions, qui seraient l'équivalent du syphilome primaire, resteraient à l'état microscopique et par conséquent ne seraient pas appréciables cliniquement. Cette hypothèse pourrait être facilement contrôlée en pratiquant l'examen histologique de la peau au niveau de la porte d'entrée, mais malheureusement cette recherche n'a pas encore été faite.

Une seconde hypothèse qui se présente naturellement à l'esprit est celle d'après laquelle les spirochètes inoculés dans la peau ne prolifèraient pas au point de pénétration, brûleraient pour ainsi dire la première étape, pour se répandre directement dans l'organisme, en suivant soit la voie lymphatique, soit la voie sanguine.

(1) Bettmann, Zur Frage der Syphilis d'emblée. *Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, 1907.

L'existence des adénopathies satellites, que nous voyons signalées dans la plupart des observations, semble démontrer que c'est le système lymphatique qui serait la voie habituelle de propagation. Dans le même sens plaiderait aussi la date moyenne de l'explosion secondaire qui, dans la plupart des cas, se superpose assez bien, comme durée, à la période de seconde incubation normale. Sauf dans les cas de Jullien et de Bettmann qui comportent d'ailleurs, ainsi que nous le verrons, une interprétation différente, jamais la roséole n'est apparue avant la septième semaine.

Les considérations énoncées nous conduisent donc à admettre que, dans ces curieuses infections d'emblée, les spirochètes choisissent pour se propager les même voies qu'à l'état normal. La seule différence serait que, dans ces circonstances, les germes envahiraient directement les vaisseaux lymphatiques sans proliférer d'abord localement. Cette particularité expliquerait l'absence du syphilome, et en même temps celle de la première période d'incubation, pour les cas dont la période prééruptive totale ne dépassait pas sept semaines.

Les cas de Jullien et celui de Bettmann, dont nous avons parlé plus haut, et dans lesquels l'apparition des accidents secondaires fut singulièrement précoce, doivent sans doute recevoir une interprétation différente.

L'absence complète de toute adénopathie régionale, ainsi que l'incubation extraordinairement courte (trente et trente-trois jours dans les cas de Jullien; dix-neuf dans celui de Bettmann), semble démontrer que dans ces cas il s'agirait d'une propagation directe des spirochètes par les voies sanguines.

La nécessité d'une incubation, quelque courte qu'elle soit, pour ces cas mêmes à infection sanguine directe, pourrait être envisagée de deux façons: soit en admettant que, le nombre de parasites ayant pénétré dans le sang étant trop petit, ils ont besoin de se multiplier avant de provoquer l'éruption secondaire; soit en supposant, avec Jadassohn(1), que les spirochètes pourraient envahir la peau, par voie d'embolie, longtemps même avant l'époque secondaire, mais qu'une fois arrivés là, ils devraient subir une incubation avant de se développer et de donner naissance aux éruptions secondaires cliniquement appréciables.

Non seulement la clinique, mais les recherches expérimentales aussi confirment la possibilité d'une infection syphilitique d'emblée.

Uhlenhuth et Mulzer(2) démontré, en effet, qu'on peut conférer l'infection syphilitique sans développement de syphilome primaire, aux singes inférieurs, à la suite d'injections intraveineuses directes de virus,

(1) Jadassohn, Syphilidologische Beiträge. *Archiv f. Dermatologie und Syphilis* 1907.

(2) Uhlenhuth u. Mulzer, Zur experimentelle Kaninchen und Affen-Syphilis. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1910, nos 4 et 25.

— une véritable *syphilis d'emblée expérimentale*. Le même résultat pourrait être obtenu, d'après Neisser (1), quoique plus rarement, à la suite de l'inoculation sous-cutanée du virus (environ une fois sur soixante expériences).

Uhlenhuth et Mulzer (2) ont obtenu, dernièrement, des résultats absolument identiques chez les lapins, à la suite de l'injection intraveineuse ou intracardiaque de spirochètes, dont la virulence avait été accrue par des passages successifs dans le testicule du lapin (*virus de passage* de Uhlenhuth et Mulzer).

Tel étant l'état actuel de la question de la syphilis d'emblée, le moment est venu de nous demander si notre cas pourrait être considéré comme rentrant dans cette catégorie de faits.

La chose serait sans doute possible. Nous nous croyons, pourtant, obligé de faire quelques réserves à ce sujet, étant donné que, chez notre confrère, il nous a été impossible d'établir, pendant la période *infectable*, l'existence d'aucun rapport sexuel suspect (ainsi que l'ont démontré les confrontations ultérieures), ni le souvenir de quelque piqûre professionnelle ou d'une lésion cutanée quelconque, ayant pu servir à la pénétration directe du spirochète dans l'organisme.

Il nous a été, de même, impossible de constater, chez lui, la moindre trace d'adénopathie régionale, que nous voyons, malgré l'absence du syphilome primaire, signalée dans un grand nombre de cas de syphilis d'emblée.

Une seconde supposition qu'on pourrait faire pour l'interprétation de notre cas serait, ainsi que nous l'avons déjà avancé, celle d'une *infection cryptogénétique*.

L'absence du syphilome initial, ainsi que de toute adénopathie visible, nous permettait de fixer un point important, à savoir, que la pénétration du parasite n'avait pu se faire, *du moins dans les conditions connues*, ni à travers la surface de la peau, ni par les muqueuses des cavités dont les lymphatiques se déversent dans les ganglions sous-cutanés accessibles à l'examen.

Nous fûmes, donc, conduit à soupçonner que, d'une façon tout à fait exceptionnelle, l'infection a pu se faire dans une région de l'organisme qui échapperait à nos investigations directes.

Dans cette direction, on ne pouvait espérer trouver une indication utile, que dans l'étude approfondie de l'anamnèse du malade, pour voir quels phénomènes particuliers il avait présenté pendant l'époque qui, chronologiquement, correspondrait au développement maximum du chancre, c'est-à-dire dans les cinq à six semaines qui ont précédé l'éruption secondaire.

(1) Neisser, Die experimentelle Syphilisforschung, Berlin, 1906.
(2) Uhlenhuth u. Mulzer, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1907, n° 17.

Or, de l'anamnèse il ressort clairement que si pendant cette époque le malade n'a présenté rien d'anormal ni du côté de la peau, ni des muqueuses accessibles à l'inspection, par contre il a présenté, pendant un mois, un état pathologique constant à symptomatologie curieuse d'un organe interne, l'estomac : inappétence, pyrosis, vomissements muqueux et alimentaires, douleurs sourdes au commencement, puis de plus en plus fortes à l'épigastre avec point xyphoïdien et vertébral et sensation de transfixion, symptomatologie qui rappelle dans ses grandes lignes celle des ulcérations stomacales.

La ressemblance fut même tellement frappante que notre confrère ainsi que plusieurs spécialistes consultés à ce sujet, crurent un moment à l'existence d'un ulcère rond de l'estomac, diagnostic qu'ils n'abandonnèrent qu'en tenant compte de l'absence des hématémèses, ainsi que de l'examen négatif des matières fécales.

Nous ne voulons tirer aucune conclusion des faits exposés, car il serait antiscientifique au premier chef de prendre position dans une question où on ne possède que des présomptions. Nous devons avouer, toutefois, que l'existence, chez notre malade, de ce curieux complexus gastropathique ayant évolué chronologiquement, précisément à une époque coïncidant d'une façon parfaite avec celle où aurait dû se produire l'accident initial inconnu, nous a paru singulièrement suggestive.

Afin de préciser notre manière de penser et pour nous résumer, nous dirons ceci : chez un individu observé dans les premiers jours d'une éruption syphilitique secondaire, chez qui l'examen le plus minutieux n'a permis de constater aucune trace de chancre ou d'adénopathie accessible, mais qui en revanche, à l'époque correspondant au syphilome et à la seconde incubation, a présenté des symptômes ressemblant à ceux d'une ulcération stomacale, nous pensons qu'on pourrait se demander si, par extraordinaire, l'accident primaire n'aurait pas eu pour siège cette région [portion inférieure de l'œsophage (?), ou l'estomac (?)], l'infection ayant pu être réalisée par le hasard d'une contamination médiate (boisson, etc.).

Il nous semble oiseux de nous attarder davantage sur cette question, car, pour le moment, nous ignorons complètement si de tels faits sont réalisables, en d'autres termes si l'existence du spirochète est compatible avec la présence du suc gastrique normal ou modifié. Il serait intéressant, dans tous les cas, que l'expérience fût tentée chez les animaux susceptibles de contracter la syphilis.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru intéressant de publier ce cas, comme un cas rare et très curieux d'infection syphilitique sans porte d'entrée visible, et au sujet duquel nous nous sommes permis de faire quelques réflexions et d'attirer sur lui l'attention des observateurs, dans l'espoir que des observations ultérieures pourraient venir confirmer ce fait isolé.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Technique du traitement par les arsénobenzols.

Sur l'injection intraveineuse de salvarsan concentré (Uebe die intravenöse Injektion konzentrierten Neosalvarsans), par Max Joseph. *Dermatologische Wochenschrift,* 4 octobre 1913, n° 40, p. 1176.

L'instrumentation décrite par Fontana semble peu pratique par cette raison qu'elle nécessite l'usage des deux mains et par conséquent la présence d'un aide. Pellier.

L'injection de salvarsan ancien en solution concentrée, avec la seringue (Die Injektion konzentrierter Altsalvarsanlosungen mit der Spritze), par Dreyfus. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 42, p. 2333.

D. injecte de 0,1 à 0.5 de salvarsan dans 35 centimètres cubes d'eau salée, 0,50 pour 100 (alcalinisation comme à l'ordinaire). Ch. Audry.

Sur l'injection intra-veineuse du néosalvarsan en solution concentrée (Ueber intravenöse Injektionen von konzentrierter Neosalvarsan), par Th. Katz. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 42, p. 2337.

Le néosalvarsan injecté à la manière de Ravaut agit très efficacement, entraine peu de réaction et s'administre très simplement. Ch. Audry.

Sur les injections concentrées de néosalvarsan (Ueber konzentrierte Neosalvarsaninjektionen), par W. Kerl. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 50, p. 2077.

K. recommande la méthode de Ravaut. Il est partisan des doses faibles répétées et croissantes. Ch. Audry.

Titrage des solutions de néosalvarsan pour injection intraveineuse (Titulación de las soluciones de neosalvarsan para inyección intravenosa), par A. Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* octobre-novembre 1913, p. 1.

Aux médecins généraux, A. recommande la solution à 1/100 dans l'eau distillée filtrée et bouillie. Aux spécialistes, à ceux qui sont bien maîtres du modus faciendi de l'injection intraveineuse, il conseille la solution de néosalvarsan dans 2 centimètres cubes d'eau stérilisée, avec seringue de Lemberg. Ces méthodes ne présentent aucun inconvénient, lorsqu elles sont bien appliquées. Elles ont au contraire de notables avantages : 1° simplicité de préparation ; 2° économie de temps ; 3° diminution du travail cardiaque et rénal, altération moindre de la pression sanguine ; 4° réduction considérable du nombre et de l'intensité des symptômes consécutifs à l'injection ; 5° seuls inconvénients inhérents à toute injection intraveineuse et à toute injection de néosalvarsan ; 6° l'injection ultra-concentrée

avec seringue sans être précédée de sérum est une arme à deux tranchants, réservée à ceux-là seuls qui sont absolument maîtres de la technique des injections intraveineuses. J. Méneau.

Sur les injections de solutions concentrées de salvarsan ancien (Ueber die Injektion konzentrierter Altsalvarsanlösungen), par R. Habermann. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, t. 21, p. 325.

Les solutions concentrées de salvarsan ancien, employées en injections intraveineuses sont, moins bien tolérées que les solutions diluées, aussi bien localement qu'au point de vue des parergies générales.

Les solutions concentrées de néosalvarsan sont très bien tolérées par les malades; mais il n'est pas certain que leur action soit égale à celle du salvarsan ancien. Ch. Audry.

Sur la technique et l'action de l'injection sous-cutanée de néosalvarsan (Zur Technik und Wirkung subkutaner Neosalvarsan Injektionen), par Wechselmann et Eicke. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 10, p. 535.

W. vante à nouveau les résultats obtenus par l'injection sous-cutanée (au-dessus du fascia) « épifasciale ». La réaction de Wassermann disparaît rapidement (en 5 semaines environ) et cette disparition a paru permanente dans les cas qui ont pu être suivis. Ch. Audry.

Une nouvelle seringue pour injections intraveineuses (Eine neue Spritze für intravenöse Injektionen), par A. Fontana. *Dermatologische Wochenschrift,* 30 août 1913, t. 57, p. 1032.

L'injection intraveineuse par la méthode de Ravaut présente parfois quelques difficultés dues à la longueur du piston des seringues ordinaires. Dans le modèle de F. le piston muni d'une tige dentée progresse par une roue également dentée que l'on manœuvre par un bouton latéral et c'est en ce dernier point seulement que l'appareil diffère du classique clysopompe. Pellier.

Sur une huile de dioxydiamidoarsenobenzol à 40 pour 100 (Ueber in 40 proz. Dioxydiamidoarsenobenzol-Oel), par C. Schindler, in-8°, Karger, éditeur, Berlin, 1914.

L'administration intraveineuse du 606 devient d'un emploi tout à fait vulgaire. Cependant il peut encore être utile de faire des injections musculaires à résorption lente associée ou non à la précédente méthode. Neisser avait conseillé l'emploi de l'huile de sésame comme véhicule. S. conseille l'usage d'une huile de 606 à 40 pour 100 avec l'iodipine et de la lanoline anhydre pure stérilisée.

Pour l'injection, on plonge le récipient de la préparation dans l'eau tiède afin de la ramollir. La préparation a été employée sur 80 malades, et ne donne ni douleurs, ni infiltrats. Après plus de quatre semaines, elle ne présente aucune altération.

La technique que S. indique pour l'injectton est exactement celle de l'injection habituelle du calomel.

On conseille au malade un repos de quelques heures. Canules et seringues sont conservées dans la paraffine liquide.

En ce qui touche le mode de préparation, S. se contente d'indiquer le nom et l'adresse du pharmacien qui est chargé de l'exploitation du produit.

Ch. Audry.

Néosalvarsan et eau distillée, par A. Richaud et Gastaldi. *Annales des maladies vénériennes,* avril 1914, n° 4, p. 241.

Les traces de plomb, qui auraient pu être entraînées au cours de la distillation de l'eau qui sert à dissoudre le néosalvarsan, ne jouent aucun rôle démontré dans les accidents consécutifs aux injections intra-veineuses de ce médicament. R.-J. Weissenbach.

Sur la question de l'altération de l'eau (Zur Lehre vom « Wasserfehler »), par W. Wechselmann. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1914, n° 7, p. 304.

W. critique le travail où Obermüller met sur le compte de l'intoxication par l'arsenic tous les accidents possibles, et en particulier les phénomènes réactionnels.

W. fait remarquer qu'on fait disparaître la plupart de ces accidents en employant de l'eau fraîchement distillée, et maintient ses conclusions antérieures sur l'importance de la pureté de l'eau distillée. Ch. Audry.

L'administration du salvarsan et du néosalvarsan par entéroclyse (The administration of salvarsan and neosalvarsan by enteroclysis. Report of 37 injections), par Oulmann et Hollheim. *The Journal of the American Medical Association,* 13 sept. 1913, p. 867.

O. et H. indiquent la technique à laquelle ils ont recours et concluent ce qui suit de leurs observations : 1° L'administration du salvarsan par entéroclyse mérite d'être connue. 2° D'une façon générale, ce procédé ne peut pas remplacer celui des injections intraveineuses parce qu'il est possible, qu'en traversant la muqueuse intestinale et le foie, le salvarsan soit chimiquement altéré et devienne moins actif. 3° C'est le procédé de choix chez les enfants et dans les cas où l'injection intraveineuse est impossible pour une cause quelconque. Fernet.

Sur une combinaison pratique du mercure et du salvarsan dans le traitement de la syphilis congénitale (Ueber eine zweckmässige Kombination von Quecksilber und Salvarsan zur wirksamen Behandlung angeborener Syphilis), par E. Hoffmann. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, t. 21, p. 508.

H. injecte d'abord dans les fesses 0,001 de sublimé puis 4 jours plus tard 0,05 de néosalvarsan. Ensuite tous les sept jours 0,002 de sublimé et 0,1 de néosalvarsan, pendant 6 à 7 semaines. Ch. Audry.

Technique des injections par les veines jugulaires et épicrâniennes chez les nourrissons. Ses applications au traitement de la syphilis héréditaire par le néosalvarsan, par G. Blechmann. *Paris Médical,* 31 janvier 1914, p. 205.

On utilise pour pratiquer l'injection une aiguille de platine courte de 17 millimètres de longueur et de 40 à 60/100e de millimètre de diamètre, à biseau très court, sans soudure, le tube étant rivé dans un canon plat

spécial. On emploie des ampoules de néosalvarsan de 1 et 2 centigrammes et 2 centimètres cubes d'eau bidistillée. La dose initiale est de moins de 1 centigramme par kilogramme; la première injection ne dépassant pas 2 centigrammes. Le traitement sera poursuivi sous forme de cinq à sept injections hebdomadaires ou bihebdomadaires séparées par des périodes de repos de six à huit semaines.

La veine choisie sera soit la veine jugulaire externe, soit une des veines épicrâniennes toujours très accusées chez les herédosyphilitiques, soit une des veines dorsales du pied ou une veine du bras.

Les accidents sont minimes, parfois un hématome rapidement résorbé. B. n'a observé qu'une seule fois à la suite de l'injection un état syncopal, amélioré rapidement par l'administration d'adrénaline.

Les résultats du traitement sont remarquables tant sur l'état général du nourrisson que sur les lésions. R.-J. Weissenbach.

Résultats généraux du traitement de la syphilis par les arsénobenzols.

L'arséno-benzol. Quelques résultats personnels. Essai de mise au point, par Carle. *Lyon médical,* 25 février 1912, p. 401.

Ayant analysé avec détails les résultats obtenus sur 224 malades traités et suivis depuis un an, C. aboutit aux conclusions suivantes :

1. Dans une syphilis au début, il est recommandable, sauf contre-indication, de recourir à l'arséno-benzol sous sa forme active, c'est à-dire au moins trois injections (la première à dose faible) à huit jours d'intervalle. Concomitamment, ou à la suite, il est non moins recommandable de commencer un traitement mercuriel, de préférence hypodermique et de le poursuivre vigoureusement pendant les délais classiques. Au cours de ce traitement, le mercure pourra être remplacé temporairement ou définitivement par l'arséno-benzol, suivant le hasard des incidents et les possibilités du malade et du médecin ; car il faut bien se dire que l'arséno-benzol ne sera jamais le remède courant de la syphilis, tant que son administration habituelle se fera par la voie intraveineuse.

En tout cas, ne jamais s'arrêter trop tôt, sous prétexte que les accidents font défaut depuis quelques mois ou que le Wassermann est négatif.

2. Cette indication de l'arséno-benzol est d'autant plus formelle :

a) Si le malade est par sa situation plus apte à contaminer autour de lui (homme marié ou candidat à un prochain mariage, père de famille, les prostituées, etc...)

b) Si, dès le début, les accidents prennent une allure destructive ou précocement maligne.

c) Si le mercure ne paraît pas agir assez rapidement sur eux ou si le malade le supporte mal.

3. Au cours de la syphilis, le médecin est en droit de conseiller l'arséno-benzol combiné ou non au traitement hydrargyrique contre la plupart des accidents ulcéreux ou tenaces de la période secondo-tertiaire et plus particulièrement contre les accidents muqueux. Ce droit devient un devoir lorsque le traitement mercuriel n'aboutit à aucun résultat, lorsque l'aggravation des accidents peut faire craindre des délabrements définitifs, tels

que perforation du voile du palais ou cicâtrices indélébiles, lorsque surviennent des complications phagédéniques ou un état général inquiétant.

4. Dans les manifestations nerveuses aiguës ou chroniques, précoces ou tardives, dans les complications méningées, cardiaques, rénales ou aortiques, l'arséno-benzol ne doit être employé qu'après échec de toute autre médication. On doit agir en pareil cas comme le chirurgien en présence d'une opération grave et prévenir le malade ou son entourage des dangers possibles. M. CARLE.

Résultats et indications des arseno-benzols dans la cure de la syphilis (Risultati e indicazioni degli arseno-benzoli nella terapia della sifilide), par GIUSEPPE VERROTTI. *Giornale Internazionale delle scienze mediche*, 1914.

V. tire de ses observations les conclusions suivantes. Dans la syphilis constitutionnelle, le mercure reste le médicament fondamental et l'iode l'adjuvant nécessaire pour les lésions tardives, surtout gommeuses ; la méthode chronique intermittente reste la méthode rationnelle. L'arseno-benzol, tel qu'il se présente aujourd'hui, ne peut aspirer qu'au titre de médicament d'exception. Ses indications sont les suivantes : 1° Forme ulcéreuse de la syphilis maligne précoce : il constitue dans ce cas une importante ressource thérapeutique. 2° Formes communes de syphilis dans lesquelles le mercure ne donne pas de résultats. L'arseno-benzol pourra alors déterminer une amélioration et peut-être la guérison. 3° Les affections viscérales de nature syphilitique dans lesquelles le mercure peut être dangereux. Dans cette 3e catégories, les résultats obtenus jusqu'à ce jour ne fournissent pas un criterium sûr, mais sont de nature à faire penser que la cure de l'arseno-benzol donne de meilleurs résultats que la cure mercurielle.

Toutefois, dans tous les cas où l'expérience clinique a démontré qu'on pouvait utilement faire appel à l'arseno-benzol, l'association du mercure et de l'iode contribue à rendre la cure plus efficace. H. MINOT.

Sur le traitement de la syphilis par le salvarsan seul (Ueber reine Salvarsantherapie der Syphilis), par WECHSELMANN. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1914, n° 12, p. 533.

La forme oratoire de cette communication ne permet pas un résumé ; il n'y a du reste rien de nouveau dans cet article où W. établit que le salvarsan est le médicament spécifique le plus actif de la syphilis, que ses dangers sont extrêmement faibles (sur 4 400 malades, ayant reçu 4 500 injections, W. n'a pas eu d'accidents graves) et qu'il guérit parfaitement la syphilis quand on l'emploie à doses suffisantes, que le mercure est bien inférieur, etc.

W. considère la syphilis comme guérie quand le syphilitique ne présente plus aucun symptôme clinique, sanguin ou céphalo-rachidien, et que cette absence d'accident se maintient. Mais il ne peut naturellement pas dire à partir de quand les récidives cessent d'être à craindre.

Il est regrettable que W. ne donne pas de statistique de ces résultats anciens. Il se borne à dire que beaucoup de ces malades traités en 1910 sont restés indemnes.

L'article de W. est véritablement bien superficiel à quelques points de vue. N. d. T.) Ch. Audry.

Résultats actuels du traitement de la syphilis par le salvarsan à l'hôpital de la marine de Wik (Die bisherigen Erfolge der Salvarsanbehandlung in Marinelazarett zu Wik), par Gennerich. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 10, p. 513.

204 porteurs de chancres ont été traités par le salvarsan et le calomel et suivis pendant un temps minimum de 1 an, maximum de 3 ans et demi. Là-dessus, G. a observé 16 récidives et 13 réinfections.

185 sujets pris au début de la syphilis secondaire et suivis pendant le même laps de temps ont présenté 32 récidives et 3 réinfections.

36 sujets pris à une époque plus avancée de la période secondaire ont offert 12 récidives.

Sur 25 tertiaires, 5 récidives.

Sur 95 syphilis latentes, 13 récidives.

Il faut avouer que la stérilisation définitive de la syphilis est moins facile à obtenir qu'on l'espérait au début (rareté des réinfections). Cependant, même dans ces conditions, on est en droit de compter sur des périodes silencieuses de six mois de durée, ce qui est très important. Ch. Audry.

Les essais du néosalvarsan à l'Hôpital du Dey (Alger), par J. Bercher. *Revue Médicale d'Alger*, mai 1914, p. 243.

B. expose les résultats obtenus dans le traitement de la syphilis à ses différentes périodes par les injections intra-veineuses de néosalvarsan par la technique des solutions concentrées de P. Ravaut. La statistique comporte un total de 230 injections qui n'ont entraîné « aucun accident grave ou même seulement sérieux ». R.-J. Weissenbach.

Les progrès de la syphilothérapie (Die Fortschritte der Syphilistherapie), par J. Citron. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1914, n° 13, p. 581.

Article oratoire. Le traitement de la syphilis par les injections de salicylate de mercure et de sublimé n'a pas d'action réelle, car il ne modifie pas la réaction de Wassermann. Les cures de friction répétées donnent de bons résultats, ainsi que les injections insolubles.

Le salvarsan est nettement supérieur. Il est vrai qu'il est un peu plus dangereux. C. a vu succomber au traitement 4 malades (hépatite syphilitique grave ; néphrite et aortite ; néphrite chronique ; néphrite, hépatite, etc., hérédo-syphilitique) d'ailleurs tous gravement atteints. Pour C. les altérations du rein constituent la principale contre-indication.

Sans doute le salvarsan peut offrir des dangers, mais ceux de la syphilis sont encore bien plus grands !

C. contrairement à Wechselmann est partisan de la cure mixte, mercure et salvarsan. Ch. Audry.

Sur l'action thérapeutique du salvarsan (Ueber den therapeutischen Wert des Salvarsans), par J. Eliasberg. *Dermatologisches Centralblatt*, 1913, n° 1, p. 7.

Il est certain que le salvarsan peut être toxique et mortel et nous n'avons aucun moyen de prévoir ou de combattre cette toxicité. Le traitement soi-

disant abortif ne fait que rendre la syphilis latente et n'autorise pas du tout le mariage. Le salvarsan est un traitement des symptômes et non du fonds. C'est la cure mercurielle et iodée intermittente et chronique qui doit faire le fonds du traitement de la syphilis. Ch. Audry.

Sur les traitements modernes de la syphilis récente (Zur Frage der modernen Behandlung der frischen Syphilis), par F. Bodländer. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1914, n° 12, p. 542.

Il faut avant tout, en ce cas (syphilis récente), obtenir une disparition durable de la réaction de Wassermann. B. emploie le néosalvarsan associé au mercure (en forme insoluble et à élimination lente). Ch. Audry.

Sur quelques données fondamentales du traitement de la syphilis (Ueber einige Grundfragen bei der Behandlung der Syphilis), par A. Blaschko. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1914, n° 12, p. 539.

B. est satisfait du salvarsan; toutefois il a une tendance à diminuer les doses. Avec sa prudence ordinaire, il rappelle que le temps seul peut fournir un jugement des résultats éloignés, des résultats viscéraux En ce qui otuche l'utilisation des résultats fournis par la réaction de Wassermann et l'examen du liquide céphalo-rachidien, il apporte les restrictions nécessaires. Il fait remarquer que les travaux antérieurs ne laissent pas de doute que des accidents de paralysie générale surviennent bien souvent chez des sujets qui n'ont présenté dans l'intervalle de leur chancre et de leur encéphalite aucun accident de récidive (cutanée).

En résumé, il faut faire un diagnostic aussi précoce que possible et instituer le traitement immédiatement; il faut employer tous les modes d'exploration pour dépister le plus tôt possible les lésions de chaque organe dès leur début. Il faut suivre les malades. Ch. Audry.

Sur les récidives de la syphilis traitée par les arsenicaux, par Ch. Audry. *Province médicale,* 1914, p. 1.

A. met à jour la statistique publiée dans ces *Annales* (mars 1913, p. 159). Il a retrouvé 172 malades traités depuis 6 mois au moins et 33 mois au plus.

Sur 45 porteurs de chancres traités avant la roséole, 34 sont restés sains cliniquement dont 22 avec une réaction de Wassermann négative; 10 ont présenté des accidents de récidive clinique et 1 une récidive sérologique.

Sur 111 syphilitiques secondaires, 37 ont présenté des récidives cliniques ou seulement sérologiques; les autres sont restés sains cliniquement (mais l'examen sérologique fait défaut dont un grand nombre de ces derniers).

Sur 16 tertiaires, 5 récidives.

En règle générale, il n'existe que des rapports fort irréguliers entre la quantité d'arsénobenzol administrée et le résultat éloigné. Au contraire, l'action d'un traitement régulier par le mercure est très frappante.

Sauf chez les porteurs de chancre où la supériorité de l'arsénobenzol est éclatante, les récidives doivent être considérées comme aussi fréquentes qu'autrefois si l'on n'associe pas le mercure avec l'arsenic. Ch. Audry.

Mode d'action des arsénobenzols.

Sur le mode d'action du salvarsan et du mercure dans le traite-

ment de la syphilis (Ueber die Wirkungsweise des Salvarsans und Quecksilbers bei der Syphilis), par Schreiber. *Münchener medicinische Wochenschrift,* 1914, n° 10, p. 522.

Les recherches des différents auteurs rapportent l'influence thérapeutique du salvarsan à une action directe sur les spirochètes, et sur les tissus malades, ou à une action indirecte (excitation de la phagocytose, ou à l'action absortive de l'arsenic) ou à la production d'antitoxine dans les humeurs. En fait, le salvarsan in vitro ne tue pas les spirochètes, mais devient spirochèticide dans le corps d'animal ; l'action spirochèticide est certaine dans ces conditions.

L'action parasiticide du mercure est certainement moins intense et plus lente ; il est très problable qu'il agit par l'intermédiaire d'anticorps ; de fortes doses de mercure ont été moins actives que de faibles ; l'injection intraveineuse de mercure n'agit pas moins que la sous-cutanée ; si donc il n'y a pas d'influence quantitative, il faut bien admettre un mécanisme indirect. Peut-être le foie joue-t-il un rôle, etc. ? En somme une foule d'hypothèses sont encore possibles. En tous cas, il est utile et logique d'associer le Salvarsan et le mercure dans le traitement de la syphilis, et l'on peut espérer que la chimiothérapie nous fournira un jour des préparations mercurielles idéales. Ch. Audry.

Sur l'élaboration du salvarsan et du néosalvarsan dans l'organisme (Ueber die Verarbeitung des Salvarsans und Neosalvarsans im Organismus), par E. Riebes. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 118, p. 757.

R. commence par résumer la plupart des nombreuses recherches antérieures. R. a vu que tandis que l'ancien salvarsan s'éliminait pour moitié pendant les 24 premières heures, l'autre moitié exigeant un temps moyen de 10 semaines, le néosalvarsan s'élimine bien plus rapidement : la plus grande partie pendant les 20 premières heures, le reste avant l'achèvement des 6 premières semaines.

L'arsenic du salvarsan est retenu plus longtemps que celui de l'atoxyl et de l'arsacétine. Dans les organes, particulièrement dans le foie, il se fait un emmagasinement d'autant plus considérable qu'il s'agit d'injection intraveineuse et, si ces injections sont réitérées, il s'y fait une accumulation.

L'élimination du salvarsan se fait par les fèces et les urines et se ralentit quand les injections sont répétées.

Il est très rare de trouver du salvarsan dans l'urine plus de 4 à 6 heures après l'injection. Jamais on ne l'a décelé dans la sueur. Pendant des mois, on trouve de l'arsenic dans les urines et dans les organes ; c'est dans le système nerveux qu'il y en a le moins. On n'établit pas de rapport entre le temps d'élimination et les doses. Ch. Audry.

Sur le sort de l'arsenic après injection intra musculaire et intraveineuse de salvarsan (Ueber das Schicksal des Arsens nach subkutaner und intravenöser Salvarsan-injektion), par K. Schübel. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, p. 124.

Après injection sous-cutanée ou intramusculaire, le salvarsan, dans la

plupart des cas, se retrouve encore au bout de plusieurs mois dans la zone de nécrose, au point d'injection. Si on le recherche dans les organes de lapins en ayant reçu une injection intraveineuse, on l'y retrouve, mais en quantité inappréciable. Ch. Audry.

Sérum et salvarsan (Salvarsanserum), par A. Stühmer. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 14, p. 745.

Après une injection unique de salvarsan, on peut trouver pendant 7 jours, dans le sérum de l'injecté, des substances agissant chimiquement et biologiquement d'une façon assez intense.

On ne peut l'évaluer exactement à cause de ce qui reste intact du salvarsan dans l'organisme ; mais on peut admettre que les produits d'oxydation jouent un rôle important. Et cela on ne peut pas l'évaluer. Ch. Audry.

De la rénovation sanguine déterminée chez les syphilitiques par le dioxydiamidoarsénobenzol. Sang veineux rouge. Hyperglobulie. Hyperrésistance, par Mathieu-Pierre Weill et Louis Guénot. *Presse médicale*, 7 janvier 1914, n° 2, page 13.

Chez les syphilitiques traités par les injections intraveineuses de dioxydiamidoarsénobenzol les auteurs ont constaté les modifications sanguines suivantes.

Le sang retiré par ponction veineuse est anormalement rouge, presque carminé. Cette modification est précoce : elle apparait 5 jours après une injection de 0 gr. 40 d'arsénobenzol. Elle persiste longtemps un an après la dernière injection dans un cas.

La coloration anormale du sang veineux coïncide avec l'hyperglobulie : 5400000 à 7932000 hématies par millimètre cube de sang. Le taux de l'hémoglobine s'élève parallèlement dépassant la valeur normale : 100 de l'appareil de Gowers.

La résistance globulaire des hématies aux solutions hypotoniques de chlorure de sodium est augmentée. R.-J. Weissenbach.

Sur le sort des médicaments insolubles, particulièrement du salvarsan, injecté dans les muscles et sous la peau (Ueber das Schicksal von intramuskulär und subkutan injizierten, unlöslichen Arzneien, speciall des Salvarsans), par A. Takahashi. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 316.

Conclusions et résumé :

Le salvarsan détermine au point d'injection une zone de nécrose qui s'étend sur tous les tissus ; au bout de 2 semaines, sous une apparence d'inflammation violente, une forte zone de leucocytes sépare cette zone nécrosée des tissus sains. Puis se forme autour de cette nécrose du tissu de granulation chronique qui gagne lentement vers le centre et finit par résorber la masse nécrosée.

Il faut environ 350 jours pour effectuer cette réparation qui s'achève par une cicatrice.

En ce qui touche le salvarsan même, il traverse 3 stades. D'abord, il se présente sous forme dissoute et de petits grains dans le tissu nécrosé, et dans les fentes lymphatiques ; mais il est en grande partie éliminé par les urines et il n'en reste que peu dans le corps.

Pendant la 2e période, le salvarsan à l'état de grains solubles reste dans le tissu nécrotique et son élimination est extrêmement restreinte. S'il se forme un abcès, il s'élimine avec le pus.

Pendant le troisième stade, les grains de salvarsan sont attaqués par les éléments des tissus de granulation, principalement les cellules géantes. Chez l'homme, d'après T., il faut à peu près 400 jours pour toute cette évolution. Ch. Audry.

Sur les dépôts intramusculaires de salvarsan et leur état ultérieur examiné avec les rayons X (Intramuskuläre Salvarsandepots und deren Folgezustände in Röntgengebilde), par A. Schmitt. *Dermatologische Zeitschrift*, 1914, p. 113.

Les rayons X renseignent mal sur les dépôts de salvarsan injecté dans les muscles de la fesse, parce que ce dépôt cesse d'être perceptible par ces rayons avant qu'il soit complètement résorbé, quand il s'agit de solution ou de suspension aqueuse.

S'il s'agit de solution ou de suspension huileuse, les rayons X ne renseignent pas mieux, sauf dans quelques cas favorables où il renseigne sur l'absorbtion dans la zone de nécrose. Mais il peut se produire dans cette zone de nécrose des grains ulcéreux inclus qui produisent une image, et peuvent constituer une cause d'erreur. Ch. Audry.

Sur la topographie du salvarsan et du néosalvarsan (Zur Topographie der Salvarsans und Neosalvarsans), par A. Stühmer. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 589.

Le néosalvarsan est la préparation qui se répartit de la manière la plus uniforme. Les préparations alcalines du salvarsan s'en rapprochent ; mais les préparations acides de salvarsan ont une élection pour le poumon.

Les trois préparations se répandent très vite dans l'organisme, surtout dans les poumons, le foie et la rate, où il s'opère comme un large dépôt d'où le médicament se réintroduit dans le sang ; cette réabsorption est beaucoup plus rapide avec le néosalvarsan (24 heures) qu'avec le salvarsan (3 jours).

Le salvarsan s'élimine sans transformation partie par le rein, partie par l'intestin, surtout par l'intestin où il peut déterminer des troubles ; à chaque injection, la puissance de réception des organes sécrétoires s'accroit.

En général, les trois préparations n'offrent aucune affinité pour le système nerveux ; seul le néosalvarsan présente une certaine prédilection pour les cavités des centres nerveux, d'où son efficacité relativement plus grande dans les localisations de la syphilis sur les méninges. Ch. Audry.

Etude du liquide céphalo-rachidien dans 100 cas de syphilis avec recherche d'arsenic après administration de néosalvarsan par voie veineuse (A study of the spinal fluid in one hundred cases of syphilis ; including investigations for Arsenic after intravenous administration of neosalvarsan), par Engman, Buhman, Gorham et Davis. *The Journal of the American Medical Association*, 6 septembre 1913, p. 735.

E., B., G. et D. résument de la façon suivante les résultats des examens pratiqués sur 100 syphilitiques dont 36 récemment contaminés et 64

anciens. 1° Un nombre relativement restreint de syphilitiques présentent à l'examen sérologique et cytologique une évidence d'invasion spinale. 2° Lorsque l'invasion cérébro-spinale existe, elle se manifeste ordinairement par des symptômes cliniques qui ne peuvent échapper à un examen attentif. 3° Afin d'étudier le passage de l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien, E., B., G. et D. firent des injections intraveineuses de salvarsan à 4 paralytiques généraux auxquels ils avaient préalablement enlevé une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien. Le liquide prélevé à nouveau après l'injection de salvarsan ne contenait pas d'arsenic malgré qu'il devait être tout récemment formé. FERNET.

Sur les modifications du liquide céphalo-rachidien par l'injection du néosalvarsan (Zur Kenntnis der Veränderungen der Spinalflussiskeit nach Neosalvarsanapplikation), par P. BIACH et H. KAHLER. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1914, n° 30, p. 1099.

B. et K., en utilisant la méthode de Ivar-Bang, ont recherché si la teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien était augmentée par l'administration du néosalvarsan aux syphilitiques. 9 fois sur 12 malades, le pouvoir réducteur de ce liquide était sensiblement augmenté. Ch. AUDRY.

Sur la résistance possible des territoires à spirochètes en présence du salvarsan (Ueber die Widerstandfahrigkeit lokaler Spirochätenherde gegenüber seinen Salvarsantherapiea), par WECHSELMANN et ARNHEIM. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 19, p. 943.

On a fait connaître des cas où on avait trouvé des spirochètes persistants au niveau de chancres cliniquement guéris par le salvarsan. D'après W. et A. cela tient à ce que le traitement initial n'a été pas assez énergique ; toutes les fois que la réaction de Wassermann était devenue négative chez les malades qu'ils ont examinés à ce point de vue, ils ont trouvé les cicatrices chancreuses libres de spirochètes et non inoculables. Il en était ainsi dans les 7 cas qu'ils ont examinés à ce point de vue. Ch. AUDRY.

Accidents du traitement de la syphilis par les arsénobenzols.

Un cas de mort par le néosalvarsan (A neosalvarsan fatality), par HAGERTY. *The Journal of the American medical Association,* 4 octobre 1913, p. 1294.

H. rapporte le premier cas de mort qu'il a observé par le néosalvarsan. Ce cas est le septième décrit dans la ville de Saint Louis. Homme de 29 ans, aucune tare héréditaire, aucune lésion viscérale, reçoit une première injection intraveineuse de 60 centigrammes et une deuxième à la même dose, 5 semaines après. La mort a suivi presque immédiatement cette seconde injection. FERNET.

Un cas de mort à la suite de deux injections de néosalvarsan au début de la syphilis, par E. JOLTRAIN. *Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 24 janvier 1914.

L'observation rapportée par J. est particulièrement intéressante parce qu'elle a trait à un individu jeune, sans tare organique, que le néosalvar-

san a été utilisé à doses faibles et qu'une injection de vingt centigrammes a suffi à entraîner la mort, sans qu'on puisse invoquer la moindre faute de technique.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans porteur d'un chancre syphilitique de la verge, datant de trois semaines environ. La réaction de Wassermann est positive. Le malade est bien constitué. Le taux de l'urée du sérum est de quarante-deux centigrammes ; la constante uréosécrétoire de 0,061 chiffre normal ; il n'y a pas d'albuminurie. Trois injections intraveineuses de 0 gr. 01 de cyanure de mercure sont pratiquées, mais le chancre ne changeant pas d'aspect le malade exige le traitement par le 606, dont il a jugé les heureux effets sur un de ses amis. Une première injection de 0 gr. 30 de néosalvarsan dans 10 centimètres cubes d'eau distillée est pratiquée ; elle est parfaitement tolérée. Sept jours plus tard le chancre est en voie de cicatrisation, les urines ne contiennent pas d'albumine. On pratique une deuxième injection de 0 gr. 20 centigrammes de néosalvarsan dissous dans 10 centimètres cubes d'eau distillée. Cette nouvelle injection est comme l'autre tout d'abord parfaitement supportée. Mais dans la nuit qui suit l'injection, le malade dort mal. Le lendemain il va jusqu'à son bureau, mais il est pâle et se plaint de maux de tête. Trois jours après l'injection il se sent très fatigué et se plaint de douleurs lombaires. Le soir il est pris de diarrhée intense puis de vomissements. Une heure plus tard il est pris de convulsions épileptiformes, avec abolition complète de la sensibilité et de la conscience. Puis il tombe dans le coma et malgré tous les soins prodigués : une saignée de 500 grammes, une ponction lombaire qui laisse écouler un liquide céphalo-rachidien hypertendu et hyperalbumineux avec lymphocytose, des injections de sérum et d'huile camphrée, le malade succombe trois jours et demi, exactement quatre-vingt-quatre heures après la deuxième injection. Pas d'autopsie. R.-J. Weissenbach.

Un nouveau cas de mort par encéphalite aiguë due au salvarsan (Ueber einem weiteren Todesfall an akuter Encephalitis nach Salvarsan-injektion), par Kohrs. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 7, p. 368.

Homme de 26 ans, atteint de syphilis secondaire : le 27 octobre, 0,60 de salvarsan intraveineux, sans incident, jusqu'au 29 au soir ; à ce moment, frisson. Le lendemain soir, hypothermie, pouls normal, insomnie. Le 31 apparition de convulsion, crampe, coma, mort. Apoplexie à l'autopsie, encéphalite hémorragique.

Le malade ne présentait aucune tare antérieure. Il faut bien admettre un empoisonnement. Peut-être faut-il incriminer les doses. Ch. Audry.

Un cas de mort par le néosalvarsan (Ein Todesfall nach Neosalvarsan), par V. Neumayer. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 15, p. 824.

Homme de 25 ans ; syphilis en 1910, traitée par les pilules mercurielles. Récidive en décembre 1911 et janvier 1912, traitée par le salvarsan intramusculaire.

Le 17 janvier 1914, une injection intraveineuse de néosalvarsan équivalant à 1 gramme de salvarsan. Après l'injection, il fait 15 kilomètres à pieds pour revenir chez lui. 3 jours après, paralysie du pied et de la main droite,

perte de la parole: puis torpeur, etc. Le 29, selles involontaires. Le 30, mort. La veine était thrombosée.

La mort est-elle survenue par intoxication arsenicale (dose énorme), par réaction méningée, par une embolie ? Ch. Audry.

Mort par intoxication arsénicale aiguë chez un individu non syphilitique traité par le salvarsan (Ein Todesfall durch akute Arsenvergiftung nach Salvarsaninjektion bei einer Nichtluetischen), par Sube. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 19, p. 946.

Femme de 54 ans atteinte de rhumatisme polyarticulaire chronique, suspecte de syphilis malgré une réaction de Wassermann négative, aortite, myocardite encore bien compensées. Elle reçoit en 7 jours et en 3 fois 0,80 de salvarsan (après de l'iodure de potassium); une semaine après la dernière injection, douleurs vives, diarrhée profuse et sanglante; on fait une laparotomie parce qu'on soupçonne une embolie de l'artère mésentérique; mort; à l'autopsie, ulcération étendue de la muqueuse intestinale, lésion d'hépatite aiguë dégénérative; aortite valvulaire ancienne avec insuffisance; rétrécissmente mitral, etc.

(Ce cas est bien complexe ! N. d. D). Ch. Audry.

Critique du travail où Mentberger a réuni les cas de mort par le salvarsan et le néosalvarsan (Kritische Bemerkungen zu der Mentbergerschen Zusammenstellung der Salvarsan und Neosalvarsan-Todesfälle), par Benario. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 25, p. 1262.

B. critique le livre où M. a réuni 274 cas de morts. Il n'a guère de peine à montrer qu'un bon nombre de ces cas ne doivent pas être mis au passif du médicament, que d'autres s'expliquent par des erreurs de technique, de doses, etc. (mais il est à noter que le travail est de 1913). Ch. Audry.

Des cas de mort par le salvarsan et de leur cause (Die Salvarsantodesfälle und ihre Ursachen mit Berücksichtigung der Salvarsanschäden), par A. Schmitt. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 1914, n^{os} 24 et 25, p. 1337 et 1396.

S. prend comme point de départ le livre où Mentberger a réuni 274 cas de mort par le salvarsan. Il commence par en éliminer 102 cas, les uns reproduits 2 fois, d'autres (35) réduits à un nom d'auteur, d'autres (59) où le salvarsan ne peut vraiment pas être accusé sérieusement, enfin les morts de nouveau-nés. Il en reste 172 cas. Il y a certainement des contre-indications non pas absolues, mais relatives. D'abord, il faut se méfier des doses trop fortes : plus de la moitié des cas de mort se sont produits après une seule injection.

Quelques-uns s'expliquent par une action directe sur certains organes malades (cœur, vaisseaux sanguins, foie, rein), sur des néoplasmes, par l'idiosyncrasie, par la susceptibilité des centres nerveux, par les erreurs de technique.

Il faut apprécier l'action du salvarsan avec un esprit critique pondéré, sans optimisme béat ni pessimisme exagéré. Ch. Audry.

Un cas de mort après une injection de néosalvarsan à forte c n-centration, par J. Morawski. *Revue neurologique,* avril 1915, p. 242.

Homme de 51 ans, atteint de paralysie générale. Injection de 0 gr. 30 de

néosalvarsan dans 2 centimètres cubes d'eau distillée 2 fois et stérilisée, la température ne dépasse pas 38°,1. Quatre jours après, injection de 0 gr. 45 de néosalvarsan dans 2 centimètres cubes d'eau également distillée 2 fois et stérilisée. Au bout de 24 heures, attaque avec perte de connaissance et pouls accéléré. T. 35°,4, le lendemain T. 40°, perte de connaissance, mouvements involontaires des mains, paralysie faciale gauche. Mort 75 heures après la 2e injection.

M. conclut qu'il est prudent d'éviter le salvarsan et le néosalvarsan chez les paralytiques généraux âgés ou avancés chez lesquels on peut soupçonner une dégénérescence des parois vasculaires. G. Thibierge.

Graves complications consécutives à une injection intrarachidienne de néosalvarsan (Unfavorable complications following an intradural injection of neosalvarsan), par Gordon. *The Journal of the American medical Association*, 21 novembre 1914, p. 1851.

H., âgé de 35 ans, atteint de tabès, reçoit d'abord une injection de sérum salvarsanisé qui est bien supportée, puis, deux mois après, une injection intrarachidienne de néosalvarsan suivant la méthode de Ravaut. Une demi-heure après cette injection, violentes douleurs dans les membres inférieurs, puis, les jours suivants, vomissements, rétention d'urine, incontinence des matières fécales et, finalement, escarres au niveau du gland, du scrotum et du sacrum. Quinze jours après, le malade était incapable de se tenir debout, les douleurs des jambes étaient devenues intolérables, la rétention des urines et l'incontinence des matières persistaient, les placards gangreneux s'étaient approfondis, la température était de 40° et le malade mourait 19 jours après son injection. S. Fernet.

Encéphalite aiguë après néosalvarsan (Encefalitis aguda post-neosalvarsánica), par Gonzalez Agustina. *Actas dermo-sifiliográficas*, décembre 1914-janvier 1915, p. 113.

H. de 49 ans, syphilitique depuis 22 ans. En 1914, il présentait une syphilide papulo-pustuleuse généralisée framboesiforme, avec céphalée nocturne intense et arthralgies multiples. Traitement par huile grise et néosalvarsan. A la 2e injection de 0,45 de néosalvarsan, apparition d'une céphalalgie intense, suivie de vomissements, nausées, convulsions, constipation, oligurie et fièvre, symptômes qui correspondent tous au cadre d'une encéphalite aiguë, et qui guérirent au bout de 18 jours, avec la manifestation de la syphilis. L'apparition des accidents peu d'heures après une injection de néosalvarsan oblige à établir une relation étroite entre les deux, bien que le mécanisme de production des symptômes cérébraux ne puisse être bien clairement élucidé. J. Méneau.

Névrite syphilitique après salvarsan (Nevritis sifilítica post-salvarsánica), par Gimeno. *Actas dermo-sifiliográficas*, avril-mai 1915, p. 215.

Il s'agit d'une femme de 29 ans, contagionnée par son mari à une date inconnue, qui fut traitée par le mercure et le néosalvarsan pour une kératite parenchymateuse syphilitique. Au bout d'un mois et demi de traitement, pendant l'emploi des injections intraveineuses de néosalvarsan, elle

a une neuro-récidive intense qui amena une cécité presque complète. Celle-ci disparut entièrement après des injections de cyanure de mercure, et la malade revint à une santé parfaite. J. Méneau.

Sur les paralysies arsenicales (Ueber Arsenlähmungen), par Obermiller. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1913, n° 21, p. 566.

Dans une revue d'ensemble, non susceptible d'analyse, O. n'a pas beaucoup de peine à montrer que beaucoup d'accidents nerveux postérieurs à l'emploi du salvarsan retrouvent leurs modèles parmi les accidents d'intoxication arsenicale pure : troubles gastriques, encéphalite, paralysies spinale et périphérique. Dans tous ces cas, il n'y a pas à recourir à l'explication d'une réaction. Ce sont bien des accidents d'empoisonnement arsenical, aussi bien d'ailleurs que la réaction habituelle qui se produirait chez des sujets prédisposés par des mécanismes différents. Ch. Audry.

L'action du 606 sur les yeux ; sept cas de complications graves consécutives à son emploi (The effect of 606 on the eye with the report of seven cases of serious eye complications following its use), par Mc. Adams. *Boston Medical and Surgical Journal,* 26 février 1914, p. 308.

D'après A. il n'a pas été prouvé que les complications oculaires consécutives au 606 soient dues au médicament lui-même.

Le 606 est inoffensif pour l'œil sain. Il donne des résultats favorables dans les affections syphilitiques de l'iris, de la choroïde, de la rétine, du nerf optique, ainsi que dans la paralysie syphilitique des muscles de l'œil et quelquefois dans la kératite interstitielle. On n'obtient aucun résultat dans l'atrophie primitive du nerf optique.

Les complications oculaires graves sont dues à l'emploi de doses insuffisantes qui n'ont pour résultat que l'exagération de la virulence de l'infection. S. Fernet.

Essais de pathogénie des lésions oculaires et auditives observées après l'emploi du néosalvarsan, par F. Terrien et P. Prélat. *Paris Médical,* 30 mai 1914, p. 633.

T. et P. concluent de l'étude de quatre cas personnels, que les accidents oculaires et auditifs survenus chez leurs malades à la suite d'injections d'arsénobenzol relèvent d'une lésion syphilitique et non d'une lésion toxique, et en trouvent la preuve dans les éléments suivants :

1° la simultanéité des complications oculaires et auriculaires.

2° l'existence de la réaction méningée qui a précédé et accompagné les accidents.

3° les signes d'activité syphilitique (réaction de Wassermann positive chez un malade, poussées d'iritis chez les trois autres), qui indiquent la nature spécifique de cette réaction méningée.

4° l'apparition généralement tardive de ces manifestations, sans aucun signe concomitant d'intoxication arsenicale.

5° l'amélioration fréquente de ces accidents à la suite du traitement mercuriel.

Il est possible néanmoins que le salvarsan ait une action indirecte, soit qu'il refoule vers les centres nerveux les tréponèmes chassés brutalement du tissu cutanéo-muqueux, soit qu'il mette en liberté une quantité consi-

dérable de toxine, d'où résulterait l'apparition d'une véritable réaction de Herxheimer. R.-J. Weissenbach.

Grave éruption cutanée consécutive au néosalvarsan (Severe cutaneous eruption following neosalvarsan), par Thomas et Moorhead. *Journal of the American Medical Association,* 21 février 1914, p. 608.

I obs. — Femme, âgée de 22 ans, atteinte d'un chancre spécifique, reçoit d'emblée 3 injections de néosalvarsan à 0,75 centigrammes. Douze jours après la 3e injection elle présente une rougeur diffuse des bras ; cette rougeur s'étend rapidement au corps entier, s'accompagne d'œdème, de suintement et aboutit à une érythrodermie exfoliante généralisée qui ne guérit qu'après deux mois de traitement local.

II obs. — Femme, âgée de 35 ans, reçoit 3 injections de néosalvarsan à 0,90 centigrammes (syphilis ancienne, céphalées). Après la 2e injection — éruption fugace sur les membres s'accompagnant de fièvre. Après la 3e injection, éruption généralisée, érythémateuse d'abord, puis papuleuse et pustuleuse s'accompagnant d'œdème, de suintement et de desquamation. Durée 6 semaines. S. Fernet.

Nouvelle note sur les altérations du foie par le salvarsan (Ein weiterer Beitrag zur Leberschädigung durch Salvarsan), par P. Heinrichsdorff. *Berliner medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 49, p. 2283.

Un tabétique reçoit 1,10 de salvarsan en 3 injections la dernière (de 0,60) administrée 23 jours après la seconde qui avait suivi la première à 6 semaines d'intervalle. Le lendemrin, douleur dans le ventre, fièvre, etc. ; puis dyspnée, albuminurie, foie gros et douloureux, enfin mort le 10e jour.

Au microscope nécrose hémorragique centrale du foie, due au salvarsan.

L'absence d'ictère est remarquable. Ch. Audry.

Les ictères toxiques du néosalvarsan, par Dujardin. *Journal médical de Bruxelles,* 12 avril 1914, p. 182.

Le néosalvarsan, sous l'effet de l'accumulation des doses, détermine fréquemment l'ictère ou le subictère.

D. a observé 25 cas d'ictère consécutif aux injections de néosalvarsan. La symptomatologie est celle de l'ictère catarrhal ; sa durée est de 3 semaines environ mais la convalescence est longue.

D. n'a pu déceler d'action hémolytique, la résistance globulaire est au contraire augmentée, mais bien une action hépatotoxique. Le pronostic immédiat est bénin, mais il y a lieu de faire des réserves sur la possibilité d'atteinte hépatique ultérieure. R.-J. Weissenbach.

Néphrite et cystite hémorragiques après néosalvarsan, par A. Nanta. *Annales des maladies vénériennes,* mai 1914, n° 5, p. 354.

Observation I. — Homme, 37 ans. Chancre et roséole. Après une injection intraveineuse de 0 gr. 60 de salvarsan apparition de vomissements, de fièvre à 38° et d'hématurie d'origine rénale suivie 3 jours plus tard de cystite hémorragique. L'examen de la résistance globulaire démontra l'existence de fragilité globulaire.

Observation II. — Femme, 27 ans. Syphilis de deux ans, irrégulièrement traitée. Une première injection intraveineuse de 0 gr. 55 de 606 est bien

supportée. Un an plus tard une injection de 0 gr. 75 de néosalvarsan est suivie de frissons de fièvre à 39°,4, de courbature, de céphalée, de vomissements et d'hématuries avec pollakiurie et ténesme vésical. La durée des accidents n'a pas dépassé sept jours. La malade était anémique.

L'existence des troubles hématologiques et sérologiques chez ces deux malades, retard de la coagulation et fragilité globulaire dans l'observation I, anémie dans l'observation II après le traitement arsenical, nous paraissent dignes d'être signalés. R.-J. Weissenbach.

Traitement abortif de la syphilis.

Sur le traitement abortif de la syphilis (Beitrag zur Abortivbehandlung der Lues), par Zurn. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1913, n° 36, p. 1654.

Z. cite : Müller, 25 cas traités par salvarsan et mercure avec 18 succès sur 24 (durée d'observation 9 à 14 mois).

Stern : 14 cas avec 11 cas sains (durée d'observation 4 à 14 mois).

Hecht : 50 cas avec 11 récidives (de 4 à 16 mois).

Garomu et Güttmann : 37 cas avec 29 succès (observation de 16 mois).

Rissout : 48 cas avec 10 échecs.

La statistique personnelle de Zürn porte sur : 53 cas traités par le salvarsan ou le mercure, ou les deux, avec 19 échecs, 30 cas trop récents et 4 succès datant de 13 mois Ch. Audry.

Sur le traitement abortif de la syphilis (Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis), par R. Frühwald. *Wiener medizinische Wochenschrift,,* 1913, n° 39, p. 1555.

Un médecin de 23 ans présente le 26 janvier 1911 deux chancres indurés ; pleïade. Réaction de Wassermann négative. Spirochètes. Excision des chancres : 2 injections intra-veineuses de salvarsan, l'une de 0,30, l'autre de 0,40. Jusqu'en juin 1913, il est resté complètement sain cliniquement, avec une réaction de Wassermann négative, qui resta négative après réactivation. C'est peut-être bien une abortion, et après 0,70 de salvarsan seulement. Ch. Audry.

Sur le traitement abortif de la syphilis (Ueber Abortivbehandlung der Syphilis), par W. Lier. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 46, p. 2247.

Sur 34 porteurs de chancres traités par mercure plus néosalvarsan, 27 sont restés indemnes de tout accident (mais 4 des malades ne peuvent guère compter, comme d'observation trop récente — mieux vaut compter 23 sur 30, ce qui est fort différent. N. D. T.). Sur 10 porteurs de chancres traités par le mercure, un seul était indemne de tout accident, et avec une réaction de Wassermann négative, au bout de 9 mois. Ch. Audry.

Sur le traitement abortif de la syphilis (Zur Abortivbehandlung der Syphilis), par W. Kerl. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 46, p. 1893.

Les relevés de Kren faits en 1912 (sur les malades de la clinique de Rille) donnaient 16 pour 100 de récidives pour les malades qui ne présentaient pas encore la réaction de Wassermann ; le chiffre des récidives était de 56,7 pour 100 chez les porteurs de chancres avec réaction de Wasser-

mann. Sur les relevés de K., qui portent sur des cas plus anciens, la proportion passe à 26 pour 100 pour les premiers et 60 pour 100 pour les seconds.

Les pourcentages sont un peu moins favorables chez les sujets traités par le néosalvarsan.

Cette influence d'une séro-réaction positive sur le pronostic est frappante.

K. observe qu'il faut un minimun de 8 mois d'ancienneté pour qu'un résultat commence à acquérir quelque valeur, mais sur 33 récidives, 5 apparurent entre le 13e et le 25e mois; dans 15, entre le 6e et le 12e mois; dans 13, entre le 1er et le 6e mois. Ch. Audry.

Sur le traitement abortif de la syphilis par le salvarsan (Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis mittels Salvarsan), par Mullern-Aspegren. *Dermatologische Zeitschrift,* 1913, t. 20, p. 992 et 1078.

M.-A. a pu suivre 34 malades traités par salvarsan et Hg pendant un temps minimum de 12 mois : 25 étaient des porteurs de chancres (dont 11 avec une réaction de Wassermann positive), qui présentèrent 4 récidives ; un des malades offrit une réinfection.

Sur les 9 malades traités en syphilis secondaire précoce, 3 présentèrent des récidives ; un des malades se réinfecta.

M.-A. publie dans le second article les observations de ses 2 réinfections. Sur une cinquantaine d'autres cas dont il a eu connaissance dans la littérature, il en a trouvé 15 de certains, ou de probables. Ch. Audry.

L'abortion de la syphilis par la salvarsanothérapie, par F.-P. Guiard. *Annales des maladies vénériennes,* mars 1914, n° 3, p. 161.

G. tire de l'exposé et de la discussion des faits exposés dans ce mémoire les conclusions suivantes :

1° L'affirmation de Lévy-Bing que le 606 ne stérilise pas la syphilis, ne repose pas sur des faits assez probants pour entraîner une ferme conviction. Les doses employées étaient trop faibles, le nombre des injections était insuffisant, il aurait fallu recommencer de nouvelles cures dès l'apparition du moindre indice suspect.

2° Les résultats (10 observations) obtenus par G. sont plus satisfaisants car les doses employées sont plus élevées, les injections plus nombreuses et dans 4 observations sur 10, une nouvelle cure fut instituée dès la réapparition de la réaction de Wassermann positive ou d'un accident secondaire. Si encourageants d'ailleurs que soient ces résultats il faut se garder d'affirmer que la guérison abortive a été obtenue, mais attendre plusieurs années avant de se prononcer.

3° Une *subguérison* par le fait d'un traitement insuffisant est plus nuisible qu'utile et expose aux accidents que l'on a qualifiés de neuro-récidives (Neisser).

4° Les échecs enregistrés par G. sont dus suivant lui à ce que, pour des raisons variées, les malades n'ont pu être traités suivant la ligne de conduite la plus rationnelle et n'ont pu recommencer de nouvelles cures dès que la nécessité en devenait évidente.

5° G. adresse aux observations de Joltrain les mêmes critiques (insuffisance des doses, défaut de répétition des doses) qu'à celles de Lévy-Bing.

6° Les accidents causés par la salvarsanothérapie sont beaucoup moins graves qu'on ne l'a prétendu. Ils sont imputables à la négligence des contre-indications et à certaines fautes de technique. Les réactions consécutives très fréquentes, plus ou moins pénibles mais non dangereuses et notamment les crises nitritoïdes attribuées par Milian à la vaso-dilatation provoquée par le 606 sont supprimées à coup sûr par une injection préalable intra-musculaire de un milligramme et demi d'adrénaline, qui est douée de propriétés vaso-constrictives.

L'insuffisance rénale du malade est particulièrement dangereuse, quand elle ne s'accompagne pas d'albuminurie, ce qui est, il est vrai, tout à fait exceptionnel.

7° Le néosalvarsan a été accueilli avec le plus vif enthousiasme par un très grand nombre de médecins et substitué au salvarsan. Mais son oxydation qui le transforme en un produit des plus toxiques et qui se produit avec une extrême facilité soit à l'air, soit dans une eau distillée défectueuse, ou parce qu'elle n'est pas d'une pureté absolue ou de très fraîche préparation, constitue un inconvénient sérieux. R.-J. Weissenbach.

La contraluésine comme abortif de la syphilis (Kontraluesin (Richter) in der Abortivbehandlung der Syphilis), par Klausner. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1914, p. 821.

La contraluésine de Richter est un mélange de « salyzol, sozojodol, chinin, sublimé, arsenic et phosphore avec du mercure colloïdal, moléculaire », qui a déjà donné des résultats thérapeutiques remarquables dans le traitement de la syphilis.

Sur 20 cas tous traités avant la fin de la huitième semaine, la contraluésine a fourni 15 cas de guérison totale pendant un laps de temps de 4 à 16 mois. 15 autres cas traités par le salvarsan et la contraluésine ont donné 15 succès pour le même temps d'observation.

Le nombre d'ampoules injectées (ampoule contenant 0,125) a été de 5 à 8. L'injection intramusculaire n'est pas douloureuse, et K. n'a pas eu d'accidents après avoir fait 2 000 injections à 300 malades. Ch. Audry.

Sur le traitement abortif et les neurorécidives après les traitements modernes de la syphilis (Ueber die Abortivbehandlung und Neurorezidive bei modernen Syphilisbehandlung), par Werther. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 22, p. 1099.

Dans cette communication, d'un ton oratoire, W. dit qu'on peut obtenir l'abortion dans la moitié des cas traités par le salvarsan à la période du chancre. Il a observé 30 cas de neurorécidives environ sur un total approximatif de 3 000 malades.

A la période secondaire, il faut multiplier les cures de salvarsan, l'associer toujours au mercure et, même souvent, commencer par administrer celui-ci, etc. Ch. Audry.

Sur le traitement abortif de la syphilis (Ueber Abortivbehandlung der Lues), par J. Saphier. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1914, n° 29, p. 1058.

3 malades traités en 1910 ont donné 2 résultats positifs (pas d'accidents) et 1 négatif.

1 de 1911 = 1 résultat négatif.
7 de 1912 = 7 résultats positifs.
27 de 1913 = 23 résultats positifs et 4 négatifs. Ch. Audry.

Traitement de la syphilis du système nerveux.

L'autosérothérapie du salvarsan dans la syphilis du système nerveux central (The autoserosalvarsan treatment of syphilis of the central nervous system), par Mac Caskey. *The Journal of the American medical Association,* 17 janvier 1914, p. 187.

M. C. a pratiqué l'autosérothérapie du salvarsan chez 7 malades atteints de syphilis cérébrale ; il a fait, au total, 20 injections intrarachidiennes. Dans la majorité des cas il a observé des améliorations surprenantes. Les résultats observés lui permettent d'affirmer l'innocuité de ce traitement lorsqu'il est pratiqué avec une asepsie rigoureuse et avec précaution. La méthode lui paraît être très rationnelle et susceptible de donner dans l'avenir des résultats très favorables. S. Fernet.

Injections intra-rachidiennes de sérum salvarsanisé dans le traitement de la syphilis du système nerveux, y inclus le tabes et la paralysie générale (Intraspinous injection of salvarsanized serum in the treatment of syphilis of the nervous system, including tabes and paresis), par Hough. *The Journal of the American Medical Association,* 17 janvier 1914, p. 183.

Il s'agit d'un procédé préconisé par Swift et Ellis (de Rockefeller Institute). La technique est la suivante : une heure environ après une injection de néosalvarsan ou de salvarsan, on prélève 50 à 60 centimètres cubes de sang du malade. Le caillot s'étant formé, on sépare le sérum, on le dilue à 40 pour 100 avec une solution physiologique, on chauffe à 56° C. pendant une demi-heure puis on conserve la solution au froid. On commence les injections intra-rachidiennes avec une dose de 30 centimètres cubes (après avoir prélevé 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien). Si cette injection est bien supportée, on augmente la dose dans la suite jusqu'à 40 et 50 centimètres cubes. Les injections doivent être répétées tous les 15 jours — on en fait 10 en moyenne. On peut simultanément donner du mercure et des iodures, s'il y a lieu. L'expérience personnelle de Hough porte sur 36 injections faites chez 6 tabétiques — dont 2 n'ont eu qu'une injection chacun. Les 4 autres ont reçu 10 injections environ. L'amélioration a été manifeste chez les quatre malades. S. Fernet.

L'emploi des injections de sérum salvarsanisé « in vitro » et « in vivo » sous l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le tabes et la paralysie générale, par G. Marinesco et J. Minea. *Revue neurologique,* 15 mars 1914, p. 337.

M. et M. ont injecté dans 19 cas de syphilis du système nerveux (15 cas de tabes, 3 de syphilis médullaire dont un à forme d'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne, un de paralysie spasmodique et le 3e de tétraplégie) du sérum du malade ou du sérum d'un sujet normal, qui, après avoir été inactivé, a été mis à l'étuve et additionné d'une quantité donnée de néosalvarsan. L'injection a été faite sous l'arachnoïde spinale.

Les seuls troubles observés ont été la rétention d'urine chez un malale et le réveil de douleurs fulgurantes chez quelques tabétiques. Il y a eu chez quelques malades une amélioration des symptômes, réduction de la tuméfaction d'une arthropathie, diminution des douleurs fulgurantes, mais chez 5 il n'y a pas eu d'amélioration sensible.

Chez deux paralytiques généraux elle a été faite sous l'arachnoïde cérébrale.

Sur 19 paralytiques généraux, il y à eu dans 4 cas, après l'injection, des complications : attaques épileptiformes, monoplégie brachiale. Sur les 15 autres cas, il y en a 4 dans lesquels on puisse parler d'amélioration des troubles psychiques ; les autres sont restés stationnaires. G. Thibierge.

Sur le traitement de la syphilis du système nerveux central par la méthode de Swift et Ellis (Zur Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems nach Swift und Ellis), par K. Eskuchen. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 14, p. 747.

La méthode de Swift et Ellis ne paraît pas agir sur les symptômes objectifs de la paralysie générale et du tabes ; mais elle agit utilement et rapidement sur les phénomènes objectifs de ces maladies et enraie l'évolution du processus. Ch. Audry.

Traitement de la paralysie générale par le salvarsan (Salvarsanbehandlung der progressiven Lahmung), par Runge. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 20, p. 998.

Sur 91 malades, R. a obtenu 34 rémissions, 14 états stationnaires, 39 résultats nuls, 4 résultats mauvais. R. a obtenu des résultats meilleurs avec les fortes doses (au total 3 grammes de salvarsan).

Il conclut que le salvarsan est indiqué au début de la paralysie générale, et même dans des cas un peu plus avancés.

Le traitement doit être très prolongé ; la dose varie suivant la tolérance individuelle ; il faut atteindre un total de 5 à 10 grammes du médicament, et même davantage.

Chez les malades ainsi traités, les rémissions sont plus longues et plus fréquentes qu'après tout autre mode de traitement.

Il modifie sensiblement l'évolution des processus, le ralentit, relève l'état général, etc.

Mais il y a des cas où le traitement ne donne aucune espèce de résultat, et peut même aboutir à une issue fatale.

On ne peut guère compter sur la guérison. Peut-être en augmentant les doses du médicament augmentera-t-on encore le nombre et la durée des rémissions. Ch. Audry.

Salvarsan et syphilis du système nerveux central (tabes compris) (Salvarsantherapie und Lues des Zentralnervensystems [inklusive Tabes dorsalis]), par G. Iwaschenzoff. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 10, p. 530.

Le salvarsan donne de bons résultats dans le traitement de ces lésions ; le néosalvarsan agit d'une manière égale ; il vaut mieux employer de petites doses répétées. Ch. Audry.

Trois ans de traitement de la syphilis des centres nerveux et du tabes par le salvarsan (3 Jahre Salvarsan bei Lues des Zentralnervensystems und bei Tabes), par G. Dreyfus. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 10, p. 525.

Le total des malades traités est de 226.

Dans 24 cas, il s'agissait de localisations précoces. Chez 7 de ces malades, le liquide céphalo-rachidien avait été ramené à la normale, et ils ont tous guéri sans récidive. Dans 17 cas, le liquide n'a pas été guéri. 8 de ces malades ont pu être suivis au moins un an, avec 3 récidives.

Sur 125 malades atteints de syphilis tertiaire des centres nerveux, trois fois seulement le liquide céphalo-rachidien a été ramené à la normale. La plupart des malades se contentent de l'amélioration clinique plus ou moins complète.

Enfin sur 77 tabétiques, D. a obtenu 35 améliorations notables, 30 améliorations, 9 états stationnaires, 3 aggravations.

Il faut remarquer qu'on peut obtenir de bons résultats même chez des tabétiques à liquide normal. Ch. Audry.

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ETUDE CLINIQUE DES PSORIASIS AU MOYEN DU GRATTAGE MÉTHODIQUE

Par le Dr **L. Brocq.**

Dans de précédents mémoires et dans la thèse inaugurale d'un de mes élèves, M. le Dr Simon, d'Uriage, j'ai fait connaître une méthode nouvelle d'exploration des dermatoses, à laquelle j'ai donné le nom de grattage méthodique. Pour éviter d'oiseuses redites je renvoie à ces travaux ceux de mes lecteurs auxquels ces recherches auraient échappé.

Je me propose aujourd'hui d'étudier avec beaucoup plus de détails que je ne l'ai fait jusqu'ici les divers renseignements que ce procédé permet de recueillir sur les psoriasis.

On sait, que lorsqu'on manie convenablement, c'esl-à-dire avec beaucoup de douceur et une certaine dextérité, la curette d'exploration et qu'on la fait agir sur un élément de psoriasis non encore gratté et vierge de tout traitement local, on commence par détacher de toutes petites squamules en même temps que la surface malade devient d'un blanc mat et prend l'aspect d'une tache de bougie (comparaison depuis longtemps classique) : peu à peu on détache complètement les squames séches stratifiées, et on arrive sur une dernière pellicule (pellicule décollable de L. Duncan Bulkley) ; on la soulève et, au-dessous d'elle, on trouve une surface, dite lisse, rouge et luisante, sur laquelle se voient de petites hémorrhagies punctiformes. Tel est le schème dit classique des résultats obtenus par le grattage de l'élément typique du psoriasis.

Reprenons chacun de ces détails.

I. — Premières couches de squames. — Tous les dermatologistes savent combien les squames des psoriasis varient d'épaisseur suivant les cas, suivant les soins de toilette pris par le malade, suivant les régions du corps. Au niveau des plis, aux endroits où il y a contact de peau avec peau, où il y a macération, les premières couches de squames ne peuvent se former; elles n'existent point. Aux régions du corps qui sont habituellement lavées et savonnées, comme la figure et les mains, elles n'ont qu'une très légère épaisseur: il en est de même sur toute l'étendue des téguments chez les personnes qui ont des habitudes de minutieuse propreté, qui se baignent souvent et se savon-

nent tout le corps. C'est pour cela que, lorsqu'un psoriasis, quelque intense qu'il soit, est traité et bien traité, ces premières couches de squames font d'ordinaire défaut.

Mais, si nous laissons de côté toutes les considérations précédentes, et si nous envisageons les psoriasis en eux-mêmes, abstraction faite des soins de propreté et des traitements locaux, il est certain qu'on peut observer de grandes différences suivant les cas au point de vue de l'épaisseur des premières couches de squames et de leur adhérence.

Nous supposerons donc dans ce qui va suivre que nous explorons toujours la même région, par exemple la région externe du bras ou la région antérieure de l'avant-bras, et que nous avons affaire à un psoriasis non traité, et rarement savonné, ainsi que cela se voit chez les gens du peuple et chez beaucoup de personnes très occupées de la classe moyenne.

Dans un premier type, que nous pouvons désigner sous le nom de *type banal* ou *vulgaire*, le grattage méthodique, dès les premiers coups de curette, enlève quelques très fines squames et blanchit rapidement le revêtement squameux de l'élément psoriasique qui prend nettement l'aspect dit tache de bougie. Au bout du 10e ou du 15e coup de curette, l'effritement des couches squameuses est complet et l'instrument détache à chaque coup une fine poussière blanchâtre : il semble qu'il y ait plusieurs épaisseurs de squames et on n'arrive à les enlever que vers le 25e, le 30e, le 40e coup de curette. Elle sont d'ailleurs d'une absolue sécheresse.

Dans un deuxième type, qui n'est que l'exagération du précédent, et que l'on pourrait désigner du nom de *squarrheux*, les couches squameuses sont beaucoup plus épaisses, beaucoup plus abondantes. Le grattage méthodique enlève des quantités considérables de poussière blanchâtre, et ce n'est guère que vers le 40e, le 50e, le 60e coup de curette que l'on arrive à éliminer toute la couche squameuse sèche qui recouvre l'élément psoriasique.

L'adhérence de ces couches squameuses entre elles est d'ailleurs variable selon les cas : parfois elles constituent une sorte de carapace dure, sèche, que la curette n'entame qu'avec peine, parfois au contraire elles sont éminemment friables. Il nous a semblé que les carapaces dures, difficiles à entamer avec la curette s'observent surtout quand il y a beaucoup d'exosérose au-dessous de la pellicule décollable.

Dans un troisième type que l'on pourrait appeler *lisse,* les couches épidermiques sèches sont très peu épaisses ; elles semblent même parfois faire complètement défaut, et l'élément psoriasique paraît à l'œil nu d'un rouge plus ou moins vif, plus ou moins rosé, sans revêtement épidermique, nu en quelque sorte. Ce n'est d'ailleurs qu'une fausse apparence, car, lorsqu'on passe la curette d'exploration sur un semblable élément, on le voit après 3 ou 4 coups prendre la teinte

d'un blanc mat dite tache de bougie. Il n'en est pas moins vrai que les couches épidermiques sont très peu épaisses, et que l'on arrive presque tout de suite sur la pellicule décollable.

Dans un quatrième type que l'on peut faire rentrer dans le deuxième et auquel conviendrait le nom de *croûteux*, il existe sur l'élément de psoriasis une sorte de carapace plus ou moins épaisse, mais extrêmement dure, et qu'il est presque impossible d'effriter avec la curette. Après avoir donné un certain nombre de coups avec l'instrument, malgré toutes les précautions que l'on prend, la croûte squameuse se détache d'un bloc mettant à découvert brusquement soit la pellicule décollable, soit la surface rouge lisse et luisante.

Dans ce qui précède nous n'avons parlé que des psoriasis purs sans aucune complication. Mais, si l'on explore des psoriasis prurigineux, excoriés, et surtout lichénifiés, on peut relever d'autres particularités.

C'est ainsi que dans les *psoriasis lichénifiés*, l'exploration à la curette montre une épaisseur considérable des squames sèches et surtout une adhérence de ces squames entre elles tout à fait particulière. Il est parfois nécessaire dans ces cas de donner 100, 150 et jusqu'à 200 coups de curette et plus pour arriver à les enlever, et cela ne doit point nous surprendre puisque nous connaissons l'extrême résistance des tissus lichénifiés à l'exploration à la curette.

Dans les *psoriasis papillomatisés* lesquels ne sont souvent que des psoriasis longuement lichénifiés et que l'on observe surtout aux jambes, à la région lombaire, etc..., la résistance des tissus malades est encore plus considérable.

II. — Pellicule décollable. — C'est en 1876 que L. Duncan Bulkley a pour la première fois signalé l'existence dans le psoriasis, au-dessous des squames blanches stratifiées, d'une fine pellicule transparente que l'on peut décoller par lambeaux et au-dessous de laquelle existe la surface rouge, lisse et luisante classique.

Voici comment il s'est exprimé à ce sujet (1) :

« Beaucoup d'auteurs parlent d'une base saignante au-dessous de la plaque du psoriasis, ou plutôt ils disent que la surface sous-jacente est rouge et qu'on peut aisément la faire saigner après que l'on a enlevé les squames blanches. Le point sur lequel je veux appeler l'attention est le suivant. Après avoir enlevé les squames perlées ou argentées qui couvrent la surface d'un placard, en grattant avec précaution nous arrivons sur une surface lisse qui ne nous donne plus de squames, mais que l'on ne peut pas faire saigner en pressant entre les doigts. Mais si, maintenant, nous prolongeons le grattage avec une curette, ou avec un canif, avec une force douce qui ne soit pas suffisante pour

(1) L. Duncan Bulkley, Note on a hithertoo undescribed point in the diagnosis of psoriasis, *Archives of dermatology*, 1878, p. 129.

blesser l'épiderme sain de chaque côté de la plaque, nous trouverons qu'il y a une pellicule lisse, membraneuse, qui glisse non comme une squame, mais sous forme de feuilles parfois de presque la grandeur de la plaque, laissant au-dessous d'elle la surface rouge composée des papilles allongées et des prolongements interpapillaires du corps muqueux de Malpighi, surface que l'on peut facilement faire saigner par un très léger nouveau grattage.... Cette membrane pelliculaire.... existe, d'après mon observation, jusqu'à ce qu'un tissu complètement sain ait remplacé les placards psoriasiques. »

Quand j'ai fait mes premières recherches sur le grattage méthodique, j'ai retrouvé cette pellicule décollable, et, comme la découverte de L. Duncan Bulkley avait passé à peu près complètement inaperçue, comme en France en particulier les dermatologistes n'en avaient jamais parlé, sauf quelques mots insérés par E. Besnier (1) dans un article sur le traitement du psoriasis, j'ai cru de très bonne foi pendant quelques jours avoir été le premier à en constater l'existence. Inutile d'ajouter que, dès que j'ai eu connaissance des travaux de Duncan Bulkley, travaux que j'ai été amené à lire complètement en faisant des recherches bibliographiques sur le signe du *coup d'ongle* dans le psoriasis, je me suis empressé de rendre au dermatologiste américain ce qui lui était dû.

Mais il ne faut pas croire que ce dernier ait tout dit à ce sujet.

L'étude de la pellicule décollable du psoriasis est en effet extrêmement difficile, et l'observateur ne doit pas s'attendre à toujours trouver au-dessous des strates cornées une fine pellicule transparente facilement décollable et aisée à constater.

Dans un certain nombre de cas, que je considère pour ma part comme étant la plus haute expression du type objectif psoriasis, la description de L. Duncan Bulkley et celle qne j'ai donnée après lui sont exactes. Après avoir enlevé très doucement et progressivement à la curette toutes les couches cornées sèches que le grattage rend d'un blanc mat de bougie, on arrive sur une surface qui ne blanchit plus par le coup de curette, et qui est d'un rouge plus ou moins vif, plus ou moins rosé, et cependant en comprimant sur elle un morceau de papier de soie au moyen du compresseur de verre, on ne perçoit aucun vestige d'exosérose, c'est-à-dire que le papier de soie ne s'humidifie nullement : il reste parfaitement sec.

Si alors, avec toute sorte de précautions, on gratte légèrement cette surface, après un nombre de coups de curette, qui, dans les formes typiques, varie de 4 à 10, on soulève une fine pellicule qui se détache de la surface sous-jacente par lambeaux de deux, trois, cinq milli-

(1) E. Besnier, Article Traitement du psoriasis in A. Robin, *Traité de thérapeutique appliquée*, Paris, 1897.

mètres carrés environ, parfois plus encore. Cette pellicule, nous ne saurions trop le répéter, n'est pas nacrée, elle est transparente, elle ressemble à la paroi d'une phlyctène quoiqu'elle paraisse beaucoup plus mince. Si on la saisit entre les mors d'une pince et si on tire doucement, elle se décolle encore un peu, mais elle se déchire presque tout de suite ; et il est rare (voir plus loin) qu'elle continue à se décoller sur une assez vaste étendue.

Cependant on peut à cet égard distinguer plusieurs catégories de faits: 1° Les *faits typiques*, ceux dans lesquels la pellicule décollable s'enlève, comme nous venons de le dire, par petits lambeaux de quelques millimètres carrés ; 2° Les faits dans lesquels la pellicule décollable s'enlève par vastes lambeaux de 5 millimètres carrés, de 1 centimètre carré et même plus : dans ces cas il s'agit presque toujours de psoriasis à éléments assez considérables, d'au moins deux centimètres et plus de diamètre, d'un rouge vif, n'ayant à leur surface que peu de couches stratifiées de squames nacrées, et présentant au-dessous de la pellicule décollable un degré accentué d'exosérose. Il est de règle dans ces cas que, lorsqu'on enlève la pellicule décollable, en la soulevant avec la curette ou avec une pince, lorsqu'elle s'est déjà détachée du centre de la lésion et qu'on arrive vers les bords, il se produise une hémorragie assez abondante au-dessous de la pellicule, et le malade y éprouve parfois une assez vive douleur ; 3° Les faits dans lesquels la pellicule ne se détache que sous forme de tout petits lambeaux de 1/2 millimètre, 1 millimètre, 2 millimètres carrés à peine d'étendue, parfois très difficiles à voir : il est nécessaire dans ces cas de pratiquer ces explorations avec une extrême minutie et de les répéter avec beaucoup de patience en utilisant toujours, comme nous l'avons dit dans nos travaux, des éléments non traités, pour pouvoir arriver à se faire une opinion.

Il existe, comme on le voit, toute une série de faits qui vont du type le plus élevé de la série caractérisé par la présence d'une pellicule décollable relativement étendue et fort nette, à l'absence totale de pellicule décollable.

Je considère l'existence de la pellicule décollable comme importante et l'on verra plus loin qu'elle constitue peut-être la particularité la plus spéciale au psoriasis : on a dit qu'elle ne s'observait dans aucune autre dermatose. Je crois qu'il ne faudrait pas être aussi affirmatif. On peut en effet, dans certains cas d'eczéma fort intenses s'accompagnant de dermite profonde, surtout lorsqu'ils siègent aux membres inférieurs, constater des desquamations assez particulières qui se rapprochent singulièrement de cette pellicule. Voici dans quelles circonstances. Si l'on traite ces eczémas, dits faussement eczema rubrum, par des applications humides pendant un certain laps de temps, puis si on les met dans de la poudre de talc, il se forme dans la majorité des cas, en 12

ou 24 heures, à leur surface une fine pellicule squameuse, lisse, transparente, que l'on peut décoller par larges lambeaux, et qui laisse alors au-dessous d'elle une surface rouge et suintante. Certes on ne peut l'identifier à la pellicule décollable du psoriasis, car, si on attend plus longtemps, cette pellicule s'épaissit et est peu à peu soulevée par des lacs de sérosité plus ou moins louche ou même purulente ; mais il n'en est pas moins vrai que si on l'examine tout à fait au début de sa formation elle ressemble singulièrement à notre pellicule décollable.

III. — Surface rouge, lisse et luisante. — La pellicule décollable enlevée nous avons sous les yeux la surface rouge lisse et luisante regardée comme pathognomonique du psoriasis par tous les dermatologistes qui ont décrit le « signe du coup d'ongle ». Et à ce propos nous avons à étudier : *a*) la *surface* elle-même, *b*) l'*exosérose* qui se produit à son niveau, *c*) les *hémorragies* qu'on peut y observer, *d*) le *purpura*.

a) La *surface elle-même*. — Quand on regarde de fort près la surface que l'on vient de mettre à nu après l'ablation de la pellicule décollable on ne la voit pas toujours parfaitement lisse comme l'ont dit la plupart des auteurs. A un examen attentif elle paraît souvent un peu inégale, comme tomenteuse, comme si elle était hérissée d'une infinité de toutes petites papilles. Nous reconnaissons cependant qu'assez souvent, à l'œil nu, elle paraît lisse et qu'elle brille comme si on l'avait enduite de vernis. Néanmoins cet aspect de vernis s'observe bien plus avant l'ablation de la pellicule décollable. La couleur de la surface lisse varie suivant les cas du rouge vif qui est la règle au rouge violacé qui s'observe surtout lorsque l'inflammation est très intense et aux membres inférieurs, et au rouge rosé qui est assez fréquent chez les adolescents, chez les femmes et aux membres supérieurs.

b) Une circonstance assez importante, qui a échappé à la plupart des observateurs, c'est que, dans presque tous les cas, sinon dans tous, il se produit une *exosérose* fort nette au niveau de la surface rouge lisse et luisante dès qu'on a enlevé la pellicule décollable. Et comment n'en serait-il pas ainsi ? On a en effet mis à nu les cellules polygonales du corps muqueux de Malpighi ; on a effectué une excoriation au 1er degré. Seulement cette exosérose est très variable d'intensité selon les cas, et il semble que la constatation de cette intensité ait une certaine valeur au point de vue du pronostic de l'affection et de l'orientation de la médication locale.

Pour l'apprécier il faut se servir, comme je l'ai dit en exposant ma méthode du grattage méthodique, de la feuille de papier à cigarettes que l'on applique sur la partie dénudée et que l'on comprime avec le compresseur de verre. On peut ainsi constater certaines particularités.

Parfois l'exosérose est extrêmement abondante et inonde littéralement le papier : parfois elle est d'intensité moyenne et n'imbibe que

progressivement le papier qui reste collé à la surface dénudée lorqu'on enlève le compresseur ; parfois elle est vraiment minuscule et ne tache que partiellement et lentement le papier à cigarettes : il nous a paru que jamais elle n'était totalement absente.

En outre dans certains cas elle semble ne se produire qu'au niveau de quelques points punctiformes, çà et là disséminés sur la surface dénudée, et elle fait alors penser à l'existence de vésicules analogues aux vésicules typiques de l'eczéma. Ces dernières apparences sont bien déconcertantes pour l'explorateur et pour le dermatologiste de profession. Elles font croire parfois à l'existence d'un eczéma séborrhéique psoriasiforme ou parakératose psoriasiforme eczématisée et non à un véritable psoriasis. Il faut alors, comme nous le disons plus loin, soigneusement peser tous les termes du problème et tenir compte de toutes les autres particularités du cas avant de porter son diagnostic.

Nous avons à plusienrs reprises recherché la réaction de cette sérosité sur le papier du tournesol. Il nous a paru que le plus souvent elle était neutre ou très légèrement alcaline.

c) Les auteurs qui se sont occupés jusqu'ici du signe du « *coup d'ongle* » dans le psoriasis disent que, lorsqu'on a enlevé les squames stratifiées, on arrive sur une surface rouge, lisse et luisante, parsemée d'un piqueté hémorragique. C'est le signe de la « rosée sanglante ».

Formulée en ces termes cette proposition est inexacte.

Dans quelques cas on observe bien, dès que l'on a enlevé la pellicule décollable, une ou plusieurs fines hémorrhagies punctiformes au niveau de la surface rouge lisse et luisante. Nous avons vu plus haut que, lorsqu'on enlevait brutalement une pellicule décollable très résistante, assez peu adhérente et se détachant sur une assez vaste étendue, on provoquait tout de suite une assez forte hémorragie vers les bords des éléments. Tout cela est exact ; mais dans la plupart des cas, et surtout dans les cas dits typiques de psoriasis, il n'en est pas ainsi. Lorsqu'on a soulevé avec tout le soin et toute la déliéatesse voulus la pellicule décollable sur une étendue de quelques millimètres, on ne voit pas d'hémorrhagie au niveau de la surface rouge, lisse et luisante, et il ne s'en produit pas si on laisse les choses en l'état. Pour en obtenir il faut donner de nouveaux coups de curette sur cette surface dénudée, et, selon les cas, le nombre des coups de curette à donner pour obtenir les hémorragies punctiformes varie de un à vingt et même davantage chez certains sujets.

Il y a donc une résistance et une épaisseur du corps muqueux de Malpighi des plus variables selon les cas et suivant les régions du corps dans un même cas.

Parfois même il est vraiment assez difficile d'obtenir de véritables hémorragies punctiformes en quinconce et, après plusieurs coups de curette, on recueille sur la curette une sorte de fine bouillie rosée cons-

tituée par les cellules du corps muqueux, des lymphocytes, des hématies, puis la surface se met à saigner.

Par contre il est des cas où d'emblée il se produit une hémorragie relativement abondante.

d) La question de l'apparition du *purpura* au niveau des éléments du psoriasis n'avait jamais été abordée avant nos recherches. Or elle présente une importance considérable au point de vue du diagnostic. Je n'ai d'ailleurs à ce sujet que peu de chose à ajouter à ce que j'ai déjà signalé dans mes précédentes publications.

Dans la majorité des cas le purpura ne se produit pas avant les hémorragies. Il faut en excepter certains faits de premières poussées aiguës de psoriasis survenant chez des sujets qui n'en ont encore jamais eu, et certains cas de poussées aiguës récentes de psoriasis chez des sujets qui en ont déjà eu. Dans ces cas, ainsi que nous l'avons déjà noté, le grattage méthodique peut faire apparaître du purpura avant qu'aucune hémorragie ne se soit produite. Mais nous pensons qu'il faut pour qu'il paraisse que la pellicule décollable ait été enlevée.

Ce n'est que lorsque le psoriasis se développe chez un sujet syphilitique que le grattage méthodique peut faire apparaître du purpura premier au niveau d'un élément psoriasique avant l'ablation de la pellicule décollable.

Cependant nous ne pouvons affirmer que ce fait insolite ne puisse pas se produire aussi chez ceux qui ont des maladies du système circulatoire, soit affections du cœur, soit affections des vaisseaux. Nous croyons l'avoir relevé dans certains de ces cas, mais il nous est impossible d'affirmer que ces sujets fussent bien indemnes de syphilis : il y a là toute une série de recherches à reprendre.

Dans la majorité des cas, dès qu'une hémorragie punctiforme s'est produite sur la surface rouge lisse et luisante, on constate par la vitropression qu'en ce point exactement il existe un élément de fin purpura. De telle sorte que la chronologie ordinaire des faits dans le psoriasis adulte typique est la suivante : ablation de la pellicule décollable, exosérose, hémorragies punctiformes et immédiatement après, pour ainsi dire simultanément, purpura.

Synthèse des résultats donnés par le grattage méthodique dans les psoriasis. — Si nous essayons maintenant de synthétiser les résultats que nous venons d'analyser, nous voyons qu'un premier point capital en résulte : c'est que tous les faits que la majorité des dermatologistes groupe sous le nom de psoriasis ne sont pas exactement comparables entre eux. Les psoriasis sont constitués en réalité par un immense agrégat de faits qui se groupent autour d'un type central ou parfait, et qui se relient par de nombreux faits de passage aux autres types dermatologiques voisins. Certes ce n'est pas une nouveauté que nous énonçons en ce moment : nous l'avons, avec d'autres

auteurs, depuis longtemps proclamé, nous élevant contre la conception d'une entité morbide bien définie nettement délimitée dans ses contours qui serait le psoriasis. Mais il n'est pas inutile, surtout en ce moment où divers travaux histologiques et étiologiques tendent à donner à cette théorie l'apparent appui de preuves scientifiques, de montrer à quel point l'analyse clinique minutieuse est opposée à ces conceptions de laboratoire.

Quoique nous cherchions, quoique nous nous efforcions à trouver, nous en revenons toujours à nos travaux de 1892 sur la méthode graphique en dermatologie. Les idées que nous y avons émises sont les seules qui se moulent sur les constatations cliniques et sur l'analyse des faits. Nous y renvoyons ceux de nos lecteurs consciencieux qui ne craindront pas de parcourir un mémoire un peu aride.

Il y a donc un type clinique auquel on pourrait donner le nom de *psoriasis pur* ou *typique* lequel est constitué dans sa plus haute expression au point de vue objectif par des plaques assez nettement limitées, arrondies ou ovalaires, plus rarement circinées, plus ou moins étendues, variant d'ordinaire comme dimensions de celles d'un pois à celles d'une pièce de 5 francs en argent, d'un rouge plus ou moins vif, recouvertes de squames plus ou moins épaisses stratifiées, parfaitement sèches. Le grattage méthodique permet d'y déceler les caractères suivants : les squames qui recouvrent la surface des plaques s'effritent peu à peu sous l'action des coups de curette ; elles prennent auparavant un aspect d'un blanc nacré dit tache de bougie ; après qu'on les a mécaniquement enlevées, on arrive sur une surface d'un rouge plus ou moins vif ; on peut alors par le grattage soulever une fine pellicule transparente qui se détache par lambeaux de quelques millimètres carrés de superficie ; au-dessous de cette pellicule se voit une surface rouge, luisante ou tomenteuse, qui laisse transsuder un peu de sérosité citrine ; si l'on continue à donner quelques coups de curette sur cette surface, on provoque l'apparition de fines hémorragies punctiformes et immédiatement après de petits points de purpura aux endroits mêmes où se sont produites les hémorragies.

Telle est, ce nous semble, au point de vue purement objectif, la plus haute expression de ce que l'on appelle communément le psoriasis. Parmi tous ces caractères, quels sont les plus importants, quels quels sont ceux que l'on doit considérer comme étant plus particulièrement pathognomoniques du groupe psoriasis ?

Il semble au premier abord que les caractères des squames soient les plus importants. La squame sèche, stratifiée, prenant sous l'action du grattage l'aspect de la tache de bougie a été regardée par presque tous nos anciens maîtres en dermatologie comme caractéristique du psoriasis. Il est certain qu'on doit en tenir compte, qu'elle peut être un des éléments de constitution de ce type morbide, mais elle

ne peut être considérée comme pathognomonique. On peut l'observer à peu près identique dans certaines syphilides psoriasiformes, dans certains éléments du pityriasis rubra pilaris(1), etc... On ne saurait donc la prendre comme criterium, et s'appuyer exclusivement sur elle pour établir un diagnostic : mais quand elle existe avec tous les caractères que nous lui avons décrits (et il est certain que ce n'est guère que dans le psoriasis qu'elle atteint le maximum de ces caractères) elle doit faire penser au psoriasis.

Par contre l'importance de la pellicule décollable nous paraît être très grande, et je serais même tenté de dire absolue, si je m'en rapportais complètement aux résultats de mes recherches jusqu'à ce jour : mais l'expérience m'a appris qu'en médecine le mot absolu ne doit pas être prononcé. Quoi qu'il en soit je dois dire que j'ai toujours trouvé la pellicule décollable dans les cas qui, par tous leurs autres caractères, me paraissaient bien répondre au type classique du psoriasis. Je ne l'ai pas trouvée dans les autres affections psoriasiformes, de telle sorte que je serais tenté de faire de l'existence de cette pellicule décollable et de son corollaire, la surface rouge et luisante ou tomenteuse sous-jacente, les vrais caractères cliniques du type psoriasis.

Je parlerai à peine de l'exosérose, car ce caractère est un caractère des plus communs dans les dermatoses. Cependant, quand elle se produit en nappe sur la surface rouge et luisante, elle peut avoir une certaine importance, car elle se distingue dans ce cas de l'exosérose qui survient au niveau de tout petits points circonscrits irrégulièrement disséminés sur les surfaces malades et correspondant à des vésicules comme dans l'eczéma vésiculeux vrai. Mais, comme nous l'avons dit plus haut, l'exosérose n'a pas toujours ce caractère dans les psoriasis et elle peut parfois se produire sur la surface rouge par petits points isolés.

L'hémorragie punctiforme et le purpura ont eux aussi une certaine importance et, comme je l'ai déjà dit dans mes publications antérieures, ils sont souvent d'un grand secours pour faire le diagnostic : mais ils ne le sont que par leur chronologie, c'est-à-dire par l'ordre suivant lequel ils apparaissent et non par leur production même, de

(1) J'ai eu la bonne fortune de pouvoir explorer par le grattage méthodique un pityriasis rubra pilaris absolument typique. Sur les plaques rouges et squameuses on enlève péniblement une fine poussière de squames, on n'obtient pas la même teinte nacrée que dans le psoriasis ; la teinte blanche ainsi produite par les premiers coups de curette est plus terne. Au fur et à mesure qu'on continue à gratter on s'aperçoit que la caractéristique de cette affection est une énorme résistance de l'épiderme et du derme. J'ai pu donner jusqu'à 400 coups de curette sur le même point sans provoquer l'apparition ni d'exosérose sous une forme quelconque, ni de purpura. Ces caractères rapprochent cette lésion comme résistance des lichénifications. Ils la différencient très nettement du psoriasis, des parakératoses psoriasiformes, du parapsoriasis et des syphilides psoriasiformes.

telle sorte qu'au point de vue de la constitution du type morbide on ne peut les considérer comme des éléments primordiaux.

Il résulte de ce que nous venons de dire que, bien qu'il soit nécessaire de tenir compte dans la constitution du type psoriasis de tous les éléments que nous avons passés en revue, les deux caractères qui nous paraissent être les plus spéciaux à ce groupe sont la pellicule décollable et sa conséquence immédiate, la surface rouge, luisante ou tomenteuse qui se présente après l'ablation de la pellicule.

Les autres symptômes, se groupant autour de ces deux caractères principaux, contribuent à donner à ce type sa physionomie particulière et, par leurs variations, permettent d'établir des types secondaires.

En parlant de la *pellicule décollable* nous avons vu que l'on pouvait distinguer :

1° Un premier type pur dans lequel la pellicule se détache par lambeaux de quelques millimètres carrés de superficie, dans lequel l'exosérose est d'intensité moyenne, dans lequel les squames nacrées sont assez abondantes, stratifiées, s'effritent progressivement par le grattage en donnant la tache de bougie typique ;

2° Un type à pellicule décollable très accentuée se décollant par vastes lambeaux et dans lequel l'exosérose est d'ordinaire très abondante, les squames nacrées au contraire peu épaisses, ou forment une sorte de croûte qui ne s'effrite qu'avec peine et s'enlève en masse par le grattage ; ce type a une certaine tendance à s'enflammer, à suinter, à donner naissance à d'assez vastes surfaces d'un rouge vif, plus ou moins infiltrées, rebelles aux médications ;

3° Une série de types dans lesquels la pellicule décollable devient de plus en plus difficile à déceler : on ne la soulève que par tout petits lambeaux, extrêmement adhérents, et ces types mènent par d'insensibles faits de passage à ces types que nous avons longuement étudiés et que nous avons essayé d'individualiser d'abord sous le nom impropre de séborrhéides, puis sous celui de parakératoses psoriasiformes. Nous renvoyons à nos travaux et à ceux de nos élèves Fernet et Lutembacher, pour leur étude d'ensemble. Nous ne parlerons aujourd'hui que de leurs étroites relations avec la série des psoriasis.

Dans les types psoriasis qui se rapprochent des parakératoses psoriasiformes, la pellicule décollable devient de plus en plus difficile à mettre en évidence, elle se soulève sous l'influence du grattage méthodique par lambeaux de plus en plus minuscules et, par suite, il est de plus en plus malaisé d'obtenir la surface rouge, lisse, luisante ou tomenteuse des auteurs. Dès que l'on a soulevé le ou les lambeaux de cette pellicule, survient l'exosérose, plus ou moins abondante d'ailleurs suivant les cas ; mais il est bien évident que l'on ne peut obtenir de vastes nappes exosérotiques, puisqu'on ne peut obtenir de vastes surfaces rouges, lisses et luisantes. On n'obtient que de toutes petites surfaces

exosérotiques et, en franchissant un degré de plus vers les parakératoses psoriasiformes, on n'obtient que de toutes petites exoséroses punctiformes, absolument analogues à des vésicules eczématiques.

En même temps, au fur et à mesure qu'on s'avance dans la série qui relie les psoriasis typiques aux parakératoses psoriasiformes, l'ordre chronologique d'apparition des hémorrhagies punctiformes et du purpura peut s'intervertir : il n'y a plus rien de fixe.

Par contre les couches épidermiques superficielles peuvent garder un aspect identique ou presque identique à celui des psoriasis typiques. On peut encore observer des squames parfaitement sèches, stratifiées, prenant un aspect blanc nacré par le grattage. Il faut reconnaître néanmoins qu'à mesure que l'on passe de la série psoriasis à la série que nous avons dénommée parakératoses psoriasiformes sèches, les squames deviennent moins épaisses, moins stratifiées.

Quelle est donc la ligne de démarcation qui sépare les psoriasis des types voisins ? Quel est le critérium qui permet de dire qu'il s'agit d'un psoriasis ou d'un autre type clinique? Ce qui précède montre bien quelles sont nos idées à cet égard. Comme nous l'avons dit plus haut, pour nous le critérium principal est la pellicule décollable et la surface rouge, lisse, luisante ou tomenteuse sous-jacente *sans purpura préalable*. Mais ce qui précède montre bien aussi que nous ne voulons pas tomber dans l'erreur de ceux qui croient que le psoriasis est une entité morbide définie et qu'il doit avoir des limites précises.

Nous pensons qu'il y a des cas frontières entre les psoriasis et les parakératoses psoriasiformes, entre les psoriasis et les pityriasis rubra pilaires, les parapsoriasis, etc... dans lesquels il est pour ainsi dire impossible, disons même franchement parfaitement impossible de se prononcer. Notre méthode graphique souligne de la manière la plus évidente la réalité de ce que nous venons d'énoncer.

On ne doit pas considérer comme constituant la faillite de la méthode du grattage méthodique l'existence de ces cas dans lesquels, armés de cette méthode, nous ne pouvons porter un diagnostic précis. La méthode nous donne ce qu'elle peut donner, avec toute sa précision ; elle nous donnerait davantage qu'elle conduirait à l'erreur. Un procédé d'exploration ne peut pas changer le type morbide d'un fait clinique : il ne peut et il ne doit que permettre d'établir avec plus de précision que la simple vue les caractéristiques de ce fait. C'est ce que permet d'obtenir le grattage méthodique qui nous fournit au point de vue du diagnostic différentiel entre les diverses éruptions psoriasiformes de précieux points de repère (1).

(1) Il nous paraît inutile de les répéter dans cet article. On en trouvera le schème dans notre travail de mai 1907 paru dans les *Annales de Dermatologie* sous le titre suivant : « Le grattage méthodique comme procédé de diagnostic dans certaines dermatoses. »

SUR L'ORGANISATION GÉNÉRALE DES HOPITAUX MILITAIRES DE VÉNÉRIENS ET DES SERVICES-ANNEXES

par le **Dr Pautrier,**

Médecin Aide-Major de 1re classe,
Chef du Centre de vénéréologie de la 8e Région.

Chargé de vous présenter un rapport (1) sur l'organisation générale des hôpitaux de vénériens et des services-annexes, je suis persuadé que je ne dois cet honneur qu'à l'avance que la 8a Région a pu prendre au sujet des mesures propres à combattre le péril vénérien et à assurer la prophylaxie de la syphilis. Je crois en effet, que la 8a Région a été la première à posséder, dès le mois de septembre 1915, date de mon arrivée dans la région, un centre officiel de vénéréologie et, d'autre part, le service-annexe de Bourges pour le traitement des maladies vénériennes en milieu civil a certainement été le premier créé sur le territoire.

Vous m'excuserez donc de faire fréquemment allusion à ce qui a été fait à Bourges et de m'appuyer sur l'expérience que nous ont donné 10 mois de fonctionnement d'un centre militaire et 4 mois de fonctionnement d'un centre civil.

Répondant au programme qui nous a été posé, nous diviserons notre rapport en deux parties : l'une traitant des hôpitaux de vénériens militaires, l'autre des services-annexes pour la population civile.

I. — Organisation générale des hopitaux militaires de vénériens.

I. — *Y a-t-il nécessité de créer des centres spéciaux?*

Bien que cette question puisse paraître inopportune, il y a cependant lieu de la traiter tout d'abord.

Pour prouver l'utilité d'y répondre, il nous suffira de dire qu'elle nous a été posée au cours d'une inspection, par M. le médecin-inspecteur Polin.

Voyons donc les inconvénients et les avantages que l'on peut relever à l'actif des centres spéciaux.

Inconvénients. — Nous n'en voyons qu'un qui puisse être retenu et

(1) Ce rapport a été présenté à la réunion des Chefs de Centres de vénéréologie, tenue le 13 juillet 1916 au Val-de-Grâce, sous la présidence de M. Godart, sous-secrétaire d'Etat.

c'est celui qui nous a été objecté par M. le médecin-inspecteur Polin dans la question qu'il nous posait. Il a trait à la fâcheuse réputation que peut prendre un hôpital uniquement affecté au traitement des vénériens et au coefficient moral qu'il peut imposer aux malades qui y sont hospitalisés.

Nous croyons qu'il est aisé de répondre à cette objection : la plupart des centres de vénéréologie comportent et devront comporter un service de dermatologie.

Il sera dès lors toujours aisé aux malades d'arguer, soit auprès de leur famille, soit auprès de leurs amis, qui viendraient les voir ou s'enquerraient de leur état de santé, qu'ils sont traités pour un eczéma, un psoriasis ou toute autre dermatose.

En ce qui nous concerne personnellement, bien que la 8ª Région présente cette anomalie de posséder un centre de vénéréologie et un centre de dermatologie séparés, nous avons toujours eu soin de conserver à l'hôpital 21, qui est notre centre de syphiligraphie, un certain nombre de cas de dermatologie, de façon à pouvoir créer dans l'esprit du public la confusion nécessaire.

Avantages. — A côté de cet inconvénient minime et facile à corriger, nous voyons par contre les plus grands avantages à la création d'hôpitaux spéciaux de vénériens.

Ces avantages sont d'ordre médical et d'ordre administratif et militaire.

Avantages médicaux. — Il nous suffit pour les apprécier de voir ce qu'est le traitement de la syphilis hors des centres spéciaux. A ce point de vue, notre documentation est particulièrement exacte et complète, puisque pendant plusieurs mois, nous avons reçu à l'hôpital 21 à Bourges des spécifiques qui avaient été préalablement traités dans d'autres hôpitaux.

Les exemples innombrables que nous avons vu défiler nous ont montré que le traitement de la syphilis hors des centres spéciaux est des plus variable quant à sa valeur.

Quand le médecin de l'hôpital général ou de l'infirmerie régimentaire où est soigné le malade est suffisamment au courant de la thérapeutique anti-syphilitique, le traitement pourra parfois être excellent, quelquefois très suffisant. Mais souvent le médecin, même compétent, ne sera pas installé pour pratiquer certaines cures et plus souvent encore, hélas, ce traitement sera fait dans des conditions telles qu'il restera complètement inopérant ou sera totalement insuffisant.

Trop souvent aussi certains médecins ne semblent nullement se rendre compte de ce qu'on peut attendre d'un traitement bien dirigé.

Les observations complètes que nous avons prises des centaines d'entrants ayant déjà passé par l'Hôpital 21, nous ont révélé à ce point de

vue des faits lamentables, quelques-uns même que nous ne pouvons qualifier que de scandaleux.

Nous possédons dans cet ordre d'idées, des documents tristement édifiants. Nous ne pourrions songer à les citer tous ici.

Bornons-nous donc à dire que nous avons vu un homme de l'active, hospitalisé successivement pendant 14 mois pour des manifestations de syphilis, passant d'un hôpital à une infirmerie ou réciproquement et n'ayant jamais été au front, alors qu'il ne s'agissait pourtant pas d'accidents graves, mais de simples syphilides palmaires.

Des malades réformés pour leur syphilis, allant reprendre l'exercice de leur métier civil sans se faire soigner, repris 7 ou 8 mois plus tard par la loi Dalbiez et renvoyés à un régiment qui me les adressait porteurs de plaques muqueuses.

Un malade soigné pendant 16 mois consécutifs dans différents hôpitaux pour furonculose et ecthyma rebelle, nous arrivait au bout de ce laps de temps, porteur de syphilides tertiaires serpigineuses.

A côté de ces cas fantastiques, nous en observons à chaque instant, où les malades sont conservés un mois, deux mois, trois mois dans une infirmerie régimentaire ou un hôpital, où le diagnostic de syphilis a été porté et où on s'est contenté de donner quelques pilules de protoiodure et du sirop de Gibert.

Qu'il nous suffise de citer le cas d'un soldat que nous avons reçu après deux mois de séjour dans un hôpital, nous arrivant avec la face couverte de papules spécifiques, lui faisant un masque léontiasique, et avec une gomme de l'iris pour laquelle notre confrère Cantonnet, médecin chef du Centre Ophtalmologique, consulté aussitôt nous répondit que si l'on n'intervenait d'urgence, l'œil était menacé d'une perte totale dans une ou deux semaines. Pendant ses deux mois de séjour hospitalier, ce malade n'avait reçu que du sirop iodotanique.

D'autres malades, après 2 ou 3 mois d'hospitalisation dans un hôpital ou une infirmerie où ils avaient été traités simplement par des pilules de protoiodure, nous sont arrivés présentant encore des condylomes hypertrophiques de l'anus.

On peut donc dire que trop souvent le traitement de la syphilis, hors des centres spéciaux, est inexistant. En plus de la santé du malade qui peut être compromise, il y a pour l'Etat une perte d'argent et un gaspillage de forces lamentable.

Nous dirons, par contre, tout à l'heure, en indiquant le fonctionnement d'un centre de vénéréologie, comment celui-ci assure un traitement efficace, propre à guérir rapidement le malade.

Avantages militaires. — A ce point de vue encore, nous voyons des avantages notables à grouper les vénériens dans un hôpital spécial pour les raisons suivantes :

1° *Permanence du séjour des malades dans un même hôpital.* —

Il arrive périodiquement qu'en vue d'opérations militaires et pour obéir au désir du haut commandement, il soit prescrit à une région entière, d'évacuer tous les malades transportables dans un délai rapide ; ceux-ci sont alors envoyés dans une autre région quelquefois très éloignée.

Si les spécifiques se trouvent compris dans un hôpital général, ils participeront à cette évacuation ; leur traitement sera interrompu et ils pourront arriver dans un nouvel hôpital où le traitement ne pourra être continué.

Par contre, les hôpitaux de spécialités échappent toujours à ces évacuations et la permanence du traitement se trouve ainsi réalisée.

2° *Discipline.* — Sans penser le moins du monde que les vénériens doivent être traités d'une façon différente que les autres malades, tout en reconnaissant qu'un grand nombre d'entre eux sont d'excellents sujets qui ont eu simplement moins de chance que leurs camarades, il faut bien cependant reconnaître qu'il existe davantage parmi eux ce qu'il est convenu d'appeler en langage militaire, des fortes têtes, et qu'il y a intérêt à ce qu'ils ne soient pas mêlés aux petits blessés et aux malades des hôpitaux généraux, où le service des pansements est souvent assuré par des infirmières où des Dames de la Croix-Rouge.

La question des *sorties* a encore plus d'importance. En temps de paix, les malades en traitement dans un hôpital militaire ne jouissent pas de sorties régulières. De même dans nos hôpitaux civils, à Saint-Louis par exemple, un spécifique entré pour son traitement n'en sort que lorsqu'il est guéri. Mais à l'heure actuelle, il s'est établi dans tous les hôpitaux militaires une tolérance en vertu de laquelle les malades et les blessés sont autorisés à sortir au moins trois fois par semaine.

On voit tout de suite les inconvénients graves qu'il y aurait à laisser sortir ainsi des syphilitiques porteurs d'accidents contagieux.

Or, dans les hôpitaux généraux la surveillance de la porte est, quelquefois, exercée d'une façon assez large et il serait bien difficile d'arriver à éviter que des vénériens ne se glissassent à la porte au milieu des blessés. Par contre, dans un hôpital spécial, la surveillance est beaucoup plus facile à exercer. Le médecin traitant n'autorise en effet, la sortie des malades que vers la deuxième ou troisième semaine de séjour, alors que tous les accidents contagieux ont disparu et la surveillance est beaucoup plus facile, puisque le personnel connaît directement les malades et sait s'ils peuvent sortir ou non.

3° *Tabac.* — La question du tabac mérite également d'attirer l'attention. On sait que l'abus du tabac engendre facilement la production des plaques muqueuses. Or, un certain nombre de soldats n'ont pas tardé à établir le rapport : tabac égale plaques muqueuses

et plaques muqueuses égalent pas de départ pour le front. Il y a donc un intérêt évident à ce que les syphilitiques en traitement ne puissent fumer. Pareille mesure ne pourrait jamais être obtenue dans un hôpital général où les syphilitiques seront mélangés aux malades ordinaires et aux blessés.

Par contre, elle sera d'une application relativement facile, dans un hôpital spécial où il sera entendu que personne ne doit fumer, sous peine de se voir priver de sortie ou même de la ration de vin.

4° *Soins dentaires.* — Enfin une dernière raison plaide encore en faveur du groupement des spécifiques dans un centre, c'est la question des soins dentaires.

La plupart des syphilitiques nous arrivent avec une dentition dans un état assez déplorable. Si l'on veut leur faire supporter un traitement hydrargyrique intensif, il est absolument nécessaire que leurs dents soient complètement surveillées, soignées et mises en état. Ce ne serait pas là chose facile à réaliser dans un hôpital général.

Par contre, comme nous le dirons tout à l'heure, tout centre de syphiligraphie doit comporter un petit service dentaire autonome, qui assure d'une façon constante l'entretien de la bouche des malades.

Nous nous croyons donc autorisé à conclure que nous devons répondre d'une façon affirmative à la première question que nous avons posée et que, tant au point de vue médical, qu'au point de vue militaire, la réunion des vénériens dans des hôpitaux spéciaux, offre les plus grands avantages à côté d'inconvénients minimes.

II. — Où doivent être créés ces centres?

A cette question nous répondrons d'une façon formelle : dans la ville qui est le chef-lieu de la région militaire, là où se trouvent le siège de la direction du service de santé et les autres centres de spécialités.

Le chef du centre est appelé en effet, à avoir des rapports constants avec la direction. Toutes les questions médicales ou administratives qui se posent chaque jour, gagnent infiniment à pouvoir être traitées de vive voix et peuvent recevoir ainsi une solution beaucoup plus rapide. Mais surtout le centre de vénéréologie doit pouvoir s'appuyer sur les autres centres de spécialités, de même que ceux-ci doivent pouvoir s'adresser à lui.

Il existe entre eux un échange quotidien de malades. Tel spécifique présente-t-il des accidents nerveux embarrassants, le centre de neurologie consulté aidera à débrouiller le cas. Par contre tel nerveux est-il soupçonné d'être atteint de syphilis, il est adressé au centre de syphi-

ligraphie pour un examen spécial ou pour une réaction de Wassermann.

Les accidents oculaires des syphilitiques nécessitent également chaque semaine des consultations au centre d'ophtalmologie, de même que celui-ci demandera chaque semaine au centre de vénéréologie un examen complet ou une réaction de Wassermann, pour une iritis douteuse.

Les centres d'oto-rhino-laryngologie et d'urologie ont également recours à chaque instant au centre de vénéréologie, de même que celui-ci s'adresse constamment à eux.

Il y a donc un intérêt capital à ce que tous les centres soient groupés les uns à côté des autres, afin de pouvoir se prêter un mutuel appui dont bénéficient les malades.

Ce groupement de centres doit tout naturellemeut se faire au chef-lieu de la région.

Quel local doit-on choisir ? Autant que possible, les centres de vénériens doivent être installés dans des bâtiments disposant de jardins ou de vastes cours.

Nous exposions tout à l'heure l'intérêt qu'il y avait à restreindre les sorties pour cette catégorie de malades et même à les interdire formellement tant qu'il existe des accidents contagieux. Or, il sera difficile de tenir enfermés dans des salles des hommes venant du front et habitués à la vie en plein air. Il faudrait qu'à défaut de sorties en ville ils puissent disposer d'espaces suffisants pour s'y livrer à des jeux et à des exercices physiques.

Je signalerai, en outre, à propos des locaux, qu'une circulaire ministérielle récente a prescrit de ne jamais installer de centres de vénériens dans des locaux destinés à l'enseignement, afin sans doute d'éviter les récriminations ultérieures des familles, quelque exagérées qu'elles puissent paraître.

III. — Organisation du centre.

1° En dehors des locaux destinés à l'hospitalisation et comportant un nombre de lits variable suivant l'importance de la région et le nombre des vénériens à hospitaliser, un centre de vénéréologie doit comporter en outre :

2° *Un service de consultations externes.* — Nous attachons la plus grande importance à cette consultation externe, qui rend les plus grands services.

L'hospitalisation en effet, doit être réservée aux syphilis primaires et secondaires ou, d'une façon plus générale encore, aux spécifiques porteurs d'accidents contagieux. Mais tous les traitements d'entretien et tous ceux qui s'adressent à des accidents non contagieux, ne néces-

sitent que ce que nous appellerons le traitement ambulant, le malade venant aux heures des consultations recevoir ses piqûres ou se faire faire son pansement.

A cette consultation, peuvent être adressés tous les militaires des dépôts de la région, ainsi que tous les ouvriers travaillant aux établissements militaires.

Qu'il nous soit permis de citer ici, ce que nous avons réalisé à Bourges, qui en plus des dépôts des 8e et 20e régions occupe plus de 30 000 ouvriers aux Etablissements militaires, à la Pyrotechnie, à l'Arsenal, aux Ateliers de constructions.

Nous avons inauguré le service des consultations externes à l'hôpital 21, au mois de septembre 1915 et de 25 consultations données le premier mois, nous en sommes arrivés au chiffre respectable de 950 données le mois dernier.

Ce service des consultations externes rend, nous avons pu nous en convaincre, les plus grands services. Il représente, pour l'Etat, une économie notable, en supprimant le prix des journées d'hospitalisation pour un grand nombre de malades et, pour l'autorité militaire, une économie de temps considérable : un soldat ou un ouvrier se traite sans interrompre son éducation militaire ou son travail aux ateliers, ne perdant ainsi qu'une heure par jour pour son traitement.

3° *Un service dentaire.* — Nous avons déjà dit toute l'importance qu'il y a à ce que la dentition de nos malades, souvent lamentable à leur arrivée, soit mise en état et entretenue, pour permettre des traitements mercuriels vraiment actifs.

Dans un centre important comme l'hôpital 21 à Bourges, qui compte 200 lits, il y a de quoi occuper suffisamment un dentiste à ce service spécial.

Nous nous sommes donc fait adjoindre, par la direction, un dentiste auxiliaire, auquel nous avons installé un petit cabinet dentaire.

Il y a là une mesure qu'il y aurait, croyons-nous, le plus grand intérêt à généraliser.

4° *Un laboratoire.* — Celui-ci est également de toute première nécessité. Il doit comprendre comme installation un microscope, un ultra-microscope, un centrifugeur et une étuve, en plus des réactifs et colorants habituels.

En dehors des examens courants : ensemencements, frottis, etc... il doit surtout répondre à deux nécessités qui constituent un des rouages fondamentaux du centre de vénéréologie : les examens à l'ultra-microscope et la pratique des réactions de Wassermann.

5° *Une petite installation pour animaux.* — Cette installation est toujours facile à réaliser sur place et permet de posséder les lapins et les cobayes nécessaires aux réactions de Wassermann et accessoirement aux inoculations.

IV. — Fonctionnement du centre.

Le centre de vénéréologie doit être à la fois un organe de diagnostic, un organe de traitement et un organe de prophylaxie.

1° *Diagnostic.*

a) *Ultra-microscope.* — En dehors du traitement lui-même, le rôle le plus important qui incombe au centre de vénéréologie consiste dans la vérification des diagnostics difficiles par les méthodes de laboratoire : examens à l'ultra-microscope et recherche de la réaction de Wassermann.

En dehors des erreurs de diagnostic évidentes que le spécialiste est à même de corriger par un simple examen clinique, il est un certain nombre de cas difficiles pour lesquels le contrôle du laboratoire est nécessaire.

Nous attirons tout spécialement l'attention sur le rôle de toute première importance que doit jouer l'ultra-microscope en permettant les diagnostics précoces et l'institution d'un traitement intensif immédiat.

Grâce à cette méthode précieuse, nous ne sommes plus obligés d'attendre qu'une lésion douteuse de la verge ait pris des caractères cliniques suffisants pour permettre d'affirmer l'existence d'un chancre induré. La seule constatation du tréponème, faite par quelqu'un de compétent, permet de poser avec certitude le diagnostic de syphilis et d'entreprendre aussitôt le traitement.

Sur notre demande, M. le Directeur du Service de Santé de la 8e région, a bien voulu envoyer à tous les médecins de la région, une circulaire leur prescrivant d'envoyer immédiatement à l'hôpital 21 tout malade présentant une ulcération douteuse de la verge ou des muqueuses. Nombre de médecins n'ont que trop de tendance à considérer comme insignifiante une petite plaie de la verge tant qu'elle n'a pas pris les caractères extérieurs d'un véritable chancre, plus ou moins étendu et à en commencer le traitement à l'aveuglette par des bains de verge et des pansements avec une pommade ou une poudre quelconque.

Les inconvénients de cette façon de faire sont des plus grands. On perd ainsi un temps plus ou moins long et qui est précieux s'il s'agit d'un accident primitif, puisqu'il représente le délai pendant lequel le trépomène va arriver aux ganglions inguinaux, puis se généraliser dans l'organisme. Quelquefois même, sous des applications de poudre ou de pommade au calomel, prescrites au petit bonheur, le chancre va se cicatriser sans que sa vraie nature ait été reconnue, et le véritable diagnostic ne sera porté que plus tard, sur constatation d'une roséole ou de plaques muqueuses.

Sans compter que, si la vraie nature du chancre n'est pas reconnue, le malade n'est souvent pas hospitalisé à l'infirmerie, qu'il peut trouver le moyen de sortir en ville et aller contaminer d'autres femmes.

Or, ce temps perdu est doublement précieux pour le malade et pour l'Etat.

Il l'est pour le malade, puisque nons savons que l'avenir d'une syphilis se joue dans les six premiers mois et plus encore dans les six premières semaines de l'infection. L'expérience nous montre, chaque jour, que toute syphilis grave, qui donne lieu à des accidents ultérieurs importants, est une syphilis qui n'a pas été soignée pendant les premiers mois. Inversement on peut dire que toute syphilis très énergique traitée dès le début ne donne pour ainsi dire jamais lieu à des accidents tardifs graves.

Mais ce temps perdu n'est pas moins précieux pour l'Etat. Le soldat dont la syphilis n'aura commencé à être traitée qu'au troisième ou sixième mois sera certainement blanchi assez rapidement des accidents qu'il présentera à cette époque, mais cette guérison aura beaucoup moins de chance d'être « bon teint ». Les accidents, en particulier les plaques muqueuses, récidiveront beaucoup plus facilement. Elles nécessiteront de nouvelles hospitalisations, donc de nouvelles pertes d'argent et d'un temps précieux pour l'autorité militaire. Inversement, le traitement intensif précoce mettra beaucoup plus sûrement l'avarié à l'abri de ces récidives. Lorsqu'il est commencé assez tôt, il peut même donner l'espoir, confirmé aujourd'hui par des observations authentiques assez nombreuses, d'une guérison définitive. On voit quel est l'intérêt de l'Etat dans cette question.

Dans la lutte contre la syphilis, la question du diagnostic précoce et du traitement intensif immédiat joue un rôle primordial. Or les conditions actuelles de la médecine militaire nous mettent, si nous savons nous en servir, dans les conditions les meilleures pour résoudre cette question dans son sens le plus favorable, puisque nous tenons les malades en main et que nous pouvons les obliger à se soigner. On voit donc quelle peut être l'importance du rôle joué par un centre de syphiligraphie, puisqu'il est à même de poser un diagnostic extemporané, dans les cas douteux précoces, grâce à l'ultra-microscope.

b) *Réactions de Wassermann.* — La réaction de Wassermann est également appelée à rendre les plus grands services au point de vue diagnostic dans les cas douteux, mais il importe au premier chef qu'elle soit pratiquée par quelqu'un de compétent et en possédant une grande habitude.

Tous ceux qui en ont une expérience suffisante, seront d'accord pour dire qu'elle représente une arme à double tranchant et que, si elle est des plus précieuses entre les mains d'un spécialiste vraiment compétent, elle est une arme dangereuse, si elle est pratiquée par quelqu'un

d'inexpérimenté, les causes d'erreur étant multiples et la réponse fournie pouvant avoir les plus graves conséquences, puisqu'elle imposera une erreur de diagnostic qui aura toutes les apparences de la rigueur scientifique la plus grande.

A notre avis la recherche de la réaction de Wassermann dans un centre de vénéréologie ne peut guère être pratiquée que dans un but de diagnostic. L'idéal serait évidemment de contrôler par elle le résultat du traitement; mais, outre que cette façon d'agir, entraînant un nombre considérable de réactions, nécessiterait un médecin et un personnel spécial, ce qui est difficile à réaliser, elle n'offrirait pas toujours un grand intérêt, le malade étant appelé à quitter rapidement le centre pour changer de région ou pour partir au front et ne pouvant plus être suivi.

2° *Traitement.* — Le but que doit se proposer le traitement de la syphilis dans un centre de vénéréologie doit être :

a) de stériliser le plus rapidement possible les lésions ulcérées afin que l'homme ne soit plus contagieux.

b) de remettre le soldat le plus rapidement possible à la disposition de l'autorité militaire.

c) de faire que les lésions susceptibles d'entraîner une nouvelle hospitalisation ne se reproduisent qu'à une échéance la plus éloignée possible.

Il est un premier point sur lequel nous serons tous d'accord, c'est que le médicament qui répond le mieux à ces desiderata, celui qui, en particulier, stérilise le plus rapidement les accidents contagieux, est le néo-salvarsan ou un des produits français similaires : novarsénobenzol ou galyl.

Au point de vue dose, chacun obéira à ses tendances et à ses inclinations personnelles, mais il est cependant des règles qui limitent notre action.

Il est certain que le séjour du soldat à l'hôpital doit être le plus court possible, mais qu'il doit être cependant suffisant pour que le traitement soit réellement efficace.

Nous nous permettons de vous donner à titre d'indication les règles que nous suivons au centre de vénéréologie de Bourges.

Nous pratiquons à nos malades atteints d'accidents primaires ou secondaires, six injections de novarsénobenzol, espacées de huit en huit jours. Suivant l'âge et l'état du sujet, nous commençons par une dose de 15 ou de 30 centigrammes et nous augmentons de 15 centigrammes par semaine. Nous arrivons ainsi à un total qui varie entre 3 et 4 grammes de médicament.

Pour toutes nos syphilis récentes, nous renforçons ce traitement en lui adjoignant un traitement mercuriel associé sous forme d'injections intra-veineuses de cyanure ou de bi-iodure.

Nous avons traité de la sorte cinq cents malades environ, soit 210 accidents primitifs, 197 accidents secondaires, 74 accidents tertiaires et 19 accidents nerveux. Nous avons aussi pratiqué 2 072 injections de néo-salvarsan ou novarsénobenzol, 8 742 de cyanure et 3 252 de biiodure. Nous n'avons jamais observé d'accidents sérieux. Un seul malade a présenté une intolérance absolue au salvarsan, faisant après chaque injection des températures élevées, accompagnées de vomissements. Cinq ont présenté des éruptions allant de l'érythème passager à l'érythème scarlatiniforme desquamatif. Nous avons noté un certain nombre d'incidents : températures un peu élevées, vomissements, nausées. En somme, pour la très grande majorité des cas, le traitement a été parfaitement toléré. Nous devons ajouter qu'un certain nombre de ces malades n'ont pas quitté la région, soit qu'ils aient été maintenus au dépôt, soit qu'ils appartiennent aux Etablissements militaires de la Place de Bourges. Or, sur ce nombre très élevé de malades en 10 mois, quatre seulement nous sont revenus présentant des accidents. J'ajoute que, sur ces quatre, trois avaient été traités au galyl.

Au départ du malade, nous pratiquons fréquemment une injection d'huile grise ou de calomel, pour assurer une mercurialisation plus prolongée de l'organisme.

Un traitement aussi actif ne peut être appliqué que moyennant certaines conditions. Tout d'abord chaque malade dès son entrée reçoit une brosse à dents et de la poudre dentifrice. Une solution de chlorate de potasse à 30/1000 est mise en permanence dans des cruches dans chaque salle ; les malades doivent s'en servir 4 ou 5 fois par jour pour se gargariser. Ils doivent être vus une ou deux fois par semaine par le dentiste. Les urines des malades sont examinées d'une façon systématique à l'entrée, puis au moins une fois par semaine.

3° *Prophylaxie.* — Le centre de vénéréologie n'aurait pas accompli complètement son rôle s'il n'ajoutait à la partie médicale la partie morale et prophylactique qui en est le complément nécessaire.

Il doit dans cet ordre d'idées :

a) Faire l'éducation spéciale des malades qui y sont traités et leur apprendre à continuer un traitement modéré après la cure intensive qu'ils ont suivie à l'hôpital.

A leur sortie de notre hôpital, nous les voyons tous individuellement et nous leur remettons une ordonnance et une feuille de conseils d'hygiène, qui leur sont commentées de vive voix.

Nous nous permettons de vous soumettre (1) le type de celles que nous employons. Chacun les rédigera suivant ses vues particulières, mais nous nous permettons d'insister sur un point : c'est qu'il ne faut

(1) Pour ne pas allonger inutilement ce travail, nous n'avons pas fait figurer ici cette ordonnance.

pas oublier le milieu auquel on s'adresse et les difficultés auxquelles se heurteront parfois les soldats pour continuer leur traitement, surtout s'ils sont au front.

Il faut donc que ces ordonnances soient aussi simples et aussi claires que possible et ne comportent que des médicaments que les patients soient assurés de se procurer facilement.

b) Etendre son rôle prophylactique jusque dans les corps de troupes sous forme de conférences.

D'après notre expérience personnelle, nous pouvons affirmer que celles-ci seront toujours écoutées avec beaucoup d'intérêt et nous sommes persuadé que celui qui voudra bien prendre cette peine, n'aura certainement pas perdu son temps et aura exercé un effet salutaire certain.

Dans la 8e Région, au moment de l'incorporation de la classe 17, nous avons fait aux jeunes recrues dans les casernes une conférence sur la prophylaxie des maladies vénériennes, rédigée en termes aussi simples que possible et à la portée de l'auditoire auquel nous nous adressions.

Par les soins de la direction du Service de Santé, cette conférence a été polycopiée et expédiée à tous les dépôts des corps de troupes de la région.

Postérieurement, nous n'avons pas craint d'associer à notre campagne de prophylaxie les différents groupements, à quelqu'ordre qu'ils appartiennent, susceptibles de nous aider.

C'est ainsi que nous avons fait à l'usage des militaires une conférence sous le patronage de la Chambre de Commerce de Bourges, dans la salle des fêtes de cette corporation et une deuxième sous les auspices de la Bourse du Travail qui avait compris l'intérêt de notre campagne pour ses adhérents.

Nous avons accompagné ces conférences de projections. Celles-ci les illustrent, en effet, d'une façon saisissante et frappent beaucoup plus l'imagination que ne peut faire la parole du conférencier.

Ces conférences ont réuni le maximum d'auditeurs que pouvaient contenir les locaux où elles avaient lieu et il nous a été demandé d'en organiser une nouvelle.

Cette propagande par les conférences peut donner, nous en sommes persuadé, les plus heureux résultats.

c) Bien que moins opérante que les conférences, surtout si ces dernières sont accompagnées de projections, la brochure prophylactique de propagande est une arme qui ne doit pas être négligée. Pour notre part nous avons établi une petite brochure que nous nous sommes efforcé de rendre claire et concise et pour l'édition de laquelle nous nous sommes adressés à la municipalité de Bourges qui a bien voulu nous accorder une subvention.

d) Enfin, si nous abandonnons le milieu militaire pour l'élément civil, ce rôle prophylactique doit être complété par l'installation de services-annexes pour le traitement des maladies vénériennes en milieu civil, dont nous allons vous parler.

V. — *Création de sous-centres.*

Une dernière question doit retenir notre attention : Y a-t-il intérêt à procéder, dans chaque région, à la création de sous-centres militaires ?

En nous appuyant sur l'expérience des dix mois écoulés de fonctionnement du centre de Bourges, nous croyons pouvoir répondre que dans la plupart des cas, il n'y aura pas intérêt à créer de sous-centres ou que ceux-ci devront être réduits au minimum.

Tout ce que nous avons dit en débutant, sur la nécessité de grouper les vénériens dans un hôpital spécial, s'oppose à la création de sous-centres.

Il sera souvent impossible dans les petites villes secondaires de la région de consacrer un hôpital spécial à la vénéréologie. Il faudra se contenter d'une salle de vénériens dans un hôpital général et nous retrouverons alors tous les inconvénients que nous avons signalés précédemment.

D'autre part, nous avons pu nous convaincre, depuis près d'un an que fonctionne le centre de vénéréologie de Bourges, de la difficulté qu'il y a à décider les médecins d'hôpitaux généraux et des dépôts régimentaires, à adresser leurs spécifiques au centre de vénéréologie.

La plupart des médecins s'imaginent à tort que la syphiligraphie n'est pas une spécialité et qu'ils sont tout aussi compétents qu'un autre pour traiter cette maladie.

C'est ainsi que nous avons pu recueillir les cas lamentables que nous vous énumérions tout à l'heure.

Il a fallu, dans certains cas, que M. le Directeur du Service de Santé de la 8e Région en arrivât à prendre des sanctions contre les médecins qui avaient fait preuve d'une négligence manifeste.

Il est à craindre, dans ces conditions, que, s'il existe plusieurs sous-centres de vénéréologie, la surveillance à exercer sur les hôpitaux généraux et les infirmeries des corps de troupes devienne plus difficile et que nombre de syphilitiques n'échappent à notre surveillance et ne soient de nouveau insuffisamment soignés.

Un autre argument plus puissant encore est représenté, à notre avis, par la difficulté qu'il y aura à installer convenablement ces sous-centres : pourra-t-on pour chacun d'entre eux, le doter d'un microscope, d'un ultra-microscope, d'un centrifugeur et d'une étuve, et enfin

pourra-t-on surtout mettre à sa tête un médecin réellement compétent ?

Nous nous permettons d'en douter. On ne s'improvise pas syphiligraphe et on ne le devient pas en un ou deux mois de temps, un syphiligraphe devant en même temps connaître parfaitement les maladies de la peau, s'il ne veut s'exposer à des erreurs constantes.

Un médecin non spécialisé qui aura suivi quelques semaines un service spécial et continuera à être surveillé par un chef de centre compétent, pourra faire un médecin-traitant en sous-ordre, mais il sera difficile de lui laisser l'initiative de certains diagnostics. Il arrivera rapidement à posséder la technique des injections intra-veineuses et du novarsénobenzol, mais il sera toujours exposé à commettre des erreurs de diagnostic fréquentes.

Rien ne nous fait plus peur, pour notre part, que ces spécialistes improvisés, s'ils sont livrés à leur propre initiative et ce n'est pas sans trembler que nous voyons un laboratoire de bactériologie nous dire : nous nous sommes procuré de l'antigène et nous sommes maintenant à même de pratiquer les réactions de Wassermann.

Nous en appelons à tous ceux qui ont une habitude réelle de la syphiligraphie.

Nous pensons donc qu'il y a intérêt à constituer par région un grand centre parfaitement outillé, parfaitement organisé, doté d'un personnel compétent, de ressources de laboratoire complètes et que la création de sous-centres militaires ne doit par contre être envisagée que comme une exception.

VI. — *Personnel.*

Il serait à souhaiter que, pour choisir le personnel médical affecté à ces centres de vénéréologie, une liste fut dressée par les soins du Service de Santé militaire, en s'entourant des conseils d'un certain nombre de médecins des hôpitaux parisiens spécialisés ou des professeurs de dermatologie et syphiligraphie de province.

En dressant une liste ainsi établie, qui comprendrait les noms des anciens assistants de consultations de l'hôpital Saint-Louis, des internes des hôpitaux Saint-Louis, Cochin et Broca qui sont restés spécialisés, ou des anciens externes qui ont fait deux ou trois ans de séjour dans un de ces hôpitaux, on obtiendrait certainement des médecins chefs de centres et des médecins traitants vraiment compétents.

Si nous nous permettions d'exprimer un vœu, nous souhaiterions même qu'il fût permis aux différents chefs de centres, de choisir dans cette liste, dans la mesure des possibilités bien entendu, les collaborateurs dont ils désireraient s'entourer.

II. — Organisation générale des services-annexes pour le traitement des maladies vénériennes en milieu civil.

L'organisation des services-annexes tend à compléter, en milieu civil, la lutte poursuivie par la création de centres spéciaux en milieu militaire.

L'extension qu'a pris la syphilis depuis le début de la guerre, extension que nous ne craignons pas de qualifier d'effrayante, n'a pas frappé seulement nos armées, mais elle s'est étendue encore à la population des villes et des campagnes.

Dans un rapport d'eusemble que nous adressions au mois de février à M. le Directeur du Service de Santé de la 8e région pour lui signaler les proportions alarmantes qu'avait pris le péril vénérien, nous avons rassemblé, dans cet ordre d'idées, des documents impressionnants.

Rappelons en passant qu'au centre de syphiligraphie de Bourges seul, il avait déjà été constaté à cette époque, entre malades hospitalisés et malades venus en consultation, 724 cas de syphilis primaires ou secondaires, donc toutes récentes.

Si l'on veut bien réfléchir que le centre de vénéréologie ne reçoit malheureusement pas encore tous les cas de syphilis de la région, un certain nombre de malades étant conservés à tort dans les hôpitaux généraux ou les infirmeries régimentaires, d'autres ayant une syphilis méconnue par le médecin ou cachée par le malade, et si l'on admet, ce que nous ne croyons pas exagéré, que ce calcul pour être réel, devrait être multiplié par 4 ou par 5, on voit à quel total impressionnant on arriverait pour la 8e région seule. Que l'on multiplie ce chiffre par celui des 20 régions du territoire et que l'on y ajoute le chiffre extrêmement considérable de la zone des armées, on arrivera à concevoir que le nombre de syphilis contemporaines de la guerre, sera non pas de l'ordre des dizaines, mais de l'ordre des centaines de mille.

Si l'on admet le chiffre moyen évidemment hypothétique, mais fort vraisemblable, de 200 000 cas et si l'on attribue à chacun de ces cas la production de deux fausses-couches seulement, on voit que l'infection tréponémique nous coûtera 400 000 naissances, soit l'équivalent de deux classes.

Le mot de péril national n'est donc pas trop fort.

Parallèlement à cet accroissement en milieu militaire, la syphilis, nous venons de le dire, a gagné la population des villes et des campagnes. Or, jusqu'ici ces dernières avaient été épargnées par ce fléau.

Dans notre rapport du mois de février, nous rappelions que, lors de l'incorporation de la classe 17, 32 cas de syphilis ont été constatés parmi les jeunes recrues de la 8e région. Presque tous s'étaient pro-

duits dans des conditions identiques ; la veille ou l'avant-veille du départ pour le régiment, le jeune soldat avait couché avec une villageoise de chez lui et trois semaines ou un mois plus tard apparaissait un chancre.

Un autre argument également navrant, nous était fourni par les très nombreux cas de contamination conjugale observés parmi les permissionnaires qui venaient de passer leurs 6 jours de permission dans leur village.

Le péril syphilitique tend donc à faire tache d'huile.

C'est pour le combattre que le Sous-Secrétariat du Service de Santé et le Ministère de l'Intérieur (Direction de l'hygiène et de l'assistance publique) ont décidé la création de services-annexes pour le traitement des maladies vénériennes en milieu civil.

Nous avons eu la très grande satisfaction de constater que cette création était précisément celle que nous préconisions dans notre rapport de février.

Par une dépêche en date du 6 mars, le Sous-Secrétariat du Service de Santé adressait à tous les Directeurs de régions une circulaire les invitant à se concerter avec les autorités civiles en vue de la création de services-annexes d'hôpitaux, qui offriraient aux personnes atteintes de maladies vénériennes toutes facilités pour se faire traiter.

A la suite du rapport que nous avions adressé en février à M. le Directeur du Service de Santé de la 8e région, nous avions déjà étudié, pour la ville de Bourges, la possibilité de la création d'un dispensaire semblable. Nous nous étions déjà mis en rapport avec M. le préfet du Cher et avec la municipalité de Bourges.

Nous pûmes donc aboutir assez rapidement. Je ne dirai pas que ce fut sans peine, car si nous avons eu l'heureuse fortune de posséder l'approbation et le soutien actif du général commandant en chef la 8e région, du directeur du Service de Santé et du Préfet, nous eûmes à vaincre l'inertie des rouages secondaires.

Cependant, dès le 4 avril, le service-annexe de Bourges fonctionnait à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Nous avons eu la chance, grâce à nos efforts, de pouvoir l'installer dans des conditions telles que, autorisé à cela par M. Brisac, directeur de l'hygiène au ministère de l'Intérieur et par M. Paul Faivre, inspecteur général des Services administratifs au ministère de l'Intérieur, nous nous permettrons de vous le citer comme un exemple de ce que l'on peut réaliser.

Cette organisation nouvelle doit poursuivre deux buts bien distincts :

1° Une surveillance médicale attentive de la prostitution officielle.

2° Assurer le traitement des malades libres de ville atteints d'affections vénériennes.

I. — *Prostitution officielle.*

La surveillance médicale de la prostitution officielle dans la plupart des villes de province est totalement inexistante. On peut dire, sans crainte d'exagérer, que c'est une façade derrière laquelle on ne trouve à peu près rien.

Les médecins qui en sont chargés ne possèdent la plupart du temps aucune compétence spéciale et ce sont souvent des amitiés locales qui leur ont assuré un traitement fixe, quelquefois fort intéressant, puisque, dans une ville de notre région, le médecin chargé du dispensaire touche de ce fait un traitement annuel de 4 000 francs (1).

Il n'existe, pour ainsi dire, jamais d'installation matérielle permettant un examen clinique sérieux. La visite se passe souvent, pour les femmes en cartes, à la mairie ou dans le cabinet du commissaire de police, ou dans des locaux tels que tout examen est à peu près impossible.

L'instrumentation nécessaire fait presque toujours défaut.

Quant aux examens de laboratoire, propres à confirmer les diagnostics douteux, il est, bien entendu, inutile d'en parler.

Il ne sera pas toujours facile, dans toutes les villes, d'intervenir librement pour corriger cet état de choses, puisqu'on se heurtera aux intérêts matériels du médecin civil déjà chargé de ce service.

Voici pour notre compte, comment nous avons procédé à Bourges.

Nous avons demandé que la visite des maisons publiques, qui n'avait lieu qu'une fois par semaine à jours fixes, fut passée deux fois par semaine, toujours à l'improviste.

Nous nous sommes entendu directement avec le confrère chargé de ces visites. Nous l'avons prié de continuer sa visite hebdomadaire, afin que ses émoluments ne fussent en rien diminués et nous avons assumé nous-même la charge de la deuxième visite.

Pour les femmes de maisons publiques, comme il est difficile de les conduire dans un local spécial, nous continuons à passer la visite dans les maisons, mais en faisant porter par un de nos infirmiers tout le matériel nécessaire pour que la visite soit pratiquée proprement et complètement.

Pour les femmes en carte inscrites au dispensaire, nous avons prié notre confrère, qui assumait leur visite en même temps que celle des maisons, de conserver ses appointements fixes municipaux et nous avons assumé, gratuitement bien entendu, le soin de cette visite, à la-

(1) Il serait à souhaiter, nous semble-t-il, que les médecins chargés en province de ces services municipaux fussent dorénavant astreints à passer un concours analogue à celui qui assure la nomination à Paris des médecins chargés du service du dispensaire à la Préfecture de Police.

quelle nous procédons deux fois par semaine dans le nouveau local du service-annexe.

Toutes ces visites sont accompagnées, chaque fois que c'est nécessaire, d'examens de laboratoire, permettant de confirmer un diagnostic hésitant : examens à l'ultra-microscope, réaction de Wassermann et, pour les cas suspects de blennorragie, frottis faits directement avec les mucosités prélevées sur le col.

Il ne faut pas espérer en effet, chez les professionnelles, qui ont l'habitude des soins de propreté, trouver des lésions de blennorragie évidente avec écoulement abondant ; c'est dans les mucosités du col qu'il faut aller chercher le gonocoque.

Cette façon d'opérer nous a permis de modifier du tout au tout la situation sanitaire de Bourges, en ce qui concerne la prostitution officielle. Alors qu'auparavant une ou deux femmes à peine étaient arrêtées mensuellement, dès le premier mois nous trouvions 19 malades (11 syphylis présentant des accidents contagieux, 7 blennorragies et un chancre mou).

L'hospitalisation de la prostitution officielle doit se faire dans un local spécial. Il importe en effet que cette catégorie de malades ne soit pas mélangée aux malades de ville.

D'autre part, pour éviter les évasions fréquentes, il est indispensable que ce local soit clos et même que les fenêtres soient munies de barreaux. Cet appareil répressif choquera peut-être les partisans de la liberté individuelle, mais l'expérience nous a prouvé qu'il était absolument nécessaire. A Bourges, nous disposons d'un local semblable, compris dans l'Hôtel-Dieu, mais indépendant du nouveau service-annexe, et comportant 8 lits.

II. — *Traitement des malades de ville.*

L'organisation nécessaire pour les malades de ville doit comprendre :

1° Avant tout un local pour les consultations externes,

2° Un local pour l'hospitalisation.

Nous nous permettons de vous citer le modèle de ce que nous avons pu réaliser à Bourges. Nous sommes arrivé à nous faire attribuer par la Commission administrative des Hospices de cette ville un pavillon absolument neuf qui avait été construit pour hospitaliser des tuberculeux et qui était encore innoccupé.

Il comporte : une grande salle d'attente, une salle de consultations, une petite cuisine, pièce de stérilisation, une salle de pansements, une grande salle de dix lits, quatre petites chambres de deux lits, un lavabo et deux W.-C., une salle de bain et un petit laboratoire.

Notre instrumentation spéciale comporte une grande table spéculum permettant des examens commodes et des pansements vaginaux, un

microscope, un ultra-microscope, une étuve, un autoclave et centrifugeur; quelques plateaux, cuvettes, spéculums, pinces, seringues et aiguilles représentent l'outillage courant nécessaire. Nous sommes donc à même de pratiquer les examens à l'ultra-microscope, les examens de frottis et les réactions de Wasserman indispensables.

1° *Consultations gratuites.* — Celles-ci doivent être quotidiennes et faites trois fois par semaine le matin, trois fois par semaine le soir, de façon à être à la disposition de toutes les classes de la population, quelles que soient leurs heures de travail.

Nous les faisons à Bourges les mardis et samedis de 11 heures à midi, jeudis de 16 à 17 heures et les lundis, mercredis et vendredis de 20 à 21 heures, ces heures correspondant aux heures de repos des trois équipes d'ouvriers et d'ouvrières des Etablissements militaires.

Dans une ville de province, il faut de toute nécessité compter avec l'esprit local, la pusillanimité des malades et les commérages du voisinage. Une consultation pratiquée purement pour les maladies vénériennes ne réunirait certainement aucun consultant. Il importe même que le mot de maladies vénériennes ne soit jamais prononcé.

C'est dans cet ordre d'idées que M. Brisac a proposé le terme très heureux de « service-annexe » et il doit toujours être entendu que les consultations sont faites pour les maladies de la peau.

C'est également pour cette raison qu'il est indispensable qne les services-annexes soient toujours installés dans un hôpital civil, où il existe déjà des consultations, ou tout au moins, des services de médecine générale, les malades n'étant ainsi pas remarqués lorsqu'ils se rendent à l'hôpital.

Nous nous sommes efforcé à Bourges d'attirer le plus possible de cas de dermatologie. Sur 15 ou 20 consultants, nous avons en général 12 à 15 dermatoses et 3 à 5 vénériens, qui se glissent ainsi impunément et inaperçus au milieu des autres.

Ce service de la consultation assure en même temps le traitement ambulant des spécifiques qui viennent y recevoir quotidiennement ou hebdomadairement leur injection.

Pour les villes où l'hospitalisation serait impossible, on peut donc dire que la consultation seule pourrait à la rigueur suffire.

2° *Hospitalisation.* — Nous disposons à Bourges de 18 lits pour les malades de ville; ce chiffre nous a suffi jusqu'ici. Nous n'hospitalisons en effet que les malades atteintes d'accidents sérieux ou celles qui nous demandent spontanément à séjourner à l'hôpital.

Ces lits doivent, à notre avis, être entièrement réservés à la population féminine. La mobilisation a touché, en effet, toutes les classes entre 18 et 48 ans, tous les malades compris dans ces limites sont donc justiciables des centres de vénéréologie militaire. Le nombre de syphilis et les dangers de contamination en dehors de ces deux âges sont

évidemment restreints. L'homme syphilitique est, du reste à ce point de vue, infiniment moins dangereux que la femme syphilitique.

Les hôpitaux civils étant déjà, dans presque toutes les villes, plus ou moins complètement envahis par les malades militaires, ce n'est qu'avec peine qu'on pourra trouver le nombre de lits nécessaires qui varierait suivant la ville de 8 à 15. Il est donc indispensable que ceux-ci soient réservés uniquement aux femmes, les syphilitiques hommes pouvant du reste, toujours se faire traiter à la consultation.

Le traitement par le novarsénobenzol que nous appliquons à la clientèle de ville, comme à nos militaires, permet en effet de ne faire entrer les malades que pour 24 heures par semaine et assure ainsi un roulement important avec un petit nombre de lits.

Nous ajouterons que ce traitement par le novarsénobenzol représente non seulement la thérapeutique la plus active, surtout au point de vue prophylactique, mais encore qu'il est au point de vue matériel le seul qui puisse être appliqué et qui puisse être facilement accepté par certaines catégories de malades.

Le grand foyer de contagion que nous nous efforçons d'atteindre à Bourges par exemple, est représenté par les 6 à 8000 ouvrières qui travaillent aux Etablissements militaires. Or, elles y gagnent un salaire qui atteint 5 à 6 francs par jour. Si l'on proposait à l'une de ces femmes d'entrer pour un mois à l'hôpital et de perdre ainsi la totalité de son gain, elle refuserait certainement, tandis qu'elle accepte toujours volontiers de perdre une journée par semaine.

Enchantées de ce mode de traitement actif et pratique, elles sont les premières à le recommander à leurs camarades.

On en arrive ainsi à la conception du dispensaire remplaçant l'hospitalisation ancienne, tels que certains services parisiens l'ont déjà réalisé.

III. — *Recrutement des malades.*

La grande difficulté pour ces nouveaux services-annexes consiste évidemment à les faire connaître de la partie de la population à laquelle ils s'adressent et à obtenir que celle-ci prenne le chemin des consultations.

Ce recrutement de malades peut être réalisé de deux façons : ou bien par voie administrative, ou bien par voie médicale.

a) Par voie administrative. — La clientèle sera alors uniquement recrutée parmi les femmes appartenant à la prostitution libre, ou se livrant au raccolage, qu'une mairie et un service de mœurs actifs feront appréhender et conduire au service-annexe.

Malheureusement peu de maires et de commissaires centraux ont

une idée suffisante de leurs devoirs en cette matière et de la responsabilité qui leur incombe.

Exceptionnellement, certaines villes possèdent, au contraire, un maire actif, sachant s'élever au-dessus des questions d'intérêt local et ne craignant pas de mécontenter la clientèle des débits de vins, des bars et des garnis, en faisant une chasse active à la prostitution libre.

Dans cet ordre d'idées, nous avons le devoir de citer en exemple la municipalité de Dijon, ville dans laquelle nous avons installé au mois de mai dernier, le second service-annexe de la 8e région. M. Dumont, maire de cette ville, assisté d'un commissaire central énergique' s'efforce d'épurer sa ville et ses efforts sont couronnés d'heureux résultats. C'est ainsi qu'à Dijon, la consultation externe n'a réuni jusqu'ici qu'un nombre infime de malades, tandis que l'action administrative y fait conduire chaque jour 3 ou 4 femmes surprises en flagrant délit de raccolage, si bien qu'au cours de notre dernière inspection, le mois dernier, nous avons eu l'heureuse surprise de trouver 32 femmes en traitement dont 12 seulement appartenant à la prostitution officielle et 20 malades de ville amenées par les soins de la police.

Le local de 18 lits de l'hôpital général de Dijon était devenu insuffisant et le maire allait convoquer la commission administrative des hospices pour donner au service-annexe une nouvelle extension.

Malheureusement, il faut bien convenir qu'un tel exemple restera toujours une exception et que, à côté de l'indolence de certains maires et de certains commissaires centraux, il faut faire entrer en ligne de compte l'insuffisance des pouvoirs administratifs dans la répression de la prostitution libre. Là est la véritable pierre d'achoppement de la campagne entreprise. La loi n'autorise, en effet, l'arrestation de femmes prises en flagrant délit de raccolage que si elles vivent uniquement de la prostitution.

Il serait de toute nécessité que celle-ci fût renforcée sinon par une loi, ce qui demanderait un temps trop long, du moins par un décret d'ordre administratif.

A ce propos, nous nous permettons de vous communiquer le texte d'un vœu émis par la Commission de prophylaxie que M. le préfet du Cher a fondée dans son département, en vue de soutenir notre effort.

J'ai rédigé le texte que nous vous soumettons avec le concours de M. le procureur général près de la Cour d'appel de Bourges qui fait partie de notre Commission de prophylaxie.

En voici la teneur :

« La répression de la prostitution libre ne pouvant être assurée qu'en renforçant l'autorité administrative aujourd'hui désarmée, cette autorité devra imposer une visite médicale à toute femme surprise raccolant des passants sur la voie publique, *qu'elle vive uniquement de la prostitution ou non.*

« Toute femme qui n'accepterait pas bénévolement cette visite sera conduite, pour y être soumise, dans un établissement hospitalier avec la discrétion nécessaire. »

Nous nous permettons d'émettre le vœu que ce texte soit soumis à M. le ministre de l'Intérieur.

2° *Recrutement par voie médicale.* — C'est ce recrutement seul qui a alimenté jusqu'ici le service-annexe de Bourges, la municipalité de cette ville et le commissaire central n'ayant pas secondé nos efforts par leur autorité administrative.

Voici comment nous avons procédé. Nous avons adressé à tous les médecins militaires et civils du département une lettre-circulaire les avisant de la création du nouveau service, du but qu'il poursuivait et leur donnant les jours et heures des consultations.

Afin de ménager toutes les susceptibilités et tous les intérêts locaux avec lesquels il faut compter dans une ville de province, si l'on veut réussir, nous avons eu soin d'ajouter, pour les confrères civils, que, lorsqu'ils désireraient nous adresser un malade pour avoir simplement notre avis, se réservant d'appliquer eux-mêmes le traitement, ils n'avaient qu'à nous l'indiquer dans un mot que nous remettrait le malade.

Nous avons pu ainsi recevoir de confrères civils, des syphilitiques auxquels ils nous ont demandé de pratiquer nous-mêmes le traitement initial par l'arsénobenzol, le traitement mercuriel ultérieur étant appliqué par eux.

D'autre part, les bons résultats qu'obtient un médecin compétent dans le traitement des affections dermatologiques lorsque la consultation est doublée d'un service de pansements bien faits, ne peuvent manquer d'assurer un recrutement spontané de malades.

C'est ce qui s'est passé à Bourges où nos anciens malades guéris nous ont envoyé à plusieurs reprises leurs camarades.

De même, comme nous le signalions tout à l'heure, le traitement ambulant par le novarsénobenzol permettant au malade de continuer son travail, décide souvent ce dernier à faire lui-même de la propagande pour le nouveau traitement.

Dès le premier mois, nous avons donné au service-annexe de Bourges, 117 consultations externes et pendant le mois de juin, 293.

Ajoutons que, pour compléter l'effort qui a été fait dans la 8e région, nous venons de mettre sur pied un troisième service-annexe pour le département de Saône-et-Loire, dans la ville de Chalon-sur-Saône et que nous allons en créer incessamment un quatrième à Nevers.

IV. — *Où convient-il de créer des services-annexes ?*

Nous estimons qu'un service par département est largement suffi-

sant. Peut-être même certains départements particulièrement peu peuplés, comme les départements des Alpes, ne comporteraient-ils pas de création semblable, mais ceci est du domaine du ministère de l'Intérieur.

En tous cas, il importerait que le préfet de chaque département donnât aux maires de toutes les communes des instructions précises pour que toute femme reconnue malade sur le territoire de celles-ci, puisse être aussitôt dirigée sur le service-annexe du département, en faisant jouer la clause de l'inscription d'office sur les listes de l'assistance publique. C'est ainsi que nous avons procédé dans le Cher où nous avons reçu à Bourges des malades provenant de communes rurales.

Il y a toujours intérêt à choisir, pour la création du centre, la ville la plus peuplée du département et en particulier celle qui comportera l'agglomération ouvrière la plus importante.

C'est ainsi que pour le département de Saône-et-Loire, Mâcon n'a pas été choisi en raison de son petit nombre d'habitants et qu'à défaut du Creusot, où des raisons locales rendaient cette création impossible, Chalon-sur-Saône a été choisi en raison des Etablissements ouvriers et du petit Creusot qui s'y trouvent installés.

Le ministère de l'Intérieur disposera, croyons-nous, d'un crédit qui permettra d'allouer à chacun de ces services-annexes une petite somme pour couvrir les frais d'installation et d'exploitation.

V. — *Personnel.*

La mobilisation ayant touché la plupart des médecins civils, ces nouveaux services ne peuvent évidemment être assurés que par des médecins militarisés. D'autre part, ces services seront en général trop peu importants pour que l'on puisse leur consacrer exclusivement un médecin militaire; ce dernier devra toujours être chargé en même temps d'un autre service hospitalier.

Ces services-annexes, étant évidemment moins importants que les centres militaires, pourront être confiés à des médecins moins expérimentés. Cependant il est à désirer que des spécialistes en soient de préférence chargés et qu'ils soient recrutés sur la liste des dermatologistes et syphiligraphes qui sera dressée par les soins de l'Administration du Service de Santé.

VI. — *Résultats.*

Les résultats que peuvent donner ces services-annexes sont, à notre

avis, considérables. Nous nous permettons de vous en indiquer ceux que nous avons obtenu à Bourges depuis le mois d'avril.

Nous y avons pratiqué :

364 examens sur des femmes de maisons de tolérance.

167 examens sur des femmes en carte.

Ces examens nous ont permis d'hospitaliser 54 prostituées dont 26 syphilis, 19 blennorragies et un chancre mou.

Nous y avons donné 692 consultations qui nous ont permis d'atteindre 44 syphilis, 20 blennorragies, 2 chancres mous, 3 malades atteintes de papillomes vénériens.

Disons en terminant que ces services-annexes doivent être considérés, à notre avis, comme des filiales du centre de vénéréologie militaire régional.

C'est celui-ci qui, possédant à sa tête un spécialiste autorisé et étant doté de toutes les ressources de laboratoire nécessaires, devra toujours éclairer et soutenir, dans les cas difficiles, les médecins chargés des services-annexes.

Etant donnée l'importance du rôle dévolu au chef du centre de vénéréologie et afin de lui permettre d'exercer plus complètement sa mission de surveillance de prophylaxie jusque dans les corps de troupes, ainsi que l'organisation des services annexes dans les différentes villes de sa région, peut-être y aurait-il lieu de lui donner le titre de conseiller technique près du Directeur du Service de Santé de la région.

Il jouirait ainsi d'une autorité plus grande qui serait de nature à lui faciliter sa mission.

RECUEIL DE FAITS

NOUVELLE NOTE SUR LE LICHEN PLAN AIGU ET LA PONCTION LOMBAIRE

Par le Dr **George Pernet** (de Londres).

En 1913, dans une note qui a paru dans les *Annales de Dermatologie* (1), j'ai constaté l'absence de réduction de la solution de Fehling par le liquide céphalo-rachidien dans un cas de lichen plan aigu.

Récemment j'ai eu l'occasion de constater le même fait. Il s'agit cette fois-ci d'une malade de 47 ans (Fiche M. 102), qui m'a été adressée pour une éruption généralisée datant de huit semaines et accompagnée d'un prurit fort intense. Je portai le diagnostic de lichen plan aigu. Le traitement interne, par le biiodure de mercure d'abord puis par la salicine, ayant échoué, j'ai enfin décidé la malade à se soumettre à une ponction lombaire dans mon service du West London Hospital (juillet 1916). L'examen du liquide céphalo-rachidien fait dans notre laboratoire a donné les résultats suivants : Pas de lymphocytose. — Pas d'albumine. — Absence de réduction de la solution de Fehling.

Je me demande si la médication a été pour quelque chose dans le résultat (absence de réduction). Je dois rappeler ici que le malade dont j'ai parlé dans ma note de 1913 avait été soumis au même traitement avant la ponction lombaire. Tandis que chez une autre malade observée dans mon service (2) et qui, intentionnellement, n'avait reçu aucun traitement avant la ponction lombaire, la réduction de la solution de Fehling a eu lieu selon la règle.

Soit dit en passant que la méthode préconisée par Thibierge et Ravaut, quoiqu'employée bien tardivement dans le nouveau cas qui fait le sujet de cette note, a donné de très bons résultats.

Addendum. — M. Halliburton, professeur de physiologie à King's College, Londres, m'a fait l'observation que la réduction manquait quelquefois, mais que ce résultat négatif était trompeur, car en poussant la chose un peu plus loin on obtenait une réaction positive, par

(1) G. Pernet, Note sur le lichen plan aigu et la ponction lombaire. *Annales de Dermatologie*, août-septembre 1913, p. 461.

(2) G. Pernet, A case of acute lichen planus. *British Journal of Dermatology* juin 1913, p. 261.

exemple, en préparant d'abord un extrait alcoolique du liquide céphalo-rachidien. Pour lui, c'est bien de sucre (glucose) qu'il s'agit, et non d'un réducteur quelconque.

D'ue autre côté, le Pr Mott me fait remarquer que le liquide cesse de donner la réaction réductrice au bout d'un jour ou deux. Il émet l'idée que le liquide contient un ferment glycolytique provenant peut-être de la glande pituitaire.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Inoculation de la syphilis.

Résultats de l'inoculation de sang et d'autres liquides organiques syphilitiques dans le testicule du lapin (Ergebnisse bei der Verimpfung von Blut und anderen Körperflüssigkeiten von Syphilitikern auf den Kaninchenhoden), par Fr. Graetz. *Dermatologische Wochenschrift,* 7 et 14 mars 1914.

G. a inoculé du sang défibriné et a cherché à pratiquer cette inoculation dans le minimum de temps après le prélèvement. Il ne semble pas d'ailleurs que cette rapidité soit une condition essentielle de réussite, la virulence du sang ayant, suivant les observateurs, une durée très variable. L'incubation consécutive a subi également les évaluations les plus diverses. En aucun cas une inoculation négative ne pourra être considérée comme donnant la certitude qu'un organisme est débarrassé de spirochètes. Elle peut d'ailleurs coïncider avec un Wassermann nettement positif qui, de ce fait, n'apparaît point comme signe d'une spirochétose du sang.

Pas plus que ses devanciers, G. n'a obtenu de résultats positifs en inoculant le liquide céphalo-rachidien de paralytiques généraux. Pellier.

Utilisation pratique de l'inoculation de la syphilis au lapin (Ueber experimentelle Kaninchensyphilis und ihre praktische Bedeutung), par Arzt et Kerl. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1914, n° 23, p. 785.

En procédant comme Uhlenuth et Mulzer, A. et. K. ont vu que l'inoculation du sang des malades au lapin donnait des résultats positifs plus tôt et plus souvent que la recherche de la réaction de Wassermann. Sur 7 porteurs de chancre dont l'infection remontait à un temps variant de 14 à 38 jours, la réaction de Wasserman était positive 2 fois, tandis que le sang des porteurs de syphilis sur le lapin 4 fois. Une fois, le sang infectieux provenait d'un individu dont le coït infectant ne remontait qu'à 14 jours.

Une fois sur 2, A. et K. ont obtenu un résultat positif avec le lait de femmes syphilitiques.

Sur 11 cas où ils ont examiné le pouvoir infectieux du liquide céphalo-rachidien, ils ont obtenu 2 fois un résultat positif à des périodes très précoces (pendant le chancre). Sur 6 paralytiques généraux, 2 donnèrent un résultat positif, et 2 sur 3 tabétiques.

Sur 4 paralytiques ou tabétiques dont on inocule le sang, 2 syphilisèrent le lapin.

Ces recherches ont un intérêt pratique considérable. Ch. Audry.

Classification du spirochète.

Le cycle évolutif des spirochètes les classe-t-il dans les végétaux ou dans les protozoaires? (Protozoischer oder pflanzlicher Entwicklun-

gskreis der Spirochäten ?), par E. Meirowsky. *Dermatologische Wochenschrift*, 21 février 1914.

Il semble avéré aujourd'hui que les bacilles de Koch et de Hansen sont susceptibles d'émettre des sortes de granulations et de prendre des formes ramifiées qui les rattachent aux champignons d'un ordre plus élevé. Les mêmes phénomènes s'observent aussi sur le Spirillum rubrum et sur le spirochète. Au contraire, on n'a pu retrouver chez ces derniers aucune des caractéristiques des protozoaires. La classification du spirochète dans les parasites végétaux paraît s'imposer. Pellier.

Coloration du spirochète.

Note sur une nouvelle méthode pour la coloration du spirochète de la syphilis (Nota sobre un nuevo método para la coloración del espiroquete de la sífilis), par del Rio y Hortega. *Revista clinica de Madrid*, 30 juillet 1914, n° 14, p. 70.

La méthode est une simple application de celle d'Achúcarro.

1° Fixer dix minutes dans l'alcool absolu.

2° Déposer sur le frottis quelques gouttes de la solution saturée de tannin et chauffer jusqu'à production de vapeurs abondantes.

3° Enlever le tannin encore chaud et faire glisser sur le porte-objet, deux ou trois fois, quelques gouttes de la solution argentico-ammoniacale :

Solution de nitrate d'argent à 10/100.	5 c. c.
Solution de potasse caustique à 40/100.	V gouttes.
Ammoniaque q. s. pour dissoudre le précipité.	
Eau distillée q. s. pour faire.	75 c. c.

4° Traiter une minute par la solution de formol à 20/100.

5° Laver à l'eau pour enlever le précipité.

6° Traiter par l'alcool absolu, monter dans le baume de Canada.

Le tréponème est coloré en noir intense ou en gris plus ou moins foncé, contrastant avec le fond jaune rougeâtre. J. Méneau.

Sur la coloration vitale du treponema pallidum et ses déductions biologiques (Sobre la coloración vital del treponema pallidum y sus deducciones biológicas), par Anschütz. *Revista dermatológica de la Sociedad dermatológica argentina*, 1914, n° 5, p. 186.

Travail très complet dont voici les conclusions :

1. La coloration vitale du treponema pallidum est une méthode de diagnostic facile de la syphilis.

2. Elle permet de rendre plus nets que dans le simple champ obscur de l'ultramicroscope les caractères de structure du tréponème.

3. A certains moments, après avoir fait agir une quantité déterminée de colorant et en s'aidant du miroir et du flamme-voyant de l'ambiant extérieur, on peut suivre des processus d'évolution qu'on ne peut obtenir par aucune autre méthode.

4. La coloration vitale peut se faire non seulement en employant les couleurs basiques, mais on peut encore employer les couleurs acides (éosine).

5. La coloration vitale du tréponème fait reconnaître des phénomènes

biologiques et morphologiques, comme la division, etc., qui cadrent bien avec ceux qu'on observe chez les trypanosomes; ce qui permet d'accepter l'idée de Schaudinn que le treponema pallidum ne serait qu'une sous-branche de la famille des trypanosomes.

6. Par le moyen de la coloration vitale, on arrive à voir les formes de type juvénile du treponema pallidum, que souvent on ne peut découvrir dans le champ obscur simple de l'ultramicroscope, raison pour laquelle certains auteurs, comme Mac Donagh, pensent que le tréponème ne serait qu'un stade du cycle évolutif du protozoaire de la syphilis. On voit aussi la résistance à la pénétration des couleurs dans les types adultes, qui pourraient bien être des types de formes chimico-résistantes.

Bibliographie très étendue. J. MÉNEAU.

Réaction de Wassermann.

La réaction de Wassermann dans le cas d'une syphilis ayant débuté par un chancre gangreneux (Die Wassermannsche Reaktion bei einem Falle von durch gangränosen Schanker eingeleiteter Syphilis), par N. ANDERSEN. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, t. 21, p. 323.

Observation d'un homme de 21 ans, porteur d'un chancre gangréneux du prépuce, du gland et de l'urèthre, où l'on ne trouva pas de spirochètes, et sans adénopathie. La réaction de Wasserman reste d'abord négative, pendant que celle d'Hermann-Perutz était positive. Puis survinrent les manifestations exanthématiques, et la réaction de Wassermann devint positive. Ch. AUDRY.

Différents cas de syphilis ignorée. Valeur diagnostique de la réaction de Wassermann (Varios casos de sífilis ignorada. Valor diagnóstico de la reaccion de Wassermann), par COVISA. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mars 1913, p. 186.

A propos de trois observations personnelles, C. explique la fréquence de la syphilis ignorée par les caractères anatomiques et la localisation de l'accident initial chez la femme et la bénignité des premières manifestations de l'infection. La réaction de Wassermann est un moyen de diagnostic fort utile; elle a la valeur d'un symptôme, mais, si elle contribue à éclairer un cas douteux, elle ne doit pas imposer à elle seule une règle de traitement. J. MÉNEAU.

La preuve de provocation dans la syphilis (La prueba de provocación en la sífilis), par A. SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas,* octobre-novembre 1913, p. 33.

La preuve de provocation de la syphilis (réactivation du Wassermann des auteurs) sert à dénoncer les cas de fausse guérison, de latence de la syphilis, comme dans la blennorrhagie, l'absorption de bière, le coït et l'injection uréthrale de nitrate d'argent constituent la triple preuve de provocation (complétée aujourd'hui par l'injection de vaccins). On ne doit faire cette preuve que chez les malades considérés comme guéris, jamais autrement. Comme le problème demande une solution rapide, on utilisera l'injection intraveineuse de salvarsan et de néosalvarsan, 0,20 pour le 1er, 0,30 pour le 2e. Si le salvarsan ou le néosalvarsan ne peuvent être utilisés, on

se servira des injections intraveineuses alternées de cyanure, benzoate, bichlorure, bi-iodure, etc. (une série de 10 jours). Si elles ne sont pas possibles non plus, on recourra aux injections intramusculaires alternantes de sel totalement soluble ou solubilisé. Mais jamais on n'emploiera d'injections intramusculaires de salvarsan ou de néosalvarsan ou de composés mercuriels insolubles. Le complément inséparable des injections de provocation est la réaction de Wassermann suivant le procédé de l'auteur ou de Stern ou Bauer : on le fait 3 ou 4 jours après l'injection de salvarsan ou après la série des injections mercurielles. Dans les cas vraiment guéris, la réaction de Wassermann continuera à être négative. Dans les cas de latence et de fausse guérison, on obtient la réactivation de la réaction de Wassermann, qui redevient faiblement positive.

Ce procédé n'est pas infaillible, mais il est plus certain que ceux qu'on avait jusqu'ici pour affirmer la guérison d'un syphilis, aussi devrait-il entrer dans la pratique des spécialistes et les médecins généraux devraient en connaître la valeur. J. Méneau.

Valeur de la réaction de Wassermann avec discussion du traitement de la syphilis du système nerveux (The value of the Wassermann reaction with a discussion of the treatment of syphilis of the nervous system), par Weisenburg. *Journal of the American medical Association,* 20 mars 1915, n° 12, p. 975.

La réaction de Wassermann n'est pas infaillible : la clinique doit toujours avoir le premier et le dernier mot dans le diagnostic de toute syphilis. Les maladies syphilitiques et parasyphilitiques sont dues au tréponème pâle. Le tableau clinique ne diffère que parce que, dans les maladies directement syphilitiques, les méninges et les vaisseaux sont intéressés, tandis que dans le tabes et dans la paralysie générale les cellules nerveuses et les fibres qui en proviennent sont surtout envahies. On ne connaît pas bien les causes de localisation de la syphilis dans le système nerveux, ni le pourcentage des cas de syphilis générale suivis de lésions nerveuses. L'important est de diagnostiquer le début de l'invasion. Les symptômes cliniques indiquent le siège, mais non l'étendue et la nature de la lésion. Il est plus utile d'étudier le liquide cérébro-spinal que le sérum sanguin dans les cas de syphilis nerveuse. On étudie ce liquide par la réaction de Wasssermann et la numération des cellules. Plus ce nombre est grand, plus sera forte la réaction de Wassermann, on fera aussi l'épreuve de la globuline, toujours en excès dans les maladies syphilitiques en voie d'activité. Dans la syphilis spinale, le Wassermann sera positif, la globuline en excès, le nombre des cellules dépendra de l'irritation méningée. Si le cerveau est pris également, la sérologie dépendra de l'étendue de la maladie spinale. Si le cerveau seul est intéressé, le liquide cérébro-spinal peut donner une réaction de Wassermann négative, le sérum sanguin en donnant généralement une positive. Dans le tabes au début, la réaction de Wassermann du sérum peut être négative, tandis que celle du liquide cérébro-spinal est presque toujours positive. Dans les périodes actives du tabes, la réaction de Wassermann est toujours positive dans le liquide et le sérum. Au déclin, elle peut être positive dans le sérum et négative dans le liquide. Le nombre des cellules ne dépasse jamais 100 (40 à 60 en moyenne). Dans la paralysie générale à

type tabétique (tabopensis), au début, la réaction de Wassermann du liquide spinal est toujours fortement positive et le reste jusqu'à la fin, le nombre de cellules de 30 à 60, celle du sérum toujours positive dans les cas confirmés. Le traitement consistera dans l'usage intensif du salvarsan et du mercure. On donnera le plus tôt possible une dose de salvarsan en injection intraveineuse tous les 3 ou 4 jours de manière à donner en tout 2 gr. 5 de salvarsan; puis, s'il n'y a pas de contre-indications, une série de 4 à 5 injections intraspinales par la méthode de Swift-Ellis, les deux traitements en 2 mois. On renverra alors la malade chez lui où il se fera des frictions mercurielles quotidiennes ou des injections hypodermiques. Dans la syphilis spinale, cérébro-spinale et cérébrale, les résultats ont été splendides. Dans le tabes, ils n'ont été bons que quand l'irritation méningée était forte : mais les symptômes dus à la destruction permanente du tissu nerveux n'ont pas été amendés. La réaction au Swift-Ellis est parfois terrible (douleurs, pyrexie excessives). Dans la paralysie générale, les résultats ont été mauvais. Dans les cas d'artérite cérébrale avec quelquefois de la syphilis et réaction de Wassermann négative, le mercure (injection de salicylate) vaut mieux que le salvarsan. Les cas de mort dus au salvarsan ne sont dus qu'au défaut de surveillance des malades qui doivent rester au lit au moins d'un bout à l'autre de la nuit après l'injection intraveineuse et de la ponction lombaire. W. préfère le salvarsan au néosalvarsan. J. Méneau.

Thérapeutique de la syphilis et réaction de Wassermann (Syphilistherapie und Wassermannsche Reaktion), par S. Grosz et R. Volk. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 46, p. 1890.

Il n'est pas possible, présentement, de diriger la thérapeutique de la syphilis d'après le seul examen de la réaction de Wassermann; impossible aussi de bien établir un rapport direct entre les très hautes doses et l'efficacité du traitement arsenical; impossible enfin de considérer la réaction de Wassermann positive comme toujours en rapport avec un état virulent de la syphilis. Entre autres considérations, la réapparition d'une réaction de Wassermann positive sous l'influence de la luétine de Noguchi (Muller et Stein) soulève un problème bien différent.

Utilisons donc les nouveaux renseignements, mais concurremment avec les autres, plus anciens, et non pas exclusivement. Ch. Audry.

Traitement de la syphilis et réaction de Wassermann (Luesbehandlung und Wassermann), par B. Fuchs. *Dermatologische Wochenschrift,* 1914, n° 28, p. 831.

D'après 843 malades ayant reçu 2520 injections de salvarsan et de néosalvarsan, F. conclut que ces deux médicaments constituent les plus puissants antisyphilitiques. Il croit que l'injection intrafessière constituant une cure de dépôt donne des résultats plus profonds et plus durables que les résultats rapides obtenus par l'injection intraveineuse. Il faut un traitement énergique pour obtenir de bons résultats, d'ailleurs temporaires, et ceux-ci sont d'autant meilleurs que le traitement est plus précoce et fournit une réaction de Wassermann négative. Il faut continuer les contrôles sérologiques et si la réaction de Wassermann est négative faire de temps à autre une injection provocatrice de salvarsan.

F. donne une observation de réinfection (contestable). Ch. Audry.

La part de la syphilis dans l'étiologie des affections viscérales chroniques jugée par la réaction de Wassermann, par A. Gouget. *La Presse Médicale*, 13 juin 1914, p. 449.

L'interprétation de la réaction de Wassermann, dans ses applications à l'étiologie des affections viscérales, comporte le même genre de réserve que celle des réactions à la tuberculine. Ces diverses méthodes fournissent un renseignement précieux, dont il y a lieu dans chaque cas de peser la valeur, mais qui n'impose pas par lui-même une conclusion sur la nature des accidents actuels. R.-J. Weissenbach.

Réaction de Landau.

Un nouveau procédé de diagnostic de la syphilis, par W. Landau. *Presse Médicale,* 2 mai 1914, p. 335.

L. s'est demandé s'il ne serait pas possible de rendre visibles les modifications physico-chimiques des sérums syphilitiques par une réaction d'une technique moins délicate que la réaction de Wassermann.

Il rechercha comment se comportaient les sérums syphilitiques vis-à-vis des halogènes et spécialement de l'iode.

Après plusieurs essais il a ainsi fixé son procédé : à 0,20 centimètre cube de sérum à examiner on ajoute 0,10 centimètre cube du réactif.

Le réactif est une solution d'iode à 1 pour 100 dans le méthane tétrachloré, préparé extemporanément de la façon suivante : pour préparer 5 centimètres cubes de réactif on triture dans un petit mortier 0 gr. 05 d'iode pur avec 5 centimètres cubes de méthane tétrachloré, jusqu'à dissolution complète.

Le sérum doit être limpide, non lipémique, ne pas contenir d'hémoglobine, et être *récemment prélevé* (moins de 8 heures après la prise de sang). On mélange sérum et réactif dans une éprouvette de 12 millimètres de diamètre. On laisse le mélange sérum et réactif dans l'éprouvette, sans agitation aucune pendant 4 heures à la température du laboratoire. Au bout de ce temps on lit le résultat. *Les sérums syphilitiques ont une teinte jaune claire transparente, les sérums normaux sont d'un gris blanc opaque.* L. a examiné un total de 90 sérums dans une première série, de 77 sérums dans une deuxième série. Le nombre de résultats positifs par sa méthode a été supérieur de 27 pour 100 au nombre de cas positifs par la méthode de Wassermann. Tous les cas de contrôle ont donné un résultat négatif. Tous les cas de syphilis tertiaire donnèrent un résultat positif. Le pourcentage des cas positifs de chancre fut 17 fois plus grand par la réaction de Landau que par la réaction de Wassermann. R.-J. Weissenbach.

Réaction à la luétine.

Sur la réaction à la luétine de Noguchi (Ueber die Luetinreaktion nach Noguchi), par Nanu-Muscel, Alexandrescu-Derscha, et L. Friedmann. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 23, p. 1271.

Après un résumé des travaux antérieurs sur ce sujet (bibliographie), N., D. et F. donnent le résultat de leurs recherches personnelles, et concluent :

C'est en cas de syphilis tertiaire qu'on obtient le plus régulièrement des résultats positifs (abstraction faite du tabes). Le chiffre des réactions positives atteint 89 pour 100.

Dans le tabes, il tombe à 20 pour 100.

Dans la syphilis secondaire, il a été de 47 pour 100.

Chez les non-syphilitiques, on observe 98 pour 100 de résultats négatifs.

Sur 15 cas de syphilis secondaire où l'on rechercha en même temps la réaction de Wassermann et la réaction de la luétine, 2 fois la réaction de Wasserman fut négative pendant que la luétine était positive. Sur 37 cas de syphilis tertiaires examinés de même manière, la réaction de Wassermann était négative dans 12 cas où la luétine était positive. La luétine, en ces cas, aurait donc une valeur diagnostique supérieure à la réaction de Wassermann.

En général, une réaction positive à la luétine indique la syphilis ; une réaction négative n'a pas de signification. Ch. Audry.

Application pratique de la luetine-réaction (Practical application of the luetin test), par Hideyo Noguchi. *New York medical Journal,* 22 août 1914, p. 349.

Relevé et discussion des résultats de la luetine-réaction obtenus par 50 auteurs au cours de ces deux dernières années : 30 pour 100 de résultats positifs à la première période de la syphilis, 47 pour 100 à la deuxième période, 80 pour 100 à la troisième, 70 pour 100 dans la syphilis congénitale, 90 pour 100 dans la syphilis viscérale. Dans la syphilis du système nerveux la réaction est plus fréquemment positive dans les méningites spécifiques aiguës que dans les affections parenchymateuses, telles que le tabès et la paralysie générale, au cours desquelles on a relevé 60 pour 100 seulement de résultats positifs. S. Fernet.

Réinfection syphilitique.

Réinfection chez un syphilitique tertiaire avec réaction de Wassermann positive (Reinfección en un sifilítico terciario con Wassermann positivo), par J. de Azua. *Actas dermo-sifiliográficas,* janvier-mars 1913, p. 103.

H., 36 ans, chancre induré de la rainure balanique en 1897, suivi de nombreuses manifestations secondaires. Traitement insuffisant. Deux ans après le chancre, le malade présentait encore des syphilides papuleuses de récidive et des plaques. Quelques frictions améliorèrent la situation. En mars 1912, syphilide tertiaire papulo-gommeuse dermique du cuir chevelu, céphalalgie nocturne, réaction de Wassermann faible. D'avril à juin, six injections de 0,08 d'huile grise et deux intraveineuses de salvarsan de 0,30 et 0,40. Guérison rapide de la syphilis et de la céphalée, réaction de Wassermann positive à la fin de mai et en juillet. A la mi-septembre, nouveau chancre diagnostiqué mou, mais un mois plus tard céphalée, angine spécifique et abondante poussée de syphilide papuleuse généralisée. Le chancre a laissé une induration typique (il avait été cautérisé au sulfate de cuivre. N. du T.). Réaction de Wassermann positive. Injections de 0,45 de néosalvarsan et d'huile grise ; disparition lente de la syphilide. L'induration persistait encore 3 mois après. A. croit à une nouvelle infection sur un terrain encore syphilitique. J. Méneau.

La réinfection syphilitique (La reinfección sifilítica), par Covisa. *Actas dermo-sifiliográficas,* octobre-novembre 1913, p. 24.

A propos de trois observations personnelles, C. conclut que la réinfection syphilitique est une réalité clinique, d'autant plus fréquente que le traitement de la première infection aura été plus précoce et plus intense. Il en résulte que l'évolution d'une infection syphilitique dépend surtout du traitement qui a été suivi au début, traitement qui doit être rapide, énergique, mais prudent. J. Méneau.

Observations de syphilis (Zur Kasuistik der Syphilis), par L. Spitzer. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 46, p. 1896.

I. Un homme de 32 ans présente une adénite axillaire consécutive à une petite blessure du lit de l'ongle du médius, qui était un chancre méconnu. Puis exanthème, papules et syphilis confirmée. Extirpation de la masse ganglionnaire axillaire qui a laissé un œdème lymphatique perstans du membre opéré.

II. S. donne ensuite 2 cas qui paraissent bien des réinfections, subies 18 et 22 mois après un chancre traité par le salvarsan. Ch. Audry.

Nouvelle contribution à l'étude de la réinfection syphilitique après salvarsan, et à l'étude de la biologie de la syphilis humaine (Weitere Beiträge zur Reinfectio syphilitica nach Salvarsan und zur Biologie der humanen Syphilis), par Gennerich. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 28 oct. et 4 nov. 1913, p. 2391 et 2460.

G. apporte 15 cas de réinfection syphilitique, c'est-à-dire d'une nouvelle infection survenant au cours d'un état de santé absolue (aux points de vue clinique et sérologique), la première syphilis, prise à la période primaire ou secondaire, ayant disparu à la suite d'un traitement abortif par salvarsan et mercure aussi.

Dans tous les cas la réinfection consistait en un chancre typique, avec adénopathie satellite récente, suivi parfois (dans 9 cas) de roséole ou d'exanthème papuleux. A. Nanta.

Sur la réinfection syphilitique envisagée d'après les données nouvelles (Reinfectio syphilitica vera Standpunkte der modernen Syphilisforschung), par M. Schleicher. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, t. 21, p. 397.

A propos d'une réinfection (d'un malade de Nobl), S. a fait une revue de la question. Il n'est pas possible d'analyser un travail de ce genre, et l'on s'y reportera tant pour le lire que pour y trouver des renseignements bibliographiques.

S. étudie et distingue la réinfection et la superinfection.

Il indique les caractères nécessaires à la définition d'une réinfection ; il montre qu'il faut avant tout avoir connaissance d'une disparition entière des accidents, et y compris la réaction de Wassermann, avant l'apparition du nouveau chancre.

Il admet que la durée de l'intervalle entre l'une et l'autre infection ne signifie rien, deux réinfections pouvant être très rapprochées, pourvu qu'il n'y ait plus aucun signe de l'infection initiale, etc., etc.

Enfin il assemble les notions expérimentale et clinique que l'on possède au sujet des superinfections qui peuvent s'observer aux différents stades de l'infection syphilitique. Ch. Audry.

Les réinfections dans la syphilis (Die Reinfectionen bei Syphilis), par J. Benario. *Sammlung zwangloser Abhandlungen*, t. III, 1914 (C. Marhold).

« D'après les données nouvelles », dit le sous-titre, B. se propose de réunir les documents récents publiés après l'introduction des arsenicaux, et en partant du travail de Johne. Il a réuni 112 observations. Il admet que pour un diagnostic sûr de réinfection, il faut : l'existence d'une lésion clinique de chancre induré, la constatation du spirochète, l'adénopathie, la recherche de la réaction de Wassermann la recherche de la source d'infection.

Il distingue ensuite des catégories de cas : *certains*, probables, possibles, invraisemblables, et étudie séparément les cas, suivant que les malades ont été traités par le salvarsan seul ou salvarsan et mercure.

Parmi les sujets traités par le seul salvarsan, il en compte 18 qui doivent, à son avis, être considérés comme probants, les uns (10) parce qu'ils présentent les 5 éléments définis du critérium indiqué, et les 6 autres, parce qu'ils ont été complétés par l'apparition d'accidents secondaires ; 9 cas sont rangés dans les probables, 15 dans les possibles, 7 dans les improbables.

Parmi les malades traités par salvarsan et mercure, B. compte 23 cas sûrs, 4 probables, 13 possibles, 7 improbables.

Au total : 41 cas certains, 13 probables, 28 possibles, 14 cas improbables.

De tels chiffres représentant des recherches étendues et sérieuses, montrent assurément que les réinfections sont plus fréquentes qu'avant l'emploi des arsenicaux ; mais ils montrent aussi combien est rare la stérilisation !

Ajoutons d'ailleurs que parmi les 41 cas considérés comme certains par B., je n'en admets pour ma part que 18 comme à peu près incontestables. Je crois qu'une réaction de Wasserman — est absolument nécessaire, et dans tous les autres cas, elle manque ou est +. En disant que parmi les observations de B. on peut admettre 30 réinfections, je suis assuré de ne pas être au-dessous de la vérité. Ch. Audry.

Un cas singulier de réinfection syphilitique (Ein eigenartiger Fall vorn syphilitischer Reinfektion), par F. Lesser. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 10, p. 542.

Un homme prend la vérole, la donne à sa femme, guérit par le néo-salvarsan, et ne tarde pas à la reprendre de sa femme qu'il avait lui-même infectée. Ch. Audry.

Sur la réinfection syphilitique (Beitrag zur Reinfectio syphilitica), par Hardrat. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 10, p. 541.

2 nouveaux cas observés sur des malades de Gennerich, et qui s'ajoutent aux 15 autres publiés par celui-ci. Tous deux avaient été traités par le néo-salvarsan et le calomel.

(Je ne comprends pas comment G. et H. semblent admettre une réaction

de Wassermann positive au moment d'un soi-disant chancre de réinfection comme en faveur de ce diagnostic. N. d. T.) Ch. Audry.

Superinfection chez un syphilitique tertiaire. Cas clinique (Superinfección en un sifilítico terciario. Caso clinico), par Forns. *Actas dermo-sifiliográficas,* octobre-novembre 1914, p. 51.

H. 21 ans. Syphilis en mars 1911. Après avoir subi en 20 mois 18 frictions mercurielles, 16 injections d'huile grise et deux de salvarsan, le malade rentre à l'hôpital avec des plaques nombreuses balano-préputiales érosives, balano-posthite, lymphite dorsale, adénopathies inguino-crurales des deux côtés, épitrochléennes et cervicales latérales, adénite inguinale droite. — Huile grise et traitement local. Sortie avant guérison. Huit mois après, une récidive de douleurs nécessite la rentrée du malade à l'hôpital. Traitement mixte. Le 21 octobre 1914, le malade présentait : un chancre induré en charnière du sillon et du pénis. Lymphite dorsale, adénopathies inguinales gauche, roséole généralisée discrète, nombreuses plaques bucco-linguales, laryngite spécifique, céphalées, adénopathies sous-maxillaires. Traitement mercuriel. — F. préfère le mot de superinfection à celui de réinfection parce qu'il croit que le malade n'était pas complètement guéri de sa première syphilis. J. Méneau.

Une observation de réinfection syphilitique à la suite d'un traitement mercuriel prolongé, suivi de trois séries de néo-salvarsan, administré en lavements, par Alex. Renault. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 26 novembre 1915, p. 1097.

R. considère l'observation rapportée comme un exemple de réinfection syphilitique seize ans après la première atteinte.

En septembre 1899, le malade âgé alors de 24 ans fut traité par l'auteur pour un chancre génital syphilitique avec adénite inguinale classique, puis de plaques muqueuses buccales et de céphalée qui guérirent sous l'influence du traitement mercuriel. Le malade perdu de vue depuis lors, revient consulter le 23 septembre 1915, pour une ulcération préputiale datant d'un mois, présentant tous les caractères d'un chancre syphilitique et accompagnée d'adénite bi-inguinale. Il raconte que depuis 1899 il a présenté à diverses reprises des accidents qui ont cédé chaque fois au traitement mercuriel et plus récemment aux lavements de néosalvarsan. Connaissant les antécédents du malade, R. se borne à prescrire localement une pommade au calomel et, intérieurement, une solution d'arséniate de soude. L'ulcération préputiale ne tarde pas à se cicatriser, mais apparaissent à ce moment, soit trois mois après le début du chancre, une éruption de roséole sur le tronc et une éruption de papules sur le front, le pli du coude, l'aisselle.

Pour R. la clinique suffit, dans ce cas, pour conclure à la réinfection, en s'appuyant en particulier sur l'existence de l'adénite satellite et sur l'apparition de l'éruption érythématopapuleuse. R.-J. Weissenbach.

Chancre syphilitique.

Chancre de l'urèthre et blennorrhagie, par J. Brault et Monpellier. *Revue chirurgicale d'urologie,* mai 1914, p. 263.

Chez un indigène algérien de 25 ans on constate l'existence de 3 chancres

mous du fourreau de la verge et du sillon balano-préputial, et un écoulement blennorrhagique. L'examen bactériologique révèle la présence de nombreux bacilles de Ducrey sans tréponèmes dans les lésions chancreuses. Dans le pus sanguinolent de l'urèthre on trouve des gonocoques et de nombreux tréponèmes typiques. Trois mois plus tard apparaît au méat une ulcération qui donne l'impression d'un chancre du canal s'extériorisant ; induration nette de l'extrémité de l'urèthre. R.-J. Weissenbach.

Chancre syphilitique de l'ombilic (Chancro sifilitico del ombligo). *Actas dermo-sifiliográficas,* octobre-novembre 1913, p. 6.

Ce chancre très rare a été vu sur une femme de 23 ans. On sait qu'en raison de son siège sur la ligne médiane du corps, il a été dénommé chancre aux quatre bubons, les lymphatiques de la région pouvant se rendre aux deux aisselles et aux deux aines. Dans le cas actuel, il y eut des adénopathies dans les deux aines et l'aisselle gauche ; la droite ne présentait que celles qui correspondent à la généralisation secondaire. J. Méneau.

Un cas de syphilis initiale du cuir chevelu (Su di un caso di sifiloma iniziale del cuio capelluto e contributo statistico ai sifilomi extragenitali), par Giovanni Ayala. *Giornale Internazionale delle Scienze mediche,* 1913.

A. recense d'abord les cas de chancre extragénital signalés par les auteurs, parmi lesquels, sur un total de 3 119, il en trouve seulement 11 développés sur le cuir chevelu. Puis il a rapporte le cas qu'il a observé.

Un garçon de 17 ans présente, à la région temporo-pariétale droite, une tuméfaction ayant des dimensions environ d'un sou, de forme légèrement ovalaire, de coloration rouge vineux, à bords très nets, surélevée sur le plan de la peau saine d'environ un centimètre, sans poils, recouverte de peau non ulcérée, sauf quelques points légèrement érodés. La palpation montrait que la tumeur était développée à l'intérieur du cuir chevelu, et qu'elle était mobile dans tous les sens. La consistance était dure, élastique et indolore. Les ganglions rétro-maxillaires et rétro-cervicaux étaient engorgés et durs, non douloureux. Le tronc présentait des taches de roséole. La réaction de Wassermann fut positive et l'examen de la lésion elle-même permit de déceler le tréponème. H. Minot.

Sur le chancre syphilitique du cuir chevelu (Ueber syphilitische Primäraffekte der fehaarten Kopfhaut), par P. Müller. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, t. 21, p. 480.

Chancre syphilitique observé sur le cuir chevelu d'un nouveau-né âgé de huit semaines (réaction de Wassermann). La mère était atteinte de syphilis secondaire et de blennorrhagie. C'est 3 semaines après la naissance que le chancre de l'enfant avait commencé à se manifester.

Sur 56 cas réunis par M., 6 fois il s'agissait de nouveau-nés.

Comme traitement, 6 injections intra-fessières de 0,1 de néosalvarsan à une semaine d'intervalle ; puis injection de sublimé. Ch. Audry.

Sur un cas remarquable de chancre syphilitique extra-génital (Ein bemerkenswerter Fall von extragenitaler Syphilisinfektion), par O. Heinemann. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1914, n° 28, p. 1323.

Chancres syphilitiques de l'une et l'autre lèvres chez une femme de 30

ans, consécutifs à un crayon tenu entre les lèvres, et emprunté à une camarade syphilitique. Ch. Audry.

Diphtérie salutaire dans un cas de chancre syphilitique phagédénique de la lèvre inférieure, par L. Galliard. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 19 novembre 1915, p. 1036.

G. n'a trouvé signalée nulle part cette action salutaire de la diphtérie sur les lésions syphilitiques.

Homme de 24 ans, entré à l'hôpital le 25 novembre 1881 pour rhumatisme articulaire aigu et présentant de plus un chancre syphilitique de la lèvre inférieure datant de 15 jours et une éruption de syphilides papuleuses du tronc et des membres. Les accidents articulaires cèdent au traitement par le salicylate de soude au bout de quelques jours. Pendant ce temps le chancre de la lèvre s'étend et prend des caractères de phagédénisme malgré l'application locale d'iodoforme et l'ingestion quotidienne pendant 10 jours de 10 centigrammes de protoiodure de mercure. A ce moment il contracte une angine diphtérique. L'exsudat amygdalien s'étend sur le chancre. La température est à 38°; l'état du malade est grave. On supprime le traitement mercuriel. Traitement, chlorate de potasse, 5 grammes; cognac, 50 grammes; comme topique, jus de citron sur les amygdales et sur le chancre. Cinq à six jours plus tard l'état général commence à s'améliorer; puis l'exsudat du chancre disparait, et celui-ci se recouvre de croûtes; l'exsudat des amygdales persiste. Dix jours plus tard l'exsudat pharyngé a disparu à son tour, la fièvre tombe, le malade entre en convalescence. La tuméfaction de la lèvre n'existe plus, il reste un peu d'induration au-dessous du chancre dont la cicatrisation est presque complète. Les syphilides cutanées ont disparu. R.-J. Weissenbach.

Syphilis du cœur.

Myocardite syphilitique secondaire (Miocarditis sifilítica secundaria), par Covisa. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1914, p. 168.

Femme de chambre, 22 ans, atteinte de syphilis secondaire. Avant de la soumettre au néosalvarsan, on examine le cœur : pouls lent (50 pulsations à la minute), arythmie, un battement du cœur manque sur 4. Dix injections intraveineuses de cyanure de mercure (0,12 de médicament) améliorent tellement la malade qu'elle demande à sortir de l'hôpital. Elle y rentre au bout d'un mois et demi pour laryngite spécifique et nouvelle poussée de syphilides. Le pouls est encore à 50, mais le cœur n'a plus de faux pas que toutes les 8 ou 10 pulsations. La bouche ne permettant pas l'emploi du mercure, C. fait des injections de néosalvarsan (0,15 à 0,20). Disparition complète des accidents et de l'arythmie, diminution de la lenteur du pouls (66 pulsations à la minute) qui est plus ample. Au bout de 2 mois, récidive des accidents, mais arythmies moins fréquentes, 64 pulsations à la minute. Sept injections de 0,15 à 0,30 de néosalvarsan et la bouche étant mauvaise, huile grise. Amélioration rapide des manifestations, disparition des arythmies, pouls à 66, état général parfait. Un traitement mercuriel intermittent a maintenu la guérison. J. Méneau.

Un cas de syndrome de Stokes-Adams d'origine syphilitique

(Un caso de síndrome de Stokes-Adams de origen sifilítico), par Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* octobre-novembre 1914, p. 55.

F., 37 ans, syphilitique depuis 22 ans. En juillet 1914, syndrome typique de Stokes-Adams coïncidant avec d'autres manifestations de syphilis (céphalées, arthralgies) rapidement améliorées par le traitement au néosalvarsan. Aucune modification des phénomènes cardiaques. Persistance de la lenteur du pouls (30 à 36 pulsations), de la dyspnée et de l'angoisse. A. croit à l'origine syphilitique du syndrome parce que la malade n'a jamais souffert d'autres maladies infectieuses. Le néosalvarsan a été bien supporté, mais n'a pu améliorer l'état du myocarde, en raison de l'ancienneté des lésions. J. Méneau.

Sur la myocardite syphilitique (Ueber syphilitische Myocarditis), par F. Rosenfeld. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 21, p. 1015.

A propos d'une observation personnelle suivie de mort et où l'on trouve une gomme ramollie du cœur, R. insiste sur la difficulté du diagnostic, qui semble déterminé plutôt par les données étiologiques négatives ou positives que par les symptômes objectifs. Ch. Audry.

Syphilis et pouls alternant, par M. Dehon et Jean Heitz. *Paris Médical,* 20 juin 1914, p. 76.

Cette étude est basée sur l'observation de 8 malades : 5 cas sont rapportés en détail, avec tracés à l'appui :

I. — Homme, 45 ans, dyspnée d'effort et crises de dyspnée nocturne. Tension : 24 à l'oscillomètre Pachon. Pouls alternant continu. Ancien syphilitique non traité. Réaction de Wassermann positive. Traitement : 6 injections de néosalvarsan de 0 gr. 60, 24 injections intraveineuses de 0 gr. 01 de cyanure de mercure, huile iodée, balnéation carbogazeuse. Six mois plus tard amélioration remarquable : Tension artérielle maxima à 18,5, le pouls radial n'est plus alternant, les accidents dyspnéiques ont disparu.

La réaction de Wassermann est négative.

II. — Homme, 51 ans, ancien syphilitique. Réaction de Wassermann négative. Tension artérielle 23,5 — 14,5. Dyspnée. Albuminurie. Accélération habituelle du cœur avec alternance postextrasystolique. Traitement par le biodure de mercure. Les extrasystoles deviennent moins fréquentes et l'alternance radiale postextr. systolique disparaît. Ces accidents réapparaissent après cessation du traitement mercuriel.

III. — Homme, 50 ans. Insuffisance aortique, crises d'angine de poitrine, dilatation cardiaque, albuminurie ; hypertension artérielle, alternance du pouls faisant suite à des extrasystoles rythmées. Signe d'Argyll bilatéral.

IV. — Homme, 50 ans. Hypertension. Alternance continue. Dyspnée et douleurs angineuses. Réaction de Wassermann positive.

V. — Homme, 55 ans. Chancre à l'âge de 35 ans, suivi d'accidents secondaires traités par le mercure. Réaction de Wassermann positive. Dyspnée. Angine de poitrine. Hypertension modérée. Alternance continue.

Sur un total de 25 observations de pouls alternant, D. et H. ont donc rencontré 8 cas de pouls alternant chez des syphilitiques soit un peu plus de 30 pour 100, proportion inférieure à la réalité, car dans le total des

25 observations la syphilis n'a pas toujours pu être éliminée avec certitude, l'enquête étiologique étant restée insuffisante.

D. et H. concluent que la syphilis joue un rôle important dans l'étiologie de l'alternance cardiaque. Or on connaît la gravité pronostique attachée à la constatation de ce symptôme, puisqu'il correspond à une insuffisance grave du myocarde ventriculaire gauche et que la survie ne dépasse pas un ou deux ans.

Les bons effets du traitement spécifique dans les 2 premiers cas démontrent qu'il faut tenter ce traitement chez les malades présentant de l'alternance du pouls dont la syphilis est certaine. R.-J. Weissenbach.

Syphilis des vaisseaux sanguins.

Anévrysme de la crosse de l'aorte. Plaie pénétrante du thorax et syphilis. Rapports étiologiques. Présentation de malade, par Ray. Durand-Fardel. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 16 juillet 1915, p. 612.

Homme de 39 ans, incorporé le 4 août 1914 et laissé au dépôt de son corps jusqu'en octobre, sans présenter d'autre malaise qu'un peu d'essoufflement et de toux à la suite de la marche. Parti au front, il prend part à plusieurs affaires jusqu'au 14 janvier, jour où il est blessé par une balle qui fracture la clavicule gauche, traverse le plexus brachial et ressort à la partie postérieure de l'aisselle. Hémoptysie abondante, cessant au bout de 8 jours ; parésie moto-sensitive du bras gauche ; cicatrisation de la plaie en 3 semaines. Au bout de 4 mois de convalescence, il se plaint uniquement de palpitations et d'essoufflement, on constate l'existence de signes de dilatation anévrysmotique de la crosse de l'aorte : thrill au niveau du 2e espace intercostal droit, frémissement systolique, matité ; à l'examen radioscopique : élargissement de l'ombre de l'aorte avec battements expansifs ; sur les radiographies l'ombre aortique dépasse de 4 centimètres le bord droit du sternum.

Le sujet nie la syphilis mais présente de la leucoplasie buccale et la réaction de Wassermann est positive.

D.-F. pense que, tout en admettant qu'il est difficile, dans le cas actuel, de ne pas reconnaître à la syphilis son rôle étiologique, l'action déterminante du traumatisme ne peut être écartée et que le doute, dans l'espèce, doit profiter à l'intéressé. R.-J. Weissenbach.

Un cas de gangrène du pied par artérite oblitérante syphilitique (Un caso de gangrena del pié por arteritis obliterante sifilítica), par Forns. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1914, p. 151.

A propos d'un cas de syphilis méconnue chez un homme de 38 ans, ayant abouti à une gangrène par endartérite, F. fait remarquer qu'on ne peut baser un diagnostic de syphilis sur la seule existence de lésions spécifiques antérieures. Le fait d'une gangrène survenant chez un homme jeune sans antécédents de maladie infectieuse, sans lésions de l'endocarde, ni artériosclérose, sans intoxication, ni auto-intoxication, ne pouvait être que d'origine syphilitique.

La réaction de Wassermann a, comme le traitement d'épreuve, une grande valeur au point de vue du diagnostic, mais la gangrène segmen-

taire survenant chez des individus jeunes est pathognomonique de la syphilis, elle doit y faire autant penser que les avortements répétés chez la femme. En de pareils cas, l'expectative est de règle, le traitement spécifique limite la lésion. J. Méneau.

Endopériphlébite syphilitique secondaire (cas clinique) (Endoperiflebitis sifilítica secundaria (caso clinico), par Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* juin-juillet 1912, p. 311.

Un syphilitique, insuffisamment traité, présente au bout de 15 mois des arthralgies multiples, avec infarctus ganglionnaires généralisés et douleur continue dans le genou et la main droits. Au tiers inférieur interne de la cuisse on voit une surface rouge, surélevée, allongée, suivant le trajet de la saphène interne. Au palper on se rend compte que la tuméfaction commence au niveau du point où la saphène se jette dans la fémorale, sans aucune connexion avec le ganglion lymphatique; elle est continue: sa consistance, dure au tiers supérieur et moyen de la cuisse et du genou, est empâtée au tiers inférieur; le volume est celui du pouce puis de l'index, comme un gros boudin; au genou, il est d'un porte-crayon. A la partie nférieure, léger œdème périphérique. Pas d'exacerbation nocturne. Guérison rapide par le salvarsan. J. Méneau.

Syphilis de l'appareil lymphatique.

Lymphangites et périlymphangites syphilitiques secondaires (Linfangitis y perilinfangitis sifilíticas secundarias), par A. Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* juin-juillet 1912, p. 300.

Contrairement à Fournier, A. est d'avis que les lymphites secondaires extragénitales ne sont pas rares. La lymphite se voit surtout dans les cas de chancre génital localisée aux membres inférieurs, elle est presque toujours bilatérale, beaucoup plus fréquente chez l'homme; mais elle peut se rencontrer sur tout trajet de vaisseau lymphatique. Le malade ressent de la tension, de la gêne, parfois de la douleur, rendant les mouvements difficiles; la peau est soulevée par un cordon rigide, dur, ferme, donnant au palper la sensation d'une corde de violon: aux membres inférieurs, l'extension ou l'écart sont pénibles ou douloureux; la lésion est surtout accusée au tiers moyen de la cuisse, moins au ganglion. Le tissu cellulaire périlymphatique n'est pas intéressé. Il n'y a pas d'œdème, ni fièvre ni suppuration. La guérison s'obtient en une quinzaine de jours. La lésion progresse de haut en bas contrairement à la lymphangite traumatique.

Il existe aussi des endopérilymphites intéressant la tunique externe et le tissu cellulaire voisin. Elles se rencontrent surtout à la période secondaire, aux membres inférieurs, à partir d'une adénopathie inguinale. Leur pronostic est bénin, si elles sont traitées sérieusement. Elles produisent une tuméfaction fusiforme, la peau est rouge, douloureuse surtout par les mouvements. La lésion se termine par un empâtement diffus, douloureux, mollasse, auquel fait suite le cordon lymphatique de moins en moins résistant. J. Méneau.

Syphilis de l'appareil digestif.

Hypertrophie symétrique des glandes salivaires et lacrymales

(maladie de Mikulicz) d'origine syphilitique, par Vennin et Worms. *Bulletin de la Société de médecine militaire française,* 2 juillet 1914, p. 468.

Soldat ayant eu 18 mois auparavant des chancres syphilitiques de la verge, suivis de syphilides papuleuses et de céphalée. Les deux parotides se sont tuméfiées progressivement depuis 3 mois, sans la moindre douleur, formant un relief moyennement accusé, dures, absolument ligneuses, régulières. Tuméfaction symétrique des paupières, surtout marquée à la partie externe, dure, se terminant en avant par un bord mince, s'enfonçant dans l'orbite, du volume d'une amande, occupant exactement la loge de la glande lacrymale. Les glandes sous-maxillaires sont aussi augmentées de volume, mobiles, indolores, mais notablement moins hypertrophiées que les parotides. Les sublinguales forment une forte saillie sous la langue. Ganglions lymphatiques, foie et rate normaux. Réaction de Wassermann positive. A la suite d'un traitement mercuriel et ioduré, les lésions rétrocèdent, mais assez lentement.

V. et W. rappellent que des cas de ce genre ont été publiés, entre autres par F. de Lapersonne et Gutman, mais sont rares. G. Thibierge.

Maladie de Mikulicz et syphilis, avec une observation personnelle, par P. Théodoresco. *Annales des maladies vénériennes,* novembre 1914, p. 801.

Étude très consciencieuse, sur les rapports étiologiques possibles entre la syphilis et la maladie de Mikulicz (infection chronique « systématique et exclusive » des glandes salivaires et lacrymales) T. conclut à l'élimination de tout facteur causal autre que la syphilis; la tuberculose doit être écartée, étant donné le caractère parfois familial, héréditaire et congénital du syndrome de Mikulicz, et son évolution qui aboutit à la formation de tuméfactions de consistance dure, ligneuse, sans tendance au ramollissement et à la caséification. — Sont encore en faveur de l'étiologie syphilitique : 1° Le fait que l'affection est polyglandulaire et symétrique, ce qui permet d'affirmer qu'elle résulte d'une infection par voie sanguine ; or on ne trouve pas de foyer tuberculeux d'origine dans la maladie de Mikulicz. 2° Les résultats du traitement antisyphilitique : T. l'a appliqué dans un cas personnel (malgré l'absence d'antécédents héréditaires et personnels et une réaction de Wassermann négative) sous forme d'injections de calomel, 10 centigrammes par semaine ; le début des tuméfactions parotidiennes remontait à 3 ans : il a obtenu en 15 jours leur réduction, en 2 mois leur résolution complète. M. Govaerts.

Les troubles de l'appareil digestif comme cause et suite d'autres maladies (Die Störungen der Verdauungsapparatus als Ursache und Folges anderer Erkrankungen), par H. Herz, III^e^ partie, p. 623. Berlin, 1914 (Karger).

H., dans la troisième partie de cet ouvrage, consacre 90 pages à l'étude de la syphilis du tractus digestif. Si l'on songe qu'on y trouve résumés ce que l'on sait sur toutes les lésions syphilitiques de la bouche, de l'estomac, de l'intestin, du foie, de la rate, du pancréas, etc., etc., on jugera avec raison qu'il ne peut s'agir que d'un exposé didactique assez bref. Il est du reste rédigé avec soin et compétence, et s'il n'apprend pas grand'chose aux syphiligraphes, il sera assurément fort utile aux médecins qui ne sont pas « spécialisés ». Ch. Audry.

NÉCROLOGIE

A. VIENNOIS

A Vienne (Isère) vient de s'éteindre à l'âgé de 90 ans le Dr Alexandre Viennois.

Fils d'un médecin réputé de Romans, il naquit dans cette ville en 1826. Il commença ses études médicales à Lyon, puis fut reçu en 1851 externe des hôpitaux de Paris. De retour à Lyon il concourt avec succès à l'Internat en 1856.

C'est alors qu'il devient à l'Antiquaille l'élève et le collaborateur de Rollet.

A cette époque, sous l'influence de Ricord et de l'école du Midi, on niait la contagiosité des accidents syphilitiques secondaires. Au contraire à l'Antiquaille Rollet rompait des lances en faveur de leur contagiosité. Autour de lui, dans cette lutte, vinrent se ranger de nombreux élèves ; Viennois fut de ceux-là.

Son premier travail intitulé : « De la transmission de la syphilis par la vaccination » parut en juin 1860 dans les *Archives de Médecine*. L'auteur prouvait la contagiosité du sang à certaines périodes et les dangers qui pouvaient résulter de la vaccination de bras à bras.

Sa thèse « Recherches sur le chancre primitif et les accidents consécutifs produits par la contagion de la syphilis » reflète les idées de son maître sur cette question qui soulevait tant de controverses.

En 1870, Viennois fait partie de l'ambulance dirigée par Ollier ; un an après il est fait chevalier de la Légion d'honneur.

Il était membre de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

PAUL HASLUND

Paul Haslund, né à Copenhague le 9 septembre 1876, est mort le 10 juin 1916. Sa mort a privé la dermatologie danoise d'un de ses meilleursr eprésentants. Il était le fils de feu le Pr Alexander Haslund, auquel les *Annales de Dermatologie* ont consacré une notice en 1906.

De son père il avait hérité d'un très grand goût pour la dermatologie et pendant toute sa vie, si cruellement abrégée, il se dévoua à ses études dermatologiques avec une ardeur infatigable.

Pendant huit années il fut le chef de clinique du Pr Rasch, à l'hô-

pital royal « Frédérich » et à l'hôpital communal de Copenhague et après il fut jusqu'à sa mort médecin de l'Institut Finsen à Copenhague.

Parmi ses nombreux travaux dont un seul fut publié en français dans les *Annales de Dermatologie*, tous empreints d'une grande solidité et d'une scrupuleuse exactitude je citerai en première ligne ses études sur l'histologie du psoriasis, dans laquelle il fit connaître en Danemark les méthodes modernes de recherches histologiques sur les maladies de la peau.

Surmené par ses fonctions et par la préparation du Congrès de l'Union des dermatologistes scandinaves il est mort subitement d'une maladie de cœur au moment où il se disposait à partir à Christiania pour assister à ce Congrès.

D'un caractère pur et noble, simple et modeste, il était estimé et aimé de tous ceux qui le connaissaient. En France aussi il comptait plusieurs amis avec lesquels il s'était lié pendant ses études à Paris. Il admirait, il aimait la culture ancienne et moderne de la France, qu'il avait appris à connaître au cours de ses voyages.

H. Bang.

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

TRAVAUX ORIGINAUX

COMMENT ON TRAITE ACTUELLEMENT LA SYPHILIS EN FRANCE

Par

le Dr **Carle** (de Lyon)
médecin aide-major

et

le Dr **Carrère** (de Tarbes)
médecin aide-major

Chargés du service de vénéréologie de la *** Armée.

Quelques centaines de syphilitiques ont passé depuis le 1er janvier 1916 dans notre service d'ambulance faisant fonction de centre vénéréologique de la *** Armée. Le hasard des affectations avait réuni là des malades venant de toutes les régions de la France; ils appartenaient à toutes les classes de la société; ils avaient été examinés ou traités par des médecins de toutes les écoles. L'occasion nous a paru bonne de faire une enquête un peu générale sur la façon dont était traitée la syphilis en France au début du XXe siècle.

Nous avions l'intention de nous borner à un tableau comparatif des médications et des résultats; puis, du fait même de la comparaison, quelques conclusions se sont imposées. Elles ne sont ni bien neuves ni bien originales. Nous n'avons cependant aucune pudeur à les rappeler, car ce travail nous a surtout démontré que, dans le retentissement des découvertes quotidiennes, éphémères ou durables, illusoires ou réelles, les médecins avaient une tendance certaine à sacrifier à la mode du jour et à oublier les vérités premières, gages de toute sécurité pour nos malades.

Dans le tableau qui suit nous avons réuni les malades dont les antécédents nous ont paru certains et susceptibles de fournir un enseignement. Nous n'avons pas voulu faire état de ceux dont les souvenirs n'avaient pas la précision nécessaire, et nous avons dû également négliger un grand nombre de Marocains, Sénégalais, Martiniquais, Malgaches et Annamites. Notre statistique a été arrêtée à la date du 31 août 1916.

Ainsi écourté, ce tableau est encore bien long. Cependant nous croyons utile de le reproduire, car il est la base de notre travail, ainsi qu'il le serait de toute critique qu'on voudrait lui adresser.

Notre tableau comprend trois catégories de malades et chacune de

ces catégories deux subdivisions. En voici le détail avec le pourcentage de chacune :

Catégorie I. — Malades paraissant avoir reçu un traitement, sinon intensif, du moins suffisant.
- A. — Arrivés sans accidents (4,74 °/₀).
- B. — Arrivés avec des accidents (6,16 °/₀).

Catégorie II. — Malades ayant reçu un traitement insuffisant.
- A. — Par des injections (40,76 °/₀).
- B. — Par la médication interne (11,85 °/₀).

Catégorie III. — Malades dont la syphilis fut méconnue.
- A. — Méconnus relatifs (tardivement traités) (14,22 °/₀).
- B. — Méconnus absolus (jamais traités) (22,27 °/₀).

(L'abréviation S. A. signifie sel arsenical, soit arséno-benzol, soit novarséno-benzol, soit galyl, soit luargol. Nous avons dû l'employer à cause de l'impossibilité où sont la plupart des malades de spécifier le médicament qui leur a été injecté.)

§ 1. — RÉSUMÉS DES OBSERVATIONS (1)

Catégorie I. — Malades paraissant avoir reçu un traitement sinon intensif du moins suffisant

A. — *Arrivés sans accidents spécifiques.*

745. D... Mars 1915. 60 injections de biiodure en 2 séries, 8 injections intra-veineuses de S. A., 20 de cyanure de Hg. — *12 avril* : pyodermites jambes, folliculites.

728. Février 1915. Sirop de Gibert mars 1915; 155 injections de biiodure de mercure en plusieurs séries; en avril 1916, pilules mercurielles. — *2 avril* : angine herpétique.

736. B... Août 1915. 10 injections de biiodure, 3 injections intra-veineuses de S. A., 13 de cyanure de mercure à cette époque. — *23 mai* : céphalée, pas d'accidents apparents.

539. H... 1912. Traitement régulier par des injections de benzoate de mercure. Il y a 2 mois, 4 injections intra-veineuses de S. A. et de biiodure de mercure; n'a jamais eu d'accidents constatés. — *27 juin* : néant.

694. B... 1912. 200 injections de biiodure en plusieurs séries, 9 injections intra-veineuses de S. A. — *22 juin* : blennorragie.

563. C... Mai 1915. 4 injections intra-veineuses de S. A.; en juillet, pla-

(1) Dans toutes ces observations, la première date est celle du début de la maladie, la seconde (en italique) est celle de l'entrée dans notre service; cette dernière se rapporte toujours à l'année 1916.

ques muqueuses de la bouche, 15 injections de biiodure tous les 2 mois pendant 6 mois; depuis environ 6 mois, pas d'accidents, pas de traitement. — *24 juin* : blennorragie.

836. M... Janvier 1915. En 1915, 16 injections de cyanure de mercure et 6 intra-veineuses de S. A. Il y a 2 ou 3 mois, injections de biiodure. — *19 juillet* : pas d'accidents actuels.

538. G .. Mars 1915. 6 frictions mercurielles, 12 biiodure; juillet 1915, 24 biiodure; septembre 1915, 20 biiodure; décembre 1915, 3 intra-veineuses de S. A.; janvier 1916, 20 biiodure. — *15 août* : légère adénite inguinale gauche, cicatrices de plaques muqueuses de la lèvre.

716. P... Mai 1908. Pendant 3 ans : 1 huile grise par semaine pendant 3 mois, puis 1 mois de repos. Accidents secondaires pendant cette période. En 1911, 3 injections intra-veineuses de S. A.; avril 1916, iodure, pilules. — *17 août* : rien de spécifique.

B. — *Arrivés avec accidents.*

734. A... Janvier 1915. Injections de biiodure, injections intra-veineuses de S. A., pilules. — *17 février* : plaques muqueuses balano-préputiales.

721. F... Décembre 1915. 50 injections de biiodure, 2 injections intra-veineuses de S. A. — *20 mars* : roséole, accidents secondaires du pharynx.

575. B... Février 1916. 15 injections de biiodure; récemment 22 injections de biiodure; 1 injection intra-veineuse de S. A., 2 galyl à 0,20. — *24 juin* : plaques muqueuses des piliers en voie de cicatrisation.

570. F... ? 18 injections de biiodure, 2 galyl à 0,20, 1 injection intra-veineuse de S. A. à 0,15. — *24 juin* : plaques muqueuses de la langue en voie de cicatrisation.

573. F... Janvier 1916. 19 injections de biiodure, 1 injection intra-veineuse de S. A., 2 galyl. — *24 juin* : plaques muqueuses de la lèvre en voie de cicatrisation.

723. D... Février 1916. 10 injections de biiodure, 1 injection intra-veineuse de S. A. à 0,15, 2 injections de galyl à 0,20. — *24 juin* : syphilis secondaire.

842. A... Avril 1916. 24 injections de biiodure. — *29 juin* : plaques muqueuses des amygdales, syphilides du cou et du scrotum.

727. C... Avril 1916. 18 injections de biiodure. — *20 juin* : roséole, papules syphilitiques du fourreau.

743. L... Mai 1916. 13 injections de biiodure; le 15 juin plaques muqueuses, 2 huile grise, 1 injection intra-veineuse de S. A., 60 pilules (3 par jour); a fini les pilules il y a 15 jours. — *28 juillet* : ulcération syphilitique de la verge.

749. L... Mai 1916. 1 injection intra-veineuse de S. A. (0,30), 32 injections de biiodure, 8 injections d'huile grise. — *23 août* : syphilides papuleuses disséminées.

533. D... Octobre 1914. 4 injections intra-veineuses de S. A.; décembre 1914, 9 biiodure; janvier à mars 1915, 24 biiodure et 40 pilules (roséole); 1915, avril à juin, 17 biiodure; juillet-août, 30 pilules (plaques); septembre-octobre, 30 pilules; novembre, 15 pilules. 1916, plaques; janvier-février, 17 biiodure et 5 intra-veineuses de S. A.; avril, 30 pilules; fin mai, plaques

anus. — *16 juillet* : plaques muqueuses de la bouche depuis le début de juillet.

567. F... Janvier 1916. En mars 1916, 5 injections intra-veineuses de S. A.; en mai, 30 cyanure; depuis, pilules protoiodure. — *29 août* : plaques muqueuses des lèvres et des amygdales, syphilides ulcéreuses du scrotum, syphilides papuleuses du fourreau.

509. P... Juin 1916. 7 injections intra-veineuses de S. A. — *31 août* : accidents secondaires du prépuce, roséole.

Catégorie II. — Malades insuffisamment ou irrégulièrement traités.

A. — *Ayant été traités surtout par des injections.*

855. D... Janvier 1916. 5 injections de biiodure. — *9 avril* : plaques muqueuses de la verge.

649. L... Mai 1915. 4 injections intra-veineuses de S. A. — *15 mars* : laryngite spécifique.

636. B... Novembre 1915. 30 injections de biiodure, 1 intra-veineuse de S. A. — *24 mars* : laryngite spécifique.

729. C... Décembre 1915. 3 injections intra-veineuses de S. A. — *6 mars* : céphalée, plaques muqueuses, adénite bilatérale (inguinale)

738. S... Février 1914. 3 injections intra-veineuses de S. A., injections de biiodure. — *17 février* : plaques balano-préputiales, céphalée.

876. J... Août 1915, 20 injections de biiodure, 1 intra-veineuse de S. A. — *20 mars* : plaques muqueuses des lèvres et du pharynx.

631. Q... Novembre 1915. Sirop de Gibert, 10 injections de biiodure, 3 injections intra-veineuses de S. A. — *24 mars* : plaques muqueuses.

635. L... ? 5 injections de biiodure. — *24 mars* : plaques muqueuses lèvre.

650. H... Décembre 1915. Injections S. A. — *29 mars* : plaques muqueuses.

634. G... Décembre 1915. 10 injections de biiodure, 3 injections intra-veineuses de S. A. — *9 avril* : plaques muqueuses de la bouche.

748. G... Février 1914. Pendant 2 mois injections de biiodure. — *23 mars* : plaques muqueuses érosives balano-préputiales.

745. F... Novembre 1915. 2 injections intra-veineuses de S. A., 10 injections de biiodure. — *29 mars* : plaques muqueuses.

706. L... Janvier 1916. 9 injections de biiodure. — *19 avril* : plaques muqueuses du pharynx.

859. A... Février 1916. 2 injections de biiodure. — *19 mars* : plaques sous phimosis inflammatoire, roséole.

874. P... Janvier 1916. 3 injections de biiodure. — *20 mars* : plaques muqueuses sur l'amygdale gauche.

872. L... Décembre 1915. 18 injections de biiodure. — *20 mars* : chancre non encore guéri, accidents secondaires.

852. P... Novembre 1913. En 1914, injections de biiodure; en 1916, injections de biiodure. — *14 avril* : syphilides secondaires.

877. P... Novembre 1915. 40 injections de biiodure en 2 séries. — *20 mars* : syphilides secondaires.

871. D... 1910. Traitement irrégulier de 2 à 3 mois, plus tard 10 injections de biiodure, 1 injection intra-veineuse de S. A. — *24 mars* : accidents tertiaires, accidents nerveux.

861. L... Mars 1914. 1 injection intra-veineuse, 6 injections de biiodure. — *19 mars* : plaques muqueuses de la bouche.

870. S... Septembre 1913. En 1913, 15 injections de biiodure. — *14 avril* : plaques muqueuses des lèvres.

712. G... Novembre 1915. 18 injections de biiodure. — *6 mars* : roséole, syphilides papuleuses.

856. P... Septembre 1915. Quelques injections de biiodure. — *9 avril* : plaques muqueuses des lèvres.

783 bis. D... 1913. 40 injections de biiodure. — *13 mars* : syphilides cutanées.

741. B... Septembre 1915. 4 injections intra-veineuses de S. A. — *15 avril* : plaques muqueuses des lèvres et du prépuce.

731. E... Janvier 1916. 5 injections de biiodure. — *20 mai* : plaques muqueuses de la bouche.

738. D... Février 1916. 7 injections de cyanure de mercure. — *25 mai* : roséole.

737. L... 1913. D'abord 8 injections intra-veineuses de S. A., puis 4, puis 2, pendant 6 mois pilules mercurielles. — *21 mai* : plaques muqueuses du voile du palais.

727. B... Février 1916. Traitement local, 2 injections de biiodure. — *19 mai* : plaques muqueuses (amygdales).

781. P... Décembre 1915. 10 injections de biiodure, 1 injection intra-veineuse de S. A. — *22 avril* : plaques muqueuses, gland et bouche.

704. G... Fin décembre 1914. 5 injections intra-veineuses de S. A. en 1915 et 1 huile grise ; récemment 2 injections intra-veineuses de S. A. — *27 juin* : syphilides secondaires.

779. L... Septembre 1912. 30 injections de biiodure ; en 1915 pilules mercurielles. — *9 juin* : syphilides cutanées.

720. C... Janvier 1916. Récemment 6 injections de biiodure, 1 injection intra-veineuse de S. A., 2 galyl. — *24 juin* : pas d'accidents actuels.

572. C... Août 1915. 14 injections de biiodure, puis 4 biiodure et 6 injections intra-veineuses de S. A. — *24 juin* : plaques muqueuses de la bouche.

579. L... Février 1916. 7 injections de biiodure, 1 injection intra-veineuse, 2 galyl, 8 cuillerées de sirop de Gibert. — *24 juin* : plaques muqueuses en voie de cicatrisation.

878. V... ? 19 biiodure, 2 galyl. — *24 juin* : plaques muqueuses du sillon balano-préputial.

642. J... Janvier 1916. 22 injections de biiodure. — *22 juin* : plaques muqueuses de la langue.

732. A... Juin 1915. 4 injections intra-veineuses de S. A., 15 biiodure. — *14 juin* : syphilides du scrotum, plaques muqueuses.

545. P... 1910. 57 biiodure, 60 injections énésol ; récemment 2 injections intra-veineuses de S. A. — *27 juin* : ulcération tertiaire du gland.

529. Ch... 1914. 10 hectargyre ; récemment 3 injections intra-veineuses de S. A., 1 biiodure. — *27 juin* : plaques muqueuses.

819. B... Janvier 1915. 30 biiodure en 1915; en 1916, 13 biiodure, 1 galyl, 4 injections intra-veineuses de S. A. — *24 juin* : angine spécifique.

661. M... Février 1914. 8 huile grise; septembre 1915, 2 injections intra-veineuses de S. A. — *3 juillet* : plaques muqueuses.

544. B... Février 1915. 3 biiodure, 4 injections intra-veineuses de S. A., 1 huile grise; récemment 5 biiodure. — *3 juillet* : condylomes anaux.

542. T... Juin 1907. Au début, 16 huile grise en 4 séries. — *16 juillet* : tabes incipiens.

511. D... Juin 1915. En 1915, 7 injections intra-veineuses de S. A., 10 biiodure. — *27 juin* : roséole.

546. V... Novembre 1915. 1 injection intra-veineuse de S. A.; dernièrement roséole traitée par 3 injections intra-veineuses de S. A., 1 biiodure. — *27 juin* : rien d'apparent.

571. V... Avril 1916. 7 biiodure, 2 galyl. — *24 juin* : roséole en voie de disparition.

580. M... 1914. 40 biiodure, sirop de Gibert; récemment 3 biiodure, 2 injections intra-veineuses. — *24 juin* : ecthyma syphilitique des jambes.

572. G... Janvier 1916. 40 biiodure. — *27 juin* : plaques muqueuses de la langue.

536. T... Mai 1916. 10 cyanure. — *19 juillet* : roséole à larges macules.

728. N... Février 1916. 34 biiodure. — *4 juillet* : éruption papuleuse généralisée.

860. L... Janvier 1916. 10 biiodure. — *19 mars* : syphilides papuleuses du scrotum.

738. V... 1913. Injections de biiodure, hectine, injections intra-veineuses de S. A. — *18 mars* : plaques muqueuses du sillon balano-préputial.

710. B... 1914. Traitement ayant duré 1 an (?). — *29 mars* : syphilides papillomateuses de la région génitale.

539. L... Janvier 1916. 15 cyanure. — *3 juillet* : nombreuses plaques muqueuses de la bouche et de la langue, roséole.

543. J... Décembre 1915. 22 biiodure; plus tard 2 injections intra-veineuses de S. A. — *27 juin* : plaques muqueuses.

569. C... Septembre 1915. 18 biiodure, iodure. — *8 août* : plaques muqueuses des lèvres et du scrotum.

554. D... 1907. Peu traité antérieurement; en juin 1916, 12 biiodure. — *18 juillet* : ulcérations des amygdales, éruption psoriasiforme.

716. T... 1915. 20 biiodure. — *12 juillet* : plaques muqueuses, bouche et bourses.

719. L... 1910. En 1910, 2 séries de 15 biiodure chacune; rien depuis. — *30 juillet* : syphilides circinées croûteuses des jambes.

735. B... Décembre 1915. Janvier 1916, 20 biiodure; avril, roséole, 20 biiodure. — *28 juillet* : plaques muqueuses de la gorge (amygdales) depuis mai, de la bouche (joues, langue) depuis juin.

739. V... Janvier 1915. 30 biiodure; avril 1915, laryngite, 3 injections intra-veineuses de S. A. et 10 biiodure; avril 1916, plaques muqueuses, 3 injections intra-veineuses de S. A. — *5 août* : plaques muqueuses des lèvres, laryngite.

813. R... 1909. Au début, 30 biiodure; de 1911 à 1914, 6 huile grise

toutes les 6 semaines. — *15 juillet* : accident tertiaire chancriforme ayant débuté en juin 1916.

727. V... Juillet 1914. Août 1914, 15 biiodure ; novembre 1914, syphilides du cuir chevelu, 30 biiodure et 3 injections intra-veineuses de S. A.; en juin 1916, 4 biiodure. — *22 juillet* : syphilides secondaires.

577. L... 1908. Pendant 2 ans, pilules; 5 mois après, laryngite; tous les ans, 20 benzoate. — *8 août* : pyodermite non syphilitique.

544. M... Décembre 1915. 15 biiodure et injections intra-veineuses de S. A. (3 gr. 15 en 6 injections) (janvier 1916). — *8 août* : syphilides papuleuses du scrotum et plaques muqueuses de la bouche et de l'anus.

720. H... Janvier 1915. 5 injections intra-veineuses de S. A., 12 biiodure; juin 1916. 8 biiodure, 4 injections intra-veineuses; reçoit à l'ambulance en juillet 1916, 17 biiodure et 2 injections intra-veineuses de S. A.; revient le 17 août. — *6 juillet* : pas d'accidents spécifiques, eczéma de l'anus. — *17 août* : se plaint de plaques de la bouche, ne présente aucun accident syphilitique. Le 22 août, sur la lèvre inférieure, lésion d'allure traumatique.

548. H... 1912. 10 huile grise et plusieurs mois après 10 biiodure ; en 1914-15, en 10 mois 200 piqûres de biiodure ; novembre et décembre 1915, 7 injections intra-veineuses de S. A. et 20 cyanure. — *15 août* : syphilides croûteuses de la jambe gauche.

547. F... 1911. Traitement local et 40 biiodure, pas traité jusqu'en 1915; en 1915, 30 pilules en 1 mois et cachets, puis 60 injections de biiodure en 3 mois ; en juillet 1916, plaques muqueuses et 4 injections intra-veineuses de S. A. — *15 août* : plaques leucoplasiques en voie de répression, dans la région rétro-molaire.

833. C... 1916. En juin, 10 biiodure, 3 galyl. — *20 août* : érosion du gland ? céphalée persistante.

832. L... Mai 1916. 4 biiodure. — *20 août* : syphilides papuleuses du dos, du thorax, assez clairsemées.

565. P... Décembre 1915. 21 biiodure, ni accidents ni traitement depuis. — *14 août* : érosions un peu indurées du gland, papillomes fourreau et sillon.

575. C... Juin 1916. 12 énésol. — *20 août* : plaques muqueuses des amygdales, roséole de retour, plaques fissurées de la langue.

580. Me... Septembre 1914. La première année, 4 séries de 0,20 centigrammes de biiodure, 5 injections intra-veineuses de S. A., 6 huile grise, 19 benzoate, 10 biiodure ; en 1915, accidents du pharynx. — *22 août* : syphilide ulcéreuse de la paroi postérieure du pharynx.

715. J... Mai 1916. 12 injections de biiodure. — *10 août* : roséole à larges macules, plaques muqueuses ulcéreuses amygdales, adénite sous-maxillaire.

721. B... 1915. Novembre 1915, 6 biiodure, 5 injections intra-veineuses de S. A. et quelques pilules. — *18 août* : plaques muqueuses du gland.

707. B... 1913. 30 injections de biiodure, 10 injections d'huile grise, puis pilules et comprimés mercuriels; en 1915, éruption et 15 injections de biiodure. — *14 août* : syphilides papuleuses du prépuce, placards sur les fesses et les bras, syphilides du cuir chevelu, périostite du tibia gauche.

523. M... 1906. Roséole en 1906, bains sulfureux, pilules ; en 1911, pla-

ques de la gorge? 6 injections de 102; en 1914, éruption, bains sulfureux et 2 injections intra-veineuses de S. A.; en 1915, 4 biiodure; en 1916, 4 intra-veineuses de S. A. — *30 août* : traces d'ecthymas guéris, leucoplasies des commissures, légèrement ulcérée à gauche.

535. M... Juin 1914. Septembre 1914, sirop de Gibert pendant 15 jours; janvier 1915, accidents secondaires, 20 biiodure : septembre 1915, 10 biiodure; octobre 1915, 24 biiodure. — *31 août* : syphilides de la verge et du scrotum, plaques muqueuses de la lèvre supérieure.

563. P... Juin 1915. 1915, 30 biiodure; de juillet 1915 à mars 1916, comprimés de protoïodure; mars 1916, plaques muqueuses, 14 biiodure. — *29 août* : plaques muqueuses des lèvres et du gland.

564. C... 1908. 24 biiodure, plus tard 3 intra-veineuses de S. A.; en 1910, 2 séries de 24 biiodure; en 1915, injections intra-veineuses de S. A.; en 1916, cachets. — *27 août* : céphalée, vertiges, paresse des réflexes pupillaires, troubles de la station debout, tremblement généralisé.

572. P... Décembre 1915. 5 biiodure, 1 calomel. — *26 août* : plaques muqueuses multiples du pharynx et du prépuce, syphilides papuleuses (ventre et thorax).

840. L... Décembre 1915. Jusqu'en mai 1916, 20 biiodure, 20 benzoate, 10 cyanure. — *26 août* : deux petites plaques amygdaliennes.

740. P... Février 1916. 1 injection intra-veineuse de S. A., 3 biiodure. — *31 août* : syphilides du scrotum et de l'anus.

718. A... 1909. En 1909, 12 biiodure et 8 piqûres d'olarsol (?); en 1915, condylomes, injections; frictions en mai. — *26 août* : plaques leucoplasiques des commissures.

739. H... Janvier 1916. 4 injections intra-veineuses de S. A., 10 biiodure. — *15 août* : roséole, plaques muqueuses de la langue et des lèvres, du prépuce et du gland.

B. — *Ayant été principalement traités par la médication interne.*

732. B... 1907. En 1907, pilules et sirop de Gibert; en 1915, 3 injections intra-veineuses S. A. — *16 février* : ulcération syphilitique du nez.

706 R... 1911. Pilules. — *6 mars* : plaques leucoplasiques de la bouche et du gland.

862. P... Mars 1915. Pilules et 5 biiodure. — *19 mars* : plaques muqueuses de la bouche et laryngite.

739. D... Février 1916. Pilules. — *1er mai* : plaques ulcéreuses du gland, plaques muqueuses du pharynx, condylomes péri-anaux.

715. H... 1901. Sirop de Gibert; 7 ans après, encore sirop de Gibert; récemment 7 biiodure, 1 intra-veineuse. — *22 juin* : syphilides croûteuses, leucoplasie buccale.

750. V... 1908. Pilules de protoïodure jusqu'en août 1914. — *7 juin* : effondrement des os du nez ayant débuté il y a 6 ans, ulcération du voile du palais.

734. F... Juillet 1915. 30 biiodure, puis tous les 40 jours 20 pilules de protoïodure. — *4 juillet* : roséole, plaques muqueuses des lèvres et de la gorge.

743. Ch... 1896. Iodure, pilules pendant 45 jours; en 1898, syphilides croûteuses, iodure, pilules pendant 2 mois; rien depuis. — *29 mai* : vaste ulcération circinée de la face postérieure de la cuisse gauche.

747. P... 1893. Pilules. — *9 juillet* : a eu le 7 juillet une hémiplégie suivie d'une amélioration spontanée.

728. B... 1892. Sirop et pilules à cette époque. — *26 juin* : arrive sans accidents spécifiques.

574. L... Mars 1916. 10 pilules. — *27 juin* : plaques muqueuses de la bouche et du prépuce, céphalée nocturne.

839. D... 1902. En 1902, 2 mois de pilules avec 15 jours de repos, sirop de Gibert. — *5 août* : condylomes anaux volumineux.

572. A... 1900. Pilules pendant 4 mois 1/2. — *8 août* : ecthyma profond de la jambe droite.

579. E... 1894. — Sirop de Gibert et iodure; a eu jadis des lésions condylomateuses du pubis. — *7 juillet* : épaississement de la région pubienne et formations papillomateuses, orchite syphilitique.

732. P... 1907-08. 200 pilules, au début. — *12 juillet* : plaques et leucoplasie buccale.

719. M... 1894. Sirop de Gibert pendant 2 ans; à cette époque, roséole et syphilides cutanées, puis aucun accident et aucun traitement jusqu'en mars 1914; à cette époque, début de paralysie gauche, 60 énésol, 20 huile grise; accentuation de la paralysie, troubles cardiaques, pulmonaires, stomacaux, 30 énésol. — *28 juillet* : troubles psychiques.

711. B... 1905. Pilules, sirop de Gibert, plus tard 2 intra-veineuses de S. A.; en 1915, quelques piqûres de cyanure de mercure. — *27 juillet* : douleurs dans le bras gauche, céphalée, fatigue générale.

564. P... 1900. Sirop de protoïodure pendant 4 ans; en octobre 1915, 20 biiodure; avril 1916, 28 biiodure et 7 intra-veineuses de S. A. — *11 août* : érosion sur la partie postérieure du scrotum n'ayant pas de caractères syphilitiques.

687. O... 1911. 30 pilules par mois pendant 2 ou 3 mois; décembre 1915, plaques anus, 30 biiodure, 3 injections intra-veineuses de S. A. — *15 août* : induration indolore du testicule droit avec adhérence de la peau, 2 gommes fluctuantes.

547. C... 1913. Cachets protoiodure, puis 3 biiodure, puis cachets pendant 3 à 4 mois. — *24 août* : syphilides papuleuses du prépuce et du scrotum.

831. B... Mai 1914. 6 biiodure, 3 mois de pilules; juin 1915, roséole et 3 mois de pilules; août 1915, plaques de la bouche; 6 injections intra-veineuses de S. A. et 20 biiodure. — *14 août* : plaques muqueuses de la lèvre inférieure.

509. B... 1914. 18 injections de biiodure, iodure et pilules pendant 2 ans; pas de traitement depuis avril 1916. — *31 août* : (angine) dysphagie sans lésions syphilitiques apparentes.

538. R... 1908. Pendant 2 ans 1/2, pilules de Ricord, 2 par jour pendant 20 jours et repos d'un mois; 1912, 1 injection intra-veineuse de S. A.; 1915, 30 cyanure, 3 biiodure, 3 injections intra-veineuses de S. A. — *26 août* : plaques érosives sur la place de l'ancien chancre, leucoplasie buccale.

562. D... 1894. 1894, iodure; de 1901 à 1908, iodure 1 mois sur 2; 1908, iritis, pilules de protoïodure; de 1908 à 1914, iodure irrégulièrement. — *30 août* : dysphagie, leucoplasie de la langue très étendue (dos seul respecté), leucoplasie aux commissures.

536. Th... 1903. Liqueur de Van Swieten pendant 2 ans; jusqu'en 1914, pas traité; 1914, 2 injections intra-veineuses de S. A. et pilules; avril 1916, 24 biiodure; mai 1916, 8 biiodure. — *25 août* : ne présente aucune lésion spécifique, se plaint de vagues douleurs articulaires.

Catégorie III. — Malades dont l'affection a été méconnue.

A. — *Méconnue au début, puis traitée tardivement.*

742. J... ? En juillet 1915, ecthyma syphilitique, 4 injections intra-veineuses de S. A. — *15 mars* : condylomes périanaux.

750. C... 1906. En 1903, iodure, injections de biiodure; pas traité depuis 1 an 1/2. — *17 avril* : érosions dans la bouche et plaques de leucoplasie.

740. H... ? Fin 1913, accidents ulcéreux des jambes traités par 14 injections intra-veineuses, puis biiodure. — *24 mars* : adénopathie sous-maxillaire et cervicale; reste de paralysie faciale.

742. R... Août 1914. En octobre 1914, 1 mois de pilules; janvier 1915, 15 biiodure. — *2 mai* : plaques muqueuses, céphalée.

540. R... 1905. En 1915, 5 injections intra-veineuses de S. A. — *18 juin* : accidents tertiaires.

521. R... Juillet 1915. En 1916, 5 benzoate, 20 biiodure; en juin, 2 injections intra-veineuses de S. A. — *27 juin* : plaques muqueuses du pharynx et des lèvres.

551. A... Avril 1916. En juin 1916, 6 biiodure. — *3 juillet* : plaques muqueuses du pharynx, condylomes anaux.

558. L... ? En juin 1916, roséole et plaques muqueuses, 9 biiodure, 2 galyl. — *25 juin* : 3 plaques muqueuses des lèvres, restes de roséole.

843. L... Juillet 1915. Mars 1916, 3 injections intra-veineuses de S. A. — *10 juillet* : plaques muqueuses des joues et des lèvres.

741. S... ? Janvier 1916, accidents cutanés, biiodure; 13 mai 1916, accidents cutanés. — *25 juin* : syphilides cutanées, plaques muqueuses des piliers et des amygdales.

840. B... ? Assez récemment 2 injections intra-veineuses de S. A. — *28 juin* : plaques muqueuses de la langue et du pharynx (syphilides), du scrotum.

558. S... ? Septembre 1915, 1 injection intra-veineuse de S. A. — *27 juin* : syphilides secondaires.

746. B... 1900? En février 1915, biiodure. — *6 juillet* : perforation du palais par des lésions encore en activité.

516. L... 1911. Assez récemment, 3 injections intra-veineuses. — *27 juin* : accidents syphilitiques tertiaires.

533. R... 1901. Évacué le 1er avril 1916 pour paralysie générale, injections intra-veineuses de S. A. — *27 juin* : inégalité pupillaire.

831. A... ? Mars 1916, syphilides du scrotum, injections de biiodure avril 1916, plaques muqueuses, 21 biiodures. — *11 juin* : syphilides papuleuses du scrotum et de la verge, des fesses, des cuisses, plaques muqueuses du pharynx.

719. M... ? En 1905, accidents tertiaires; récemment, 1 injection calomel, iodure. — *22 juin* : ulcérations ecthymateuses profondes.

865. D... ? Février 1916, lésions du pharynx, injections de biiodure, 1 injection intra-veineuse. — *24 mars* : accidents secondaires du pharynx.

739. H... Mai 1915 ? En août 1915, roséole, 4 injections intra-veineuses de S. A. et 5 à 6 biiodure; avril 1916, pilules. — *10 juillet* : syphilides du scrotum, roséole de retour à larges macules.

567. V... Novembre 1915. En janvier 1916, 4 injections intra-veineuses de S. A. — *7 juillet* : roséole, plaques muqueuses des amygdales et des piliers.

707. D... 1902. En 1912, injections de biiodure; récemment, 1 injection intra-veineuse de S. A. — *27 juin* : énorme ulcération polycyclique de la fesse.

785. L... ? Récemment angine, 6 injections de biiodure. — *31 mai* : leucoplasie buccale, reste d'adénite inguinale.

823. T... ? En 1914, roséole et syphilides verge et anus, 3 injections intra-veineuses de S. A. — *27 juillet* : ulcération tertiaire du prépuce.

825. P... Mai 1916. Récemment 3 biiodure. — *15 juillet* : roséole, plaques muqueuses du pharynx et de l'anus.

832. B... 1912. Avril 1916, 27 biiodure. — *19 juillet* : syphilides cuir chevelu, plaques muqueuses des lèvres et de l'anus.

833. B... Début 1915 ? Novembre 1915, roséole, 60 biiodure, 5 injections intra-veineuses de S. A. — *24 juillet* : plaques muqueuses de la bouche.

840. C... ? En mars 1916, roséole, 2 séries de biiodure. — *31 juillet* : plaques muqueuses des amygdales.

558. G... Juin 1914. Juillet et septembre 1915, 40 biiodure. — *5 août* : syphilides des bourses et de l'anus.

546. R... Juin 1914. Février 1915, 13 biiodure; mars 1915, 20 biiodure; décembre 1915, 0,35 calomel; 5 mois à la Bourboule, ensuite 2 injections intra-veineuses de S. A., 4 benzoate. — *21 juillet* : syphilides secondaires du scrotum, roséole, plaques muqueuses des lèvres et de l'anus.

708. S... 1902 ? Non traité au début; octobre 1915, plaques muqueuses bouche, 20 injections de biiodure; juillet 1916, plaques muqueuses de la bouche, sirop de Gibert, frictions mercurielles. — *11 août* : plaques des lèvres et de la langue.

B. — *Jamais traités.*

744. D... 1909. Néant. — *18 mars* : syphilides tertiaires des muqueuses génitales.

863. R... Janvier 1916. Néant. — *19 mars* : syphilides du prépuce et du scrotum.

873. M... 1905. Néant. — *20 mars* : ulcération et gomme du voile du palais.

849. L... Février 1916. Néant, cicatrisation spontanée. — *18 mars* : condylomes anaux et péri-anaux.

734. E... 1908. Néant. — *25 avril* : plaques leucoplasiques de la langue,

733. R... Décembre 1915. Néant. — *9 avril* : syphilides cutanées généralisées.

720. B... Novembre 1915. Néant. — *9 juillet* : plaques muqueuses des piliers et des lèvres.

718. O... Avril 1916. Néant. — *22 juin* : plaques muqueuses des amygdales.

814. S... ? Néant. — *24 juin* : syphilides cutanées.

824. M... 1912? Néant. — *18 juin* : syphilides ulcéreuses du scrotum et du pli génitocrural.

736. L... Blennorragie en février 1916. Néant. — *21 juin* : plaques muqueuses des lèvres, de la langue et du pharynx, syphilides ulcéreuses du scrotum, de la verge et du périnée, roséole à larges macules.

825. Ab... 1912? — *19 juin* : douleurs articulaires nocturnes. W = + +.

745. M... Janvier 1916. Néant. — *5 juin* : roséole, plaques muqueuses étendues des lèvres et du pharynx, syphilides du cuir chevelu.

644. B...? peut-être héréditaire. — *28 mai* : disparition de la luette, des piliers et de l'amygdale gauche; ulcération de la fossette sus-amygdalienne droite.

782. M .. ? Néant. — *4 mai* : gomme présternale ulcérée.

867. C... Début 1916. Néant. — *2 mai* : plaques muqueuses très étendues.

737. A... Novembre 1915. Néant. — *17 février* : roséole à larges macules, plaques muqueuses des piliers et des amygdales.

779. M... Février 1916. Néant. — *4 avril*: plaques muqueuses de la lèvre, de la langue et du pharynx.

875. G... ? Néant. — *20 mars* : ecthyma syphilitique des jambes.

637. T... 1913. Néant. — *24 mars* : accidents secondo-tertiaires des lèvres, laryngite syphilitique.

709. R... ? Néant. — *16 février* : papules ulcérées, roséole.

728. C... Octobre 1915. Phimosis inflammatoire. Néant. — *Février* : syphilides du cuir chevelu.

742. S... ? Néant. — *Février* : tabes incipiens. W = + + +.

784. B... Avril 1916. Néant. — *27 juin* : syphilides cutanées généralisées.

550. V... ? Néant. — *24 juin* : syphilides lichénoïdes généralisées, plaques opalines des amygdales, alopécie syphilitique.

834. R... Juillet 1915. Néant. — *30 juillet* : syphilides du gland et du scrotum, plaques muqueuses des lèvres et des amygdales.

535. E... Février 1916. Néant. — *30 juillet* : plaques muqueuses de la bouche.

740. G... Juin 1916. Néant. — *5 août* : syphilides exubérantes du scrotum et de l'anus.

741. F... Décembre 1915. Néant. — *30 juillet* : plaques muqueuses de la bouche et de la langue.

713. J... Avril 1916. Néant. — *11 juillet* : syphilides secondaires.

553. M... Juillet 1915. Néant. — *18 juillet* : ulcérations syphilitiques périanales.

594. C... ? Néant. — *14 avril* : ecthyma des jambes traité d'abord localement et par le repos sans amélioration, piqûres de biiodure, amélioration et guérison très rapide.

545. V... ? En 1904, éruption ? Néant. — *15 juillet* : cicatrices jambonnées sur les bras et les jambes, ulcération tertiaire de la lèvre, plaques leucoplasiques des lèvres et de la langue.

717. R... ? Néant. A été traité dans diverses formations depuis mars 1916 pour angine, oreillons, conjonctivite et 2 fois pour varicelle. — *17 août* : grosses syphilides papuleuses de la face, syphilides en grains de plomb sur le corps, plaques muqueuses de la bouche et des amygdales, iritis syphilitique.

722. O... ? Blennorragie (?) en 1903, dépuratifs, sirop de raifort, alopécie en 1912 (bains phéniqués et poudre). — *10 août* : syphilides ulcéreuses du prépuce, de la face, du bras, de la fesse et du dos.

734. R... 1911. Jamais traité. — *14 août* : ulcération tertiaire du prépuce, ecthyma syphilitique de la jambe droite.

723. G... Mai 1916 ? Éruption acnéiforme depuis juin ; pas traité. — *18 août* : syphilides acnéiformes généralisées.

742. C... 1911 ? Néant. — *9 août* : ulcération assez profonde du pilier droit et du voile, avec adénite droite, dure, mobile, indolore.

704. P... ? Non traité. — *2 août* : cicatrice de chancre, adénite bilatérale, condylomes péri-anaux.

588. C... ? Non traité. — *24 juillet* : placards jambonnés polycycliques à bords croûteux, indolents, cicatrices sur le bord de la langue.

510. D... 12 juin 1916. Non traité. — *31 août* : syphilides ulcéreuses du scrotum, roséole de retour, plaques muqueuses du pharynx.

542. E... 1900 ? Pas de traitement. — *31 août* : ulcération de la verge d'allure tertiaire.

560. M... 14 juillet 1916. Néant. — *27 août* : roséole, syphilides papuleuses, plaques muqueuses des lèvres.

568. S... Décembre 1915. Néant. — *30 août* : syphilides du prépuce avec phimosis inflammatoire, syphilides du scrotum, roséole de retour.

786. M... ? Néant. — *12 février* : folliculites. — Revenu le *28 juin* : éruption acnéiforme tenace, réaction de Wassermann négative. En août, les lésions du dos ont tendance à prendre un aspect circiné.

652. C... ? Néant. — *15 mai* : ulcération de la jambe d'allure banale, réaction de Wassermann négative.

751. C... ? Néant. — *20 juillet* : lésions cutanées d'allure trichophytique.

§ 2. — RÉFLEXIONS SUGGÉRÉES PAR LE TABLEAU PRÉCÉDENT

Catégorie I. — Malades paraissant avoir reçu un traitement suffisant.

A. — **Arrivés sans accidents.** — Le nombre des malades de cette catégorie est très restreint et il est évidemment très inférieur à la réalité ; mais notre statistique, portant uniquement sur les cas que nous avons vus et non sur tous les syphilitiques d'une Armée, ne peut pas avoir une valeur absolue à ce point de vue.

Il y a dans les corps et les diverses formations quantité de syphilitiques qui furent bien traités et dont aucun accident actuel ne nécessita l'évacuation. Ceux, de cet ordre, qui nous furent envoyés, entrèrent dans notre service, soit pour des affections n'ayant rien à voir avec la syphilis, soit pour y subir un nouveau traitement que leur médecin croyait utile en présence de lésions qu'il jugeait spécifiques.

Nous constatons simplement que, quelles qu'aient été les médications, elles furent instituées dès le début de la maladie et assez régulièrement suivies. De ces faits une conclusion se dégage qui n'a aucune prétention à être nouvelle, c'est qu'*un malade bien traité a en général pas ou très peu d'accidents*. Si banale qu'elle paraisse, on ne saurait trop la répéter, car, ainsi que nous le verrons plus loin, et surtout à la catégorie II, beaucoup de malades et aussi, trop de médecins s'endorment dans la fausse sécurité que donne la disparition rapide des premiers accidents et prennent pour guérison les phases de répit de la maladie.

Est-ce à dire que cette proposition ait une valeur absolue? Non, pas plus que n'importe quelle loi biologique, et la liste des malades que nous trouvons dans le paragraphe suivant (subdivision B de la catégorie I) prouve qu'on peut avoir reçu un traitement en apparence suffisant et présenter malgré cela des accidents.

B. — **Arrivés avec des accidents.** — Ces cas ne sont pas très nombreux et les accidents présentés par les malades sont plutôt bénins.

De l'examen de ces observations, nous retiendrons un double enseignement :

1° De même que pour toutes les maladies, il n'y a pas une syphilis mais des syphilitiques. Tel bon paysan, vaguement traité par des pilules, pourra avoir la chance d'échapper à des retours offensifs fréquents de la maladie, alors qu'un ouvrier des villes exposé à des fatigues et intoxications diverses (veilles, alcool, etc....) verra, malgré un traitement plus sérieux, réapparaître des accidents.

2° On doit apporter un esprit critique et prévenu dans l'interprétation des médications complaisamment énumérées par le malade ou rapportées sur son billet d'hôpital. C'est fort bien d'apprendre qu'il a reçu 15 injections de biiodure et 4 injections intra-veineuses, mais il faudrait savoir à quelle dose et comment ces injections ont été faites. Notre expérience personnelle nous a démontré que les injections intra-musculaires entre les mains d'opérateurs néophytes ou sollicités par les malades ont parfois une tendance à diminuer singulièrement en nombre et en qualité. D'autre part, nous avons vu souvent arriver dans notre centre des malades, soi-disant porteurs d'injections intra-veineuses de sels arsenicaux, chez lesquels l'énorme réaction inflammatoire du tissu

cellulaire du pli du coude témoignait de tentatives thérapeutiques louables, mais dont l'exécution n'avait pas été heureuse.

Voilà pourquoi, quand on parle de traitement intensif, on est en droit d'exiger des précisions.

Ces réserves étant faites, nous devons reconnaître que les résultats ne paraissent pas avoir été particulièrement brillants dans les cas que voici :

Le n° 721. F... qui, présentant un chancre en décembre 1915, reçoit 50 injections de biiodure et 2 injections intra-veineuses d'un sel arsenical. Il arrive le 20 mars avec une roséole et des plaques du pharynx.

Le n° 743. L..., accident primitif en mai 1916, reçoit 13 injections de biiodure, 2 d'huile grise, 1 injection intra-veineuse d'un sel arsenical, absorbe 60 pilules à raison de 3 par jour et arrive le 28 juillet avec une vaste ulcération spécifique de la verge.

Le n° 533. D..., dont le chancre date d'octobre 1914, reçoit d'abord 4 injections intra-veineuses d'un sel arsenical, puis en décembre 1914, 9 biiodure; de janvier à mars 1915, 24 injections de biiodure et 40 pilules, puis successivement 17 injections de biiodure, 75 pilules en 3 séries, puis en 1916 17 injections de biiodure, 5 injections intra-veineuses de sel arsenical et enfin en avril 30 pilules. Il se présente à nous le 16 juillet 1916 présentant de nombreuses plaques muqueuses de la bouche qui ont apparu au début du mois.

Le n° 567. F..., chancre de janvier 1916, a reçu 5 injections intra-veineuses arsenicales, 30 de cyanure de mercure, puis de nombreuses pilules de mercure et arrive le 29 août avec des plaques muqueuses des lèvres et des amygdales, et des syphilides du scrotum et du fourreau.

Le n° 509. P... présente un chancre en juin 1916, reçoit 7 injections arsenicales intra-veineuses et vient dans notre service en août avec de la roséole et un accident secondaire de la verge.

Catégorie II. — Malades insuffisamment ou irrégulièrement traités.

A. — **Malades traités par la médication hypodermique ou intra-veineuse.** — Tous ces traitements ayant été notoirement insuffisants, il n'est pas surprenant que la maladie ait continué à évoluer. Pour la même raison, il n'y a guère d'enseignements très nets à glaner dans ces observations sur la valeur respective des diverses médications.

On serait tenté d'imputer à l'état de guerre le défaut de traitement sérieux. C'est tout à fait le contraire: en effet, si l'on se rapporte aux dates de début de la maladie, on voit que beaucoup de cas sont antérieurs, et certains très antérieurs à 1914; or si ces malades ont reçu un traitement digne de ce nom, c'est surtout depuis qu'ils sont mobilisés.

Tous ceux qui ont vécu dans un régiment sur le front ont pu constater la facilité avec laquelle les hommes viennent consulter le médecin, même pour des troubles qui ne les amèneraient pas, en temps normal, dans un cabinet médical ; et la création des centres spéciaux a permis aux syphilitiques de recevoir un traitement énergique chaque fois que cela était nécessaire.

D'autre part, nous ne doutons pas que les médecins des régiments n'aient eu à cœur, comme l'a fait l'un de nous, pour maintenir les effectifs, de traiter au corps les syphilitiques ne présentant pas de lésions contagieuses, dans le but de prévenir le retour de nouveaux accidents. Cela est facile, il suffit de le vouloir et de mettre quelque insistance dans les demandes de médicaments.

De l'examen attentif des diverses observations qui nous occupent, trois notions thérapeutiques se dégagent qui dominent tout le pronostic de la syphilis :

1° *L'importance du traitement du début,* sans cependant le considérer comme définitif, quelle que soit son intensité ;

2° *La nécessité de le continuer régulièrement* pendant les délais classiques (2 ou 3 ans environ), *quel que soit le mode de traitement employé,* et *si remarquables que paraissent les premiers résultats obtenus* ;

3° *La nécessité d'une surveillance médicale prolongée,* quelles que soient les apparences.

Ce sont là des vérités vieilles comme la syphilis et qu'on est cependant obligé de répéter toutes les fois que, sortant des cas particuliers, on envisage les résultats globaux comme nous le faisons en ce moment.

Lorsque paraît une médication nouvelle, il se trouve toujours quelque apôtre pour affirmer que la syphilis est désormais vaincue et que le traitement abortif est trouvé.

Cette tendance a particulièrement sévi depuis une vingtaine d'années et sa dernière manifestation, la plus éclatante, s'est faite à l'occasion du lancement commercial du salvarsan — alias 606 — avec un éclat digne des plus tumultueuses spécialités pharmaceutiques. Il est curieux de constater que la croisade pour la médication abortive fut menée à des époques différentes par les mêmes fidèles que nul échec ne pouvait rebuter ; et ceux-là même qui avaient avorté avec le calomel, puis avec l'huile grise, puis avec le benzoate, avortèrent encore avec le 606, puis avec le 914, etc....

La plupart de ces affirmations ont été démenties par les faits, du moins en ce qui concerne le traitement abortif. Il en est cependant resté dans les esprits, malgré tout ce qui a été dit par la suite, une vénération particulière pour les injections intra-musculaires ou intra-veineuses, ce qui est bien, mais aussi une croyance souvent exagérée dans la persistance de leurs effets, ce qui est mal.

Une disparition plus rapide et plus prolongée des accidents, sous

l'influence d'une médication plus active, a conduit les esprits à un optimisme dangereux ; et on a vu tel médecin qui donnait autrefois des pilules tous les mois se croire autorisé à espacer de plusieurs mois les séries de traitements, lorsque celles-ci consistent en injections intra-musculaires ou intra-veineuses.

Une connaissance plus judicieuse des armes dont on dispose contre le tréponème et de leur efficacité amène à conclure que le tir de barrage contre cet adversaire, toujours prêt à réagir, doit être durable, précis, méthodique et serré. De grands coups espacés peuvent le stupéfier momentanément, sans amoindrir pour cela sa valeur offensive dans l'avenir.

La grande majorité des malades de la catégorie II. A. sont des victimes de la croyance en la puissance souveraine d'*une* médication intensive. On a cru être quitte envers eux parce qu'on leur avait fait des piqûres. C'est là une interprétation abusive des excelleats résultats donnés par les méthodes intra-musculaires et intra-veineuses.

La plupart avaient eu un bon traitement de début, mais la continuité n'a pas été assurée.

C'est ainsi que :

Le n° 748. G..., chancre en février 1914, reçoit pendant 2 mois des piqûres de biiodure, puis plus rien. Arrive en mars 1916 avec des plaques érosives balano-préputiales.

Le n° 779. L..., chancre en septembre 1912, reçoit 30 injections de biiodure et en 1915 absorbe seulement quelques pilules. Arrive en juin 1916 avec des syphilides cutanées.

Le n° 545. P..., chancre en 1910, reçoit 57 injections de biiodure, 60 injections d'énésol, puis seulement en 1916, 2 injections intra-veineuses arsenicales. Il se présente en juin 1916 avec une ulcération tertiaire du gland.

Le n° 542. T..., chancre en 1907, reçoit en tout 16 injections d'huile grise en 4 séries. Arrive en juillet 1916 avec un début de tabes.

Le n° 813. R..., chancre en 1909, reçoit alors 30 injections de biiodure et cesse tout traitement jusqu'en 1911. De cette époque à 1914, il reçoit 6 injections d'huile grise toutes les 6 semaines. Il arrive le 15 juillet 1916 avec un accident tertiaire chancriforme.

Le n° 739, V..., chancre en janvier 1915, reçoit 30 injections de biiodure; en avril 1915, 3 injections intra-veineuses arsenicales et 10 injections de biiodure; en avril 1916, 3 injections intra-veineuses arsenicales. Arrive le 5 août 1916 avec des plaques muqueuses des lèvres et une laryngite spécifique.

Le n° 739. H..., chancre en janvier 1916, reçoit 4 injections intra-veineuses arsenicales et 10 injections de biiodure. Arrive le 15 août 1916 avec de la roséole, des plaques muqueuses de la langue, des lèvres, du prépuce, du gland.

Le n° 719. L..., chancre en 1910, reçoit alors 2 séries d'injections de biiodure, puis plus rien. Arrive le 30 juillet 1916 avec des syphilides circinées croûteuses des jambes.

Dans le même sens on peut citer encore les n^{os} 735. B..., 783bis. D..., 727. V..., 564. C..., 580. Me... etc.

Quelquefois, aussi, nous voyons qu'on a essayé de rattraper le temps perdu *en faisant un gros traitement au cours de la maladie.* La tentative est bonne, mais il ne convient pas de lui accorder une trop grande confiance.

Par exemple: Le n° 554. D..., qui, peu traité antérieurement, reçoit en juin 1916 12 injections de biiodure qui n'empêchent nullement l'évolution d'ulcérations amygdaliennes et de syphilides cutanées pour lesquelles il entre dans notre service en juillet 1916.

Le n° 548. H..., chancre de 1912, peu traité au début, reçoit en 1914 et 1915 des traitements sérieux dont le dernier, de décembre 1915, comporte 7 injections intra-veineuses arsenicales et 20 de cyanure, ce qui ne l'empêche pas d'arriver le 15 août 1916 avec des syphilides croûteuses de la jambe.

Le n° 535. M..., chancre de juin 1914, se contente au début de prendre pendant 15 jours du sirop de Gibert. A partir de janvier 1915, il reçoit des traitements plus actifs par des injections intra-musculaires, mais il arrive en août 1916 avec des syphilides de la verge et du scrotum et des plaques muqueuses de la lèvre supérieure.

4° Enfin, les observations suivantes prouvent *la vanité qu'il y a à parler de traitements abortifs avant de longues années*:

Le n° 741. B..., chancre de septembre 1915, reçoit dès le début 4 injections intra-veineuses arsenicales et arrive le 15 avril 1916 avec des accidents secondaires.

Le n° 704. G..., chancre en fin décembre 1914, reçoit aussitôt, au début de 1915, 5 injections intra-veineuses arsenicales et d'huile grise; plus récemment 2 injections intra-veineuses arsenicales, et arrive le 27 juin 1916 avec des syphilides secondaires.

Le n° 511. D..., chancre en juin 1915, reçoit dès le début 7 injections intra-veineuses arsenicales, 10 de biiodure et se présente le 27 juin 1916 avec une roséole à larges macules.

Le n° 544. M..., chancre en décembre 1915, reçoit au début 15 injections de biiodure et 6 injections arsenicales, faisant un total de 3 gr. 15 de sel. Il arrive le 8 août 1916 avec des syphilides papuleuses du scrotum et des plaques muqueuses de la bouche et de l'anus.

Le n° 737. L..., chancre en 1913, reçoit d'abord 8 injections intra-veineuses arsenicales, puis 4, puis 2, et prend pendant 6 mois des pilules de mercure. Arrive le 21 mai 1916 avec des plaques muqueuses du voile du palais.

B. — **Malades traités par la médication interne.** — Un simple coup d'œil jeté sur la liste des lésions présentées par les malades à leur arrivée dans notre centre en dit assez long sur l'insuffisance du traitement mercuriel par la voie interne.

Presque tous présentent des accidents graves : nécrose du nez, leucoplasie, ecthyma, perforation du voile du palais, vaste ulcération des membres, hémiplégie, sarcocèle, etc. Tel est le bilan de la médication pilulaire, qui mérite vraiment son discrédit actuel. Ce tableau le prouve une fois de plus.

Nous regrettons de constater que le traitement par frictions mercurielles ait été si peu employé. L'application en est, il est vrai, mal odorante, mais si pratique en temps de guerre ! Ce procédé est, dans tous les cas, bien supérieur comme résultats à l'absorption de pilules mercurielles confectionnées depuis des mois, et qui ont acquis la dureté voulue pour cheminer intactes d'un bout à l'autre du tube digestif.

Et pourquoi ne pas essayer les suppositoires mercuriels, d'un emploi très commode, parfaitement bien tolérés si la fabrication en est bonne et le mercure suffisamment éteint ? Ils ont donné à l'un d'entre nous de très bons résultats dans sa pratique antérieure à la guerre. Leur efficacité est incontestable et nous n'avons pas constaté d'hydrargyrisme consécutif à leur emploi.

Catégorie III. — Les syphilis méconnues.

De cette liste des méconnus, nous retiendrons surtout leur nombre vraiment imprévu. Nous arrivons au chiffre formidable de 22,27 pour 100 de syphilis méconnues; et encore est-il inférieur à la vérité en temps ordinaire, puisque nombre des malades n'ont été reconnus qu'à la suite de leur séjour dans l'armée, où ils ont été vus par des médecins spécialisés.

A. — Nous rangeons dans cette subdivision A, les *méconnus relatifs, c'est-à-dire ceux pour lesquels le diagnostic a été fait longtemps après l'inoculation.* Nous constatons comme précédemment qu'un traitement sérieux, mais tardif, a été impuissant à prévenir les accidents.

C'est ainsi que le n° 540. R..., ayant été contaminé probablement en 1905, reçoit en 1915 son premier traitement avec 5 injections intraveineuses arsenicales et arrive le 18 juin 1916 avec des accidents tertiaires.

Le n° 843. L..., ayant vraisemblablement présenté son chancre en juillet 1915, reçoit seulement en mars 1916 3 injections intra-veineuses arsenicales, mais entre dans notre service le 10 juillet 1916 avec des plaques muqueuses des joues et des lèvres.

Le n° 516. L..., syphilitique depuis 1911, reçoit peu de temps avant que nous le voyons (27 juin 1916), 3 injections intra-veineuses arsenicales, ce qui n'arrête nullement l'évolution de sa maladie. Il arrive avec des accidents tertiaires.

Le n° 831. A..., dont la date du début de la maladie est inconnue, reçoit en mars 1916 quelques injections de biiodure et en avril 1916 21 nouvelles injections de biiodure. Le 11 juin 1916 il se présente à nous avec des syphilides papuleuses du scrotum, de la verge, des fesses, des cuisses et des plaques muqueuses du pharynx.

Le n° 740. H... ignore le début de sa maladie, est traité en fin 1913 par 14 injections intra-veineuses arsenicales et des injections de biiodure, entre dans notre service le 24 mars 1916 avec une volumineuse adénite sous-maxillaire et cervicale et présente un reste de paralysie faciale. W = ++++.

Le n° 546. R..., dont la maladie a débuté en juin 1914, reçoit seulement en février 1915 13 injections de biiodure, en mars 1915 20 autres de biiodure, en décembre 1915 0,35 centigrammes de calomel, passe 5 mois à la Bourboule, reçoit ensuite 2 injections intra-veineuses arsenicales et 4 injections de benzoate; et arrive le 21 juillet 1916 avec des syphilides secondaires du scrotum, de la roséole, des plaques muqueuses des lèvres et de l'anus.

B. — Quant aux *méconnus absolus* qui nous arrivèrent avec des lésions non étiquetées, leur nombre est imposant. La plupart ont bien constaté à une époque, qu'ils ne peuvent pas souvent préciser, une écorchure, une lésion qui a rapidement guéri après l'application de vagues pommades ou poudres; d'autres ont eu des chancres qualifiés de mous et traités comme tels; quelques-uns, assez nombreux, ont eu jadis un écoulement, avec phimosis inflammatoire, accompagné d'adénite inguinale, traité comme une blennorragie. Ceux-là étaient vraisemblablement porteurs de chancres du prépuce ou du gland, avec phimosis consécutif, erreur fréquente, à laquelle on ne songe pas assez dans la recherche des antécédents.

Tels les n^{os} 722. O... — 736. L... — 728. C...

Un certain nombre de ces malades ont pu présenter à diverses époques des accidents dont le diagnostic exact n'a pu être fait; tel le cas du n° 717. R... qui depuis mars 1916 avait séjourné dans diverses formations pour angine, puis pour oreillons, puis pour conjonctivité, et avait en outre été évacué deux fois pour varicelle.

Il se présente à nous le 17 août 1916 porteur de grosses syphilides papuleuses cutanées, de syphilides en grains de plomb sur diverses parties du corps, de plaques muqueuses de la bouche et des amygdales et d'un iritis spécifique.

Loin de nous la pensée de sourire des divers diagnostics qui furent portés sur ce dernier malade; et s'il en était besoin les 3 cas suivants

nous rappelleraient à l'humilité et à la bienveillance qui sied entre bons confrères.

Le n° 786. M... arrive une première fois le 12 février 1916 et présente des lésions de folliculite qui paraissent consécutives à des piqûres de poux. Le traitement dermatologique semble l'améliorer suffisamment pour lui permettre de reprendre son service et nous le renvoyons à son corps. Il revient le 28 juin avec une éruption plus généralisée que la première fois et qui résiste absolument à un traitement local.

Une séro-réaction, faite par un laboratoire voisin, se montre franchement négative. Le malade nie d'ailleurs tout antécédent syphilitique. Au début d'août les lésions qu'il présente dans le dos semblent prendre une allure circinée. Nous le mettons aux injections de biiodure et au bout de la 10e il s'est déjà produit une amélioration considérable. Le traitement antisyphilitique continué fait complètement disparaître les accidents cutanés.

Le n° 652. C... entre dans notre service pour plusieurs lésions ecthymateuses des jambes, évoquant de façon surprenante les ulcérations déterminées artificiellement par des brûlures. Il nie tout antécédent syphilitique, la réaction de Wasserman donne un résultat négatif.

Le traitement dermatologique et le repos complet au lit n'amènent aucune amélioration. Il est véhémentement accusé d'entretenir ses lésions ! Devant la persistance des ulcérations, qui en 4 mois ne se sont pas améliorées, nous instituons un traitement par les injections au biiodure de mercure. Sous son influence, les lésions se cicatrisent avec une rapidité surprenante, en 15 jours.

Le n° 751. C... se présente avec des lésions du cou et de la face en tous points semblables à la plus typique des trichophyties. Malgré qu'il ne nous ait pas été possible de déceler à un premier examen la présence du trichophyton, le traitement local est institué. Aucune amélioration. Devant cette persstance et bien que l'analyse du sang ait donné un résultat négatif, nous commençons un traitement par les injections de biiodure de mercure. La lésion disparaît rapidement.

Ces trois cas prouvent d'abord une fois de plus le polymorphisme des syphilides cutanées, qui arrivent à tromper des praticiens spécialisés et avertis, aussi bien que les autres. Ils démontrent ensuite combien il faut savoir interpréter les résultats donnés par les recherches hématologiques, même dans les cas les plus simples, anciens, sans traitement antérieur, avec lesquels les réactions eussent dû être instantanément positives, sans permettre le moindre doute. Elles confirment enfin cette vérité, mise en lumière par le Pr Fournier, que l'on ne songe jamais assez à la syphilis, déduction aussi peu neuve que toutes les précédentes, mais également bonne à répéter.

§ 3. — CONCLUSIONS

Pour répondre, enfin, à la question qui fut le titre de cet article, nous dirions :

1° On abandonne de plus en plus en France le traitement interne (pilules, potions) qui était, depuis un siècle et il y a 20 ans encore, le seul couramment employé. Quelques années ont suffi à démontrer l'incontestable supériorité des médications hypodermiques et intra-veineuses, que notre statistique prouve une fois de plus.

2° Mais on n'obtient pas encore, avec ces médications, tous les résultats qu'elles devraient donner. L'habitude n'a pas encore été prise de les administrer à doses suffisantes, avec la régularité voulue et pendant le temps nécessaire, soit que l'on ose pas appliquer les doses intensives, soit que l'on s'abuse sur leur efficacité. Ces principes sont cependant absolument nécessaires si l'on veut arriver à une heureuse modification pronostique de l'avenir du syphilitique.

LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-RACHIDIENNE DANS LA SYPHILIS NERVEUSE, PRÉCOCE ET TARDIVE. ÉTUDE CRITIQUE

Par

Étienne Marcorelles.

Interne des Hôpitaux de Paris.

Deux faits dominent à l'heure actuelle nos connaissances relatives à la syphilis. D'une part, la fréquence des accidents nerveux et méningés ; d'autre part, la résistance que ces accidents opposent au traitement dont nous disposons à l'heure actuelle.

La ponction lombaire pratiquée d'une façon systématique a mis en évidence le nombre considérable des réactions méningées qui, jusqu'ici, passaient inaperçues. Ce sont des méningites, latentes le plus souvent, dont la fréquence est surprenante à la période secondaire puisqu'elles existent dans les deux tiers des cas comme l'a montré Ravaut dès 1903. L'importance de ces méningites se conçoit aisément; la plupart des auteurs, en effet, tendent à leur faire jouer un grand rôle dans la génèse des accidents nerveux ultérieurs. En l'absence de tout symptôme, chez des syphilitiques guéris en apparence, on peut dévoiler, par la ponction lombaire, une réaction méningée persistante et dépister ainsi, dans leur phase préclinique, le tabès et la paralysie générale (1). Ces affections une fois constituées, la méningite chronique acquiert la valeur d'un symptôme capital qui permet souvent de fixer un diagnostic hésitant. Ces accidents méningés opposent au traitement une résistance variable. La plupart du temps les agents thérapeutiques

L'horrible guerre que nous subissons a fauché dans sa fleur l'existence d'innombrables jeunes hommes qui paraissaient destinés à être utiles à l'humanité et à la science. C'est ainsi que, dès les premiers mois des hostilités, notre élève (il avait été successivement notre interne pendant les années 1913-1914) *Etienne Marcorelles* était tué à son poste en faisant fièrement son devoir dans l'ambulance à laquelle il était attaché comme médecin auxiliaire. D'une intelligence hors ligne, travailleur consciencieux et infatigable, cet homme doux, fin, modeste et aimable entre tous, nous laisse, comme à tous ceux qui l'ont connu, un souvenir ineffaçable et d'amers regrets. Avant son départ aux armées il avait confié en dépôt à l'un de nous le manuscrit d'un mémoire auquel il avait consacré les derniers mois de sa vie scientifique et qu'il venait de terminer. La rédaction des *Annales de dermatologie* accomplit un pieux devoir en publiant, à défaut du mémoire *in extenso*, trop étendu pour le cadre de notre revue, le résumé fidèle du travail de Marcorelles qui en a été extrait par son collaborateur et ami le Dr Arnault Tzanck.

G. Thibierge. — J. Darier.

(1) Ravaut, Comment dépister la syphilis nerveuse? *Annales de médecine*, janvier 1914, p. 49.

dont nous disposons, l'iodure en particulier, ont aisément raison des méningites secondaires discrètes, et il est rare qu'après un traitement intensif de novarsénobenzol ou de mercure (8 injections de novarsénobenzol suivies elles-mêmes de 2 séries d'injections d'huile grise) on observe à la ponction lombaire un vestige de cette réaction méningée. Mais il est des cas qui résistent même à un traitement ainsi conduit. Peut-être devrait-on pour les dépister faire systématiquement la ponction lombaire après cette première étape thérapeutique. En tout cas, c'est un point sur quoi la persistance d'une réaction de Wasserman positive après un traitement prolongé doit attirer l'attention. Bien plus et cela au cours de traitements insuffisants, on assiste quelquefois à des complications nerveuses précoces qui ont été l'objet d'interprétations variées : réactions de Herxheimer, accidents de la salvarsanothérapie, neuro-récidive, arséno-résistance. Quelle qu'en soit l'interprétation théorique, ces accidents opposent parfois au traitement actuel une résistance singulière que nous retrouvons dans les syphilis nerveuses tardives, dans le tabès, dans la paralysie générale. On a cherché la cause de cette résistance dans l'imperméabilité des méninges aux agents médicamenteux introduits par la voie générale, imperméabilité que Sicard avait déjà montrée pour le mercure introduit par la voie veineuse. Ces recherches ont été confirmées par Launoy et Leroux, par de Viron. Cette imperméabilité méningée existerait encore, quoiqu'à un moindre degré, pour les composés arsenicaux organiques. Sicard et Marcel Bloch ont constaté qu'une heure après l'injection intra-veineuse de 0 gr. 50 d'arsénobenzol, on pouvait en retrouver dans le liquide céphalo-rachidien 4 à 6 milligrammes par litre (1).

En présence des deux faits primordiaux que nous venons d'énoncer : d'une part la fréquence des accidents méningés, d'autre part la résistance de ces derniers au traitement introduit par la voie générale en raison de l'imperméabilité des méninges, la médication intra-rachidienne semblait s'imposer. Dès que se trouva réglée la technique de la ponction lombaire et surtout à la suite des travaux multiples sur la rachi-anesthésie (Sicard, Ravaut) les auteurs ont essayé la voie intra-rachidienne pour apporter au contact intime des centres nerveux les divers agents thérapeutiques. C'est ainsi que Schrb, Marchand (2), Duhot, Sicard ont recouru aux sels de mercure, Camus (3), Wes-

(1) Pour Sicard et Bloch, Perméabilité méningée à l'arsénobenzol. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 24 décembre 1910, p. 624, dès le lendemain de l'injection l'arsenic a disparu du liquide céphalo-rachidien. Ravaut et Desmoulières, au contraire, ont pu dans deux cas, mettre l'arsenic en évidence des mois après l'injection intra-veineuse.

(2) Marchand, Traitement de la paralysie générale par les injections intra-rachidiennes de mercure. *Société médicale des hôpitaux*, 1902.

(3) Camus, Recherches expérimentales sur le 606, *Paris médical*, 17 décembre 1910, p. 66.

chelmann, au 606, Castelli (1), Ravaut (2), Jeanselme, Verne et Bloch (3) au 914, Marinesco et Minea (4), Swift et Ellis (5), Tzanck et Marcorelles (6), ensuite, employèrent le sérum salvarnisé *in vivo* ou *in vitro*.

Poursuivant toujours ses recherches sur la perméabilité méningée aux divers agents médicamenteux, Sicard mettait en évidence le fait suivant: l'injection intra-rachidienne trouble la perméabilité méningée en déterminant des phénomènes réactionnels, à la faveur de cette réaction, les médicaments introduits par la voie générale peuvent forcer la barrière pie-mérienne. Le fait a été démontré expérimentalement par cet auteur pour l'iodure de potassium, mais, lui donnant une portée plus générale, Sicard (7) formule le principe suivant: « Il ne suffit pas en effet d'introduire deux ou trois dixièmes de miligramme de sel mercuriel dans le liquide céphalo-rachidien, il faut encore, à la faveur des réactions méningées et de la perturbation de la perméabilité ainsi réalisées, poursuivre méthodiquement le traitement au mercure ou au salvarsan, par la voie intra-musculaire ou intra-veineuse (8) ».

Nous basant sur les considérations qui précèdent et voulant réunir les avantages des diverses techniques préconisées, nous avons adopté le procédé suivant:

Nos malades reçoivent d'abord une injection intra-veineuse de novarsénobenzol en solution concentrée. La dose employée a été généralement de 45 centigrammes à la première injection, dose augmentée de 15 centigrammes à chaque intervention suivante jusqu'à la limite maxima de 90 centigrammes. Le malade ne recevait la dose supérieure que lorsque la précédente avait été parfaitement tolérée. Dans les cinq minutes qui suivent l'injection, on pratique une ponction veineuse et on retire 30 centimètres cubes de sang de manière absolument asep-

(1) Castelli, Ueber Neosalvarsan, *Deutsche medizinische Wochenschrift*, fév.-août 1912, p. 1487 et 1632.

(2) Ravaut, Deux cas de syphilis nerveuses, traitées par les injections intra-rachidiennes de mercure et de néosalvarsan, *Gazette des Hôpitaux*, 10 juin 1913, p. 1061.

(3) Jeanselme, Vernes et Bloch, Réactions humorales dans le tabès et la paralysie générale. Injections sous-arachnoïdiennes de néosalvarsan, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 décembre 1913, p. 792.

(4) Marinesco et Minéa, L'emploi des injections de sérum salvarsanisé dans l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le tabès et la paralysie générale, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 17 février, 1914, p. 259.

(5) Swift et Ellis, Zur kombinierte Lokal- und Allgesmeinbehandlung der Syphilis des Zentralnervensystems, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 9 septembre 1913, p. 1977.

(6) Tzanck et Marcorelles, Mal perforant plantaire chez un tabétique, traitement par le néosalvarsan en injections intra-veineuses et intra-rachidiennes; guérison. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mars 1914, p. 122.

(7) Sicard, Les injections sous-arachnoïdiennes, *Journal médical français*, 1914.

(8) Marcorelles et Tzanck, Dans quels cas de syphilis nerveuses le traitement intrarachidien est-il recommandable, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1914, p. 194.

tique. Ce sang est conservé à la glacière jusqu'au moment où le sérum exsudé sera prélevé pour l'injection intra-rachidienne. Le séjour à la glacière a varié de 6 à 24 heures. L'injection intra-rachidienne est faite de la façon suivante : on fait une ponction lombaire au lieu d'élection, on retire 12 à 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, puis on injecte au moyen d'une seringue 10 centimètres cubes d'auto-sérum exsudé, soit tel que (et ne contenant alors qu'une quantité infinitésimale de novarsénobenzol) soit après y avoir incorporé au dernier moment 4 à 6 miligrammes de novarsénobenzol. L'injection est poussée lentement en plusieurs temps, des mouvements d'aspiration sont faits pour brasser dans la seringue la masse injectée avec le liquide céphalo-rachidien. Cette précaution a en outre l'avantage de montrer que jusqu'au bout l'aiguille est restée en bonne place.

Aussitôt après l'injection le malade est couché tête basse en position déclive.

Ces injections ont été répétées tous les huit jours. Dans les premières nous n'avons pas incorporé de novarsénobenzol au sérum. Les injections d'auto-sérum arsénobenzolisé *in vivo* ayant été bien supportées, nous avons incorporé à la masse de l'injection 4 à 6 millimètres de novarsénobenzol. Cette technique nous a paru réunir les avantages suivants :

Elle introduisait à la fois dans le liquide céphalo-rachidien des anticorps spécifiques empruntés au sérum du malade et un agent médicamenteux, le novarsénobenzol. Elle réalisait de plus un traumatisme méningé et augmentait ainsi la perméabilité des méninges au novarsénobenzol, que nous introduisions en même temps par la voie intraveineuse.

Nos essais de thérapeutique intra-rachidienne ont porté sur 13 malades qui ont reçu un total de 29 injections intra-rachidiennes. Ces malades se répartissent de la façon suivante :

Quatre étaient atteints de méningite syphilitique secondaire (Obs. I, IV, VI, VII).

Deux présentaient des neurorécidives (Obs. X et XII).

A côté de ces six cas de méningites syphilitiques précoces se trouvent sept observations ayant trait à des méningites syphilitiques tardives. Il s'agit de tabès (quatre cas), paralysie générale (un cas), une hémiplégie survenue 15 ans après le chancre, et une radiculite localisée au membre supérieur.

Avant d'étudier les détails de nos observations, nous tenons à constater, que dans leur ensemble, *si nous rassemblons d'une part les bons résultats obtenus sans incidents fâcheux, d'autre part les accidents provoqués sans bénéfice manifeste, nous séparons du même coup nos observations en deux groupes qui opposent les cas de syphilis nerveuse secondaire à tous les cas de syphilis nerveuse tardive.*

Aussi dans la critique suivrons-nous cette division dont l'importance est capitale.

RÉSULTATS ET ACCIDENTS DANS LES MÉNINGITES SYPHILITIQUES SECONDAIRES.

Six de nos observations se rapportent donc à des malades atteints de méningite syphilitique secondaire. Elles se répartissent comme suit :

1° Quatre malades étaient en pleine période secondaire (trois d'entre eux étaient soumis à un traitement intensif). La céphalée particulièrement intense avait attiré l'attention du côté des méninges. La ponction lombaire a montré dans un de ces cas une véritable purée de lymphocytes, dans deux cas une réaction cellulaire moyenne, dans un cas une réaction très légère (Obs. I, IV, VI et VII).

2° Deux malades étaient atteints de neurorécidive cliniquement améliorée par un traitement mercuriel prolongé, mais la ponction lombaire pratiquée après trois mois de traitement mettait en évidence un processus méningé encore en évolution ; c'est dans ces conditions que nous les avons soumis aux injections intra-rachidiennes (Obs. X et XII).

Au point de vue du traitement, ces malades se répartissent en deux groupes ; les trois premiers (Obs. I, VI et VII) ont reçu du sérum arsénobenzolisé additionné de 6 milligrammes de novarsénobenzol ; les trois autres n'ont reçu que de l'auto-sérum arsénobenzolisé *in vivo*.

Cliniquement, on peut dire que tous ces malades ont bénéficié du traitement (1).

La céphalée a cédé tantôt le lendemain de la première injection (Obs. XII), tantôt après la deuxième injection, et dans ce cas, après une exacerbation momentanée (Obs. VII). Chez le plus gravement atteint de nos malades, une seule injection a suffi à faire disparaître un véritable syndrome méningé (raideur de la nuque, signe de Kernig, vomissements) (Obs. VII).

Les examens sérologiques dans leur ensemble ont marché de pair avec l'amélioration clinique. La réaction cellulaire a très facilement cédé au traitement dans cinq cas sur six. L'albumine, au contraire, a été plus tenace. La réaction de Wassermann a suivi en général les variations du taux de l'albumine sans que cela ait été une loi absolue ; dans un cas, cependant, la réaction de Wassermann franchement positive au début du traitement était franchement négative à la fin (Obs.

(1) Rappelons cependant que, dans l'observation X, le malade qui présentait une neurorécidive, paralysie faciale avec contracture qui s'était installée avant le début du traitement intra-rachidien, a conservé sa contracture malgré les injections.

VII). En même temps, le nombre des lymphocytes étudiés dans des conditions identiques tombait de 200 à 5 et l'albumine passait de +++ à +——. Ces résultats sont absolument superposables à ceux que signalent tous les auteurs.

Les accidents observés se réduisent à une exacerbation momentanée de la céphalée chez un de nos malades, exacerbation ayant duré 24 heures et n'ayant nécessité aucun calmant. En dehors de ce cas, nous n'avons observé aucun accident, soit immédiat, soit tardif.

Dans le cas d'OEttinger et Hamel, et dans les deux cas de G. Lévy, où la guérison fut obtenue par l'injection intra-rachidienne de sels de mercure, des accidents immédiats furent observés (vomissements, douleurs dans les membres inférieurs, rétention d'urine passagère dans un cas, durable dans un autre).

Il en est de même dans les trois observations de Ravaut, malgré le nombre considérable d'injections qui ont été nécessaires pour amener la disparition du syndrome méningé (1).

Il ressort de cette étude d'ensemble de toutes les observations de méningites secondaires que nous avons relevées que la guérison clinique a été obtenue dans tous les cas (toute réserve faite au point de vue de l'avenir lointain) quelle qu'ait été la méthode employée, indépendamment de la technique, indépendamment de la dose.

Chez certains de nos malades, nous avons noté à la deuxième injection une légère méningite de remplacement à polynucléaires et, comme la plupart de nos malades bénéficiaient en même temps d'un traitement intra-veineux, on est en droit de se demander si dans ces cas il ne faut pas faire la part large à la thérapeutique de dehors en dedans réalisée à la faveur de l'irritation méningée.

Quant aux accidents, quelle qu'ait été la méthode employée, ils se sont bornés à une exacerbation momentanée de la céphalée.

RÉSULTATS ET ACCIDENTS DANS LES SYPHILIS NERVEUSES TARDIVES.

Nos observations de syphilis nerveuses tardives au nombre de sept portent sur quatre cas de tabès (Obs. II, IV, IX, XIII), un cas de paralysie générale (Obs. V), une hémiplégie (syphilis ancienne) (Obs. VIII), une radiculite (Obs. III). Au point de vue thérapeutique six de nos malades ont reçu du sérum salvasarnisé à la dose de 6 milligrammes de

(1) Avec le mercure cependant des accidents ont été observés, douleurs, crises vésicales, mais là les auteurs avaient dépassé les doses que l'on peut aujourd'hui considérer comme maxima. D'ailleurs, ces accidents se sont toujours rapidement dissipés. En résumé, résultats thérapeutiques intéressants, pas d'accident grave, tel est le bilan de la méthode intra-rachidienne dans les méningites syphilitiques secondaires.

novarsénobenzol pour 10 centimètres cubes d'auto-sérum, le dernier malade atteint de tabès (Obs. XIII) n'a reçu que du sérum arsénobenzolisé *in vivo*.

Cliniquement nous avons observé les améliorations suivantes :

Un mal perforant plantaire (1) bilatéral récidivant qui avait nécessité l'amputation du gros orteil droit, puis s'était reproduit sur la cicatrice a guéri par une seule injection. Cette guérison persiste depuis six mois quoique le malade mène dans l'hôpital une vie très active.

C'est la seule amélioration palpable que nous puissions enregistrer, car nous ne voulons pas parler d'améliorations purement fonctionnelles et passagères (Obs. II, III et IX).

Les examens sérologiques, par contre, semblaient des plus encourageants ; dans tous les cas, nous avons vu le taux leucocytaire baisser très rapidement dans les proportions indiquées par Swift et Ellis. L'albumine diminuait aussi sensiblement, mais semblait plus persistante. La réaction de Wassermann dans l'ensemble des cas tendait à devenir négative, mais sans qu'il y ait eu parallélisme absolu avec la diminution de l'albumine. L'observation V est intéressante à ce point de vue, au début 300 leucocytes, albumine, ++++, Wassermann, ++++, après la troisième injection les leucocytes se réduisent à 5, l'albumine à +———, le Wassermann ———. Ces résultats, superposables à ceux obtenus par les autres auteurs, nous avaient encouragé au début et nous faisaient espérer un arrêt dans l'évolution de la maladie. Des accidents sont survenus et nous ont obligé à interrompre notre méthode de traitement. Ces accidents ont frappé à des degrés divers tous les malades atteints de cette catégorie de syphilis tardive ; ils ont consisté en accidents immédiats et accidents tardifs.

1° *Accidents immédiats.* — Comme accident précoce, nous avons observé des phénomènes douloureux et des contractures.

Les *douleurs* ont consisté en céphalée et douleurs dans les jambes. La céphalée a été rarement très marquée ; jamais elle n'a persisté au delà du quatrième jour. Elle fut surtout intense chez le malade de l'observation IV, elle était dans ce cas accompagnée de cauchemars, agitation nocturne, élévation de la température à 39°, vomissements, réalisant dans l'ensemble l'ébauche d'un syndrome méningé.

Les douleurs dans les jambes ont consisté en irradiations légères, constituant un réveil de douleurs fulgurantes.

Les contractures ont été notées dans l'observation IX, après la deuxième injection ; en 24 heures, tout était rentré dans l'ordre.

2° *Accidents tardifs.* — On peut dire que toujours les accidents tardifs se sont représentés suivant le même type ; l'injection elle-même

(1) Tzanck et Marcorelles. Mal perforant plantaire. Traitement par le 914 intra-veineux et intra-rachidien, *Bulletin de la Société française de Dermatologie,* 5 mars 1914, p. 122.

est parfaitement tolérée, les trois premiers jours se passent sans incident, puis les accidents se déroulent selon un tableau clinique comparable, à l'intensité près. Sur sept malades présentant des syphilis nerveuses tardives, cinq ont pu être suivis pendant un temps suffisamment long, tous les cinq ont présenté des accidents.

Des quatre tabétiques que nous avons traités, un seul a reçu deux injections sans incident (encore n'a-t-il été suivi que 8 jours après sa deuxième injection intra-rachidienne).

Des trois autres, l'un a présenté de l'incontinence d'urine pendant un mois, incontinence aujourd'hui guérie, et des douleurs fulgurantes intenses. Un second présente depuis quatre mois de l'incontinence d'urine avec affaiblissement des membres inférieurs après deux injections.

Un troisième enfin, après une seule injection de 10 centimètres cubes d'auto-sérum arsénobenzolisé uniquement *in vivo* a présenté une paraplégie flasque complète avec incontinence vésicale et rectale, anesthésie des membres inférieurs, puis escarre sacrée; cette dernière complication a entraîné la mort par infection générale.

Le seul paralytique général que nous ayons traité après trois injections intra-rachidiennes a vu sa maladie s'aggraver en même temps que s'installait une paraplégie flasque complète avec anesthésie, abolition des réflexes, incontinence vésicale et rectale, compliquée elle-même d'escarre sacrée.

Le malade atteint d'hémiplégie a présenté lui aussi, après deux injections intra-rachidiennes, une incontinence d'urine qui durait encore après quatre mois. Dans cette observation on note de plus, sans anesthésie ni abolition des réflexes, une parésie des deux membres inférieurs.

Ces accidents sont en somme absolument comparables à ceux qu'ont observés la plupart des auteurs qui ont pratiqué des injections intra-rachidiennes chez les tabétiques, les paralytiques généraux, etc. Nous pouvons nous en rapporter sur ce point à l'intéressante thèse de Lehmann. Il est difficile d'apprécier certaines observations dans lesquelles manquent des éléments importants, celles de Wechselmann en particulier. Cet auteur a d'abord traité deux paralytiques généraux qui ont bien supporté des doses de 3 à 10 milligrammes de novarsénobenzol dans 4 à 7 centimètres cubes de sérum salé. Puis deux nourrissons hérédosyphilitiques, traités par 1 mm. 1/2 et 3 milligrammes de novarsénobenzol dans 1 centimètre cube d'eau. Cet auteur n'ayant observé aucun incident conclut à la possibilité d'injections intra-rachidiennes.

Marinesco, injectant 5 milligrammes de novarsénobenzol dissouts dans 4 centimètres cubes de sérum salé, observa les accidents suivants. Sur dix-sept malades, trois dont deux paralytiques généraux ne présentèrent aucune réaction ; dans 7 cas, cet auteur observa une céphа-

lée intense avec malaise général, vomissements et endolorissement des membres inférieurs. Chez 7 autres malades apparurent des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ; parmi ceux-là, 3 tabétiques firent une réaction thermique au delà de 38° le jour même de l'injection. Tels furent les accidents immédiats qu'observa Marinesco ; puis, avec des délais variables, des accidents tardifs survinrent. Sept malades, dont trois tabétiques, présentèrent des troubles de la miction, l'incontinence d'urine qui existait déjà dans deux cas s'accentua ; elle apparut chez un paralytique général 5 jours aprés l'injection et persista 8 jours. La rétention d'urine fut plus fréquente, elle apparut le lendemain de l'injection chez un tabétique qui en avait déja présenté auparavant ; dans trois cas, elle survint sans troubles antérieurs. Chez un paralytique général elle apparut seulement après la deuxième injection avec des alternatives d'incontinence ; elle apparut d'emblée chez un amyotrophique et persista un mois ; enfin chez un tabetique, elle s'établit au bout de 8 jours après une période de dysurie.

Chez trois tabétiques l'état général s'aggrava ; deux d'entre eux (Obs. IV et V) qui présentaient les troubles de la marche durent garder le lit définitivement après l'injection et l'un d'eux mourut au bout de trois mois, d'infection urinaire. Un autre malade tabétique et hémiplégique vit la motilité de ses membres inférieurs très diminuée à la suite de l'injection et l'amblyopie qu'il présentait fit place à une amaurose complète.

Enfin, un syringomyélique qui présentait une paraplégie complète avec exagération des réflexes rotuliens présenta une paraplégie flasque après une injection de 6 milligrammes de novarsénobenzol. Le malade mourut de l'aggravation d'une escarre qu'il présentait auparavant.

Marie et Lévaditi traitèrent quatorze malades ; chez quatre d'entre eux ils firent 3 injections à des intervalles de 8 jours ; la première de 5 milligrammes, la deuxième de 15 milligrammes, la troisième de 4 centigrammes ; chez cinq autres malades, une seule injection de 2 centigrammes ; chez les cinq derniers enfin une injection de 1 centigramme. Les accidents varièrent suivant les doses. Sur les quatre malades ayant reçu trois injections, deux moururent en moins de 2 mois ; des cinq malades ayant reçu 2 centigrammes en une injection, trois moururent, 1, 3 et 5 mois après l'injection. Enfin, sur les cinq malades ayant reçu une injection de 1 centigramme, un seul décès fut observé ; la mort survenait à la suite de l'affaiblissement général progressif.

Signalons enfin les deux observations suivantes que rapporte M. Beriel.

Dans un cas, il injecta 3 centigrammes d'arsénobenzol ; il observa une vive réaction débutant 2 jours après l'injection (vomissements, frissons, température à 40°9, pouls à 114. Une ponction lombaire pratiquée ce jour ramène un liquide puriforme avec de nombreux poly-

nucléaires. Le syndrome méningé dure quelques jours, puis les symptômes s'amendent; au bout de 11 jours le liquide céphalo-rachidien redevient normal. Le malade meurt au bout de 3 mois de cachexie. Le second malade reçut 2 injections, la première de 15 milligrammes, la seconde 8 jours après, 3 centigrammes de novarsénobenzol. On observe au début des phénomènes méningés, puis des phénomènes médullaires, incontinence d'urine, paraplégie, enfin des phénomènes de cachexie.

Avec des doses inférieures et une technique qu'ils s'efforçaient de rendre moins traumatisante, Ravaut d'une part, Jeanselme et Marcel Bloch d'autre part ont observé des accidents incomparablement moins graves que les précédents, chez les tabétiques surtout, le réveil des crises gastriques, des douleurs fulgurantes, des troubles urinaires.

La médication intra-rachidienne de la syphilis nerveuse comporte donc des dangers d'une gravité extrême. Tous les auteurs qui ont employé cette méthode, en présence des accidents, ont pensé qu'ils tenaient à la technique et ont essayé de la modifier. Il est évident que toute injection intra-rachidienne constitue un traumatisme méningé (méningite de remplacement de Sicard). Les éléments de ce traumatisme sont le volume du liquide injecté, la dose du médicament actif, enfin la nature de l'excipient. C'est en faisant disparaître l'un de ces facteurs qu'on a pensé rendre l'injection inoffensive. C'est ainsi que Swift et Ellis, s'ils injectent un volume relativement considérable du sérum du malade préalablement traité, dilué dans du sérum salé, n'incorporent aucun médicament. Ravaut au contraire a recours à une solution concentrée de novarsénobenzol dont il n'injecte qu'une goutte, rendant ainsi négligeable le rôle nocif du volume injecté et de l'excipient. Il pense ainsi supprimer les accidents précoces qu'il attribue avec Lehmann au volume des injections, et se rendre maître des accidents tardifs qu'il explique par l'action topique du médicament, dont il diminue la dose. Pour nous, ces différents facteurs ne jouent qu'un rôle secondaire dans la genèse des accidents.

ÉTUDE DES DIFFÉRENTS FACTEURS DE TRAUMATISME.

1° *La dose*. Les expériences de Camus ont montré la très grande nocivité des sels médicamenteux introduits par la voie intra-rachidienne ; mais la clinique avait déjà révélé la tolérance minime de la moelle et des méninges, tant pour le sel mercuriel que pour les composés arsenicaux. On peut, avec Sicard, conclure qu'une injection de sels mercuriels ne doit pas dépasser 1 milligramme. Au delà de cette dose, Œttinger et Hamel, G. Lévy ont vu survenir des accidents dans les cas de méningite secondaire, alors que les doses d'arsénobenzol

étaient parfaitement tolérées dans des cas analogues de Ravaut. D'après les expériences de Camus, en effet, l'arsénobenzol et le novarsénobenzol se sont montrés comparativement moins nocifs que le mercure aux mêmes doses. Ces résultats concordent avec les essais thérapeutiques : certains malades ont supporté des doses de 1 centigramme d'arsénobenzol et au delà, sans accident, à condition qu'il ne s'agisse pas de syphilis ancienne. Les malades présentant au contraire des lésions constituées du névraxe supportent mal des doses beaucoup moindres. C'est ainsi que des accidents d'alarme médullaire ont été observés à des doses inférieures à 5 milligrammes, les essais de Marie et Levaditi ont montré qu'une dose de 1 centigramme peut être fatale chez de tels malades et la plupart des auteurs s'en sont tenus à des doses inférieures de moitié. C'est aussi la conclusion à laquelle arrive Ravaut (dans la thèse de Lehmann) (1) qui considère comme maxima la dose de 6 milligrammes.

La dose est donc nocive par elle-même, et cela d'autant plus qu'il s'agit de méninges plus touchées; c'est ainsi que, dans la technique de Ravaut, dans laquelle l'arsenic peut être considéré comme le seul agent du traumatisme, on observe néanmoins des incidents, plus légers, il est vrai, que dans les autres méthodes.

En résumé, les malades atteints de syphilis nerveuse précoce ont supporté sans incident des doses massives, les malades atteints de syphilis nerveuse tardive ont présenté des accidents avec des doses faibles.

2° *Le volume.* — L'action traumatisante de la masse, négligeable si la moelle est saine, est nette lorsqu'on se trouve en présence de lésions constituées. En effet, alors que dans les processus aigus, dans les autres méningites (la cérébro-spinale en particulier), on peut injecter 30 et 40 centimètres cubes de sérum et répéter ces injections journellement, dans les cas de syphilis nerveuse tardive, le volume semble jouer par lui-même un rôle vulnérant appréciable que la technique de M. Ravaut, en particulier, tend à supprimer. Rappelons à ce sujet notre observation XIII, le malade n'ayant reçu qu'une injection d'autosérum de 10 centimètres cubes présenta néanmoins une paraplégie flasque avec escarre.

Il est intéressant de remarquer à ce sujet la bénignité apparente de la technique préconisée par Swift et Ellis. Ces auteurs prélèvent le sang une heure après l'injection intra-veineuse de novarsenobenzol, le lendemain ils mélangent 12 centimètres cubes de sérum exsudé à 18 centimètres cubes de sérum physiologique, après inactivation à 56°; l'injection est faite à l'aide d'une seringue de 20 centimètres cubes reliée à l'aiguille par un tube de caoutchouc de 40 centimètres de long. Les auteurs laissent écouler d'abord le liquide céphalo-rachidien jusqu'à réduire la pression à 30 centimètres, puis, ils laissent le

(1) LEHMANN. Les injections intra-rachidiennes. *Thèse de Paris*, 1914.

sérum pénétrer par son propre poids. Ces auteurs se déclarent très satisfaits de leur technique qu'ils ont peut-être surtout appréciée, au point de vue des résultats sérologiques, sur lesquels ils insistent. Ces injections n'ont cependant pas été sans provoquer des douleurs assez intenses pour nécessiter parfois l'emploi de la morphine. Leur technique tendrait à prouver que les accidents dus à la masse peuvent être évités en tenant compte de la pression intra-rachidienne. En tous cas, les résultats observés par eux nous semblent un peu paradoxaux. A notre avis, on peut, dans les méningites syphilitiques secondaires comme dans les autres méningites aiguës, injecter impunément des masses considérables de liquide. Au contraire, dans les syphilis nerveuses tardives, le volume de l'injection semble jouer un rôle appréciable dans la genèse des accidents.

3° *Excipient.* — Le rôle de l'excipient n'est pas douteux. Ravaut a attiré l'attention sur les méningites que déterminent les injections intra-rachidiennes de toutes solutions aqueuses, on doit, d'autre part, aux travaux de Sicard de connaître plus particulièrement les méningites de remplacement provoquées par les injections intra-rachidiennes de sérum thérapeutique. C'est ainsi que toute injection intra-rachidienne, même s'il ne s'agit que de trois centimètres cubes de sérum salé, détermine un syndrome méningé caractérisé par une élévation de température, de la céphalée, une ébauche de Kernig, le tout durant rarement 48 heures. Une ponction lombaire montrerait dans les premières heures une polynucléose qui fait place le troisième jour à une lymphocytose qui peut durer deux mois et plus. Sicard a eu l'occasion de contrôler par 3 autopsies les désordres locaux qui accompagnent cette méningite. Dans les deux premières pratiquées les troisième et septième jours, il constata une congestion vasculaire intense localisée au département sacro-lombaire lepto-méningé, une infiltration cellulaire périvasculaire dans les vaisseaux spinaux postérieurs, les racines et culs-de-sac méningés postérieurs; une troisième autopsie pratiquée le vingt et unième jour démontrait qu'il n'existait plus à ce moment aucun phénomène réactionnel. C'est à cette méningite due à l'excipient que Lehmann attribue les accidents précoces qu'ont observés les auteurs qui ont injecté du novarsénobenzol en solution étendue dans du sérum salé ou de l'auto-sérum. Ravaut l'a mis en évidence dans la technique suivie par Jeanselme, Vernes et Bloch (injection de novarsénobenzol dans 1/2 à 3 centimètres cubes de sérum isotonique) en faisant une ponction lombaire le lendemain de l'injection intra-rachidienne. Il n'est donc pas douteux dans ces cas que la concentration diminue les causes de traumatisme et permette l'accès sans réaction de la plus grande dose de médicaments. Ce serait là la technique idéale si l'on ne visait dans la syphilis nerveuse que l'introduction par la voie rachidienne d'une dose donnée de novarsénobenzol. Or, des expériences de Sicard et Bloch, il ressort, sans entrer

dans des détails, qu'à la suite d'une injection intra-veineuse de 90 centigrammes de novarsénobenzol, le liquide céphalo-rachidien reçoit une dose de 2 milligrammes, environ le 1/3 de la dose optima. Nous avons vu d'autre part, comme le constate Lehmann, que cette dose même ainsi réduite, ne met pas à l'abri de la gêne des mictions, incidents d'alarme médullaire qui peuvent difficilement être évités.

Il ressort donc de ce qui précède qu'en se tenant au-dessous des limites établies expérimentalement, on peut, en cas de méningite syphilitique précoce, injecter une dose de novarsénobenzol allant jusqu'à 8 et 10 milligrammes sous un volume qui peut atteindre et dépasser 10 centimètres cubes, dissout indifféremment dans du sérum physiologique, dans de l'auto-sérum arsénobenzolisé, etc. Dans ces cas, en effet, la moelle est intacte et seuls se produiront des phénomènes méningés plus ou moins intenses selon le degré du traumatisme réalisé par l'injection, mais toujours transitoires, jamais alarmants. *Inversement, dans les syphilis nerveuses tardives, une dose moindre sous un volume restreint quel que soit l'excipient expose à des accidents redoutables, non plus à des phénomènes réactionnels méningés, mais à des accidents de type médullaire.*

Il importe d'insister sur ce point et d'opposer aux signes légers d'irritation méningée (qui sont les seuls troubles observés à la suite des injections intra-rachidiennes dans les accidents syphilitiques méningés), aux accidents graves d'ordre médullaire (qui s'observent au cours du traitement intra-rachidien dans les syphilis nerveuses tardives). On peut classer ces accidents médullaires selon leur gravité de la façon suivante : les plus légers consistent en réveil de douleurs fulgurantes, en crises légères de dysurie, ce sont les signes d'alarme médullaire ; quand l'atteinte de la moelle est plus grave, la rétention d'urine apparaît compliquée d'incontinence parfois, de phénomènes douloureux dans les membres inférieurs ; ce sont là encore des accidents dont on peut espérer la régression.

Dans les cas extrêmes apparaît une paraplégie flasque complète avec anesthésie, abolition des réflexes, troubles sphinctériens, troubles trophiques, telle qu'escarre sacrée, ces accidents ouvrent la porte à l'infection et peuvent amener une issue fatale.

On a voulu faire jouer un rôle trop important au volume de l'injection, à la nature de l'excipient, et même à la toxicité du médicament et on n'a pas assez considéré l'état de tolérance de la moelle déjà lésée.

Pour ce qui concerne les syphilis nerveuses tardives, toutes les méthodes sont mauvaises, les plus brutales sont les pires. C'est à ce titre, nous semble-t-il, que les injections de Ravaut sont le mieux tolérées. Inversement, pour les accidents méningés précoces, la méthode intra-rachidienne s'est montrée d'une inocuité absolue et d'une réelle efficacité.

Actinomycose.

Actinomycose cervico-faciale, par Petges et Darget. *Réunion Médico-chirurgicale de la 3e armée,* 5 février 1916. *La Presse Médicale,* 23 mars 1916, p. 133.

Cas d'actinomycose cervico-faciale : les lésions très étendues couvrent les régions parotidienne, sous-maxillaire et cervicale. Le malade, soldat de 45 ans, manipulait des fourrages depuis 15 mois qu'il était mobilisé ; contagion directe probable par la paille où couchait un de ses camarades atteints d'affection analogue. Le diagnostic a été confirmé par l'examen bactériologique (examen direct). Le traitement par l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour a été suivi d'amélioration rapide. P. et D. insistent sur la fréquence des mycoses dans le milieu militaire ; ces affections sont souvent confondues avec l'ecthyma. R.-J. Weissenbach.

Anatomie de la peau.

Système de fibres connectives circulaires entourant les troncs nerveux de la peau humaine (Di un sistema di fibre connective circolari avvolgenti i tronchi nervosi della pelle dell' uomo), par Simonelli. *Internazionale Monatsschrift f. Anatomie u. Physiologie,* 1913, t. XXX, p. 226.

Sur les préparations traitées au chlorure d'or et dissociées, on met en évidence des filaments entourant les troncs nerveux en manière de spirale plus ou moins uniforme et compacte, soit exclusivement adossées au périnèvre, soit en volutes plus larges embrassant également l'épinèvre. Ces filaments, au niveau de la bifurcation des troncs nerveux, passent de l'un sur l'autre en s'adossant au périnèvre. Il est logique de supposer que ces fibres qui rappellent de près les « fibres en spirales de Henle » servent d'appareil de contention. Elles prennent par le chlorure d'or la coloration des fibres connectives. G. Thibierge.

Expansions nerveuses dans le derme humain (Contributo allo studio della espansioni nervose nel derma della cute umana), par Simonelli. *Internazionale Monatsschrift f. Anatomie und Physiologie,* 1914, t. XXXI, p. 287.

Entre les corpuscules de Meisner et les expansions papillaires de Ruffini, il existe des formes de passage qui doivent être interprétées comme autant d'étapes dans l'évolution formative de ces corpuscules et confirment la possibilité d'une communauté de fonctions entre les deux espèces d'expansions nerveuses.

Dans la couche papillaire de la peau humaine, il n'existe pas de corpuscules du type Golgi-Mazzoni ; ceux qui ont été décrits comme tels repré-

sentent en réalité les variétés les plus petites des corpuscules monolobés de Meissner. G. Thibierge.

Canitie.

Sur un cas de canitie rapide, par Lebar. *Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 18 juin 1915, p. 439.

Soldat de 30 ans, est projeté en l'air puis enterré par l'explosion d'une mine sous la tranchée qu'il occupe. La déflagration de la poudre a produit des brûlures superficielles du visage, du front et de la région temporale *gauche*. Quelques contusions en divers points du cuir chevelu à maximum *gauche*. Surdité immédiate, probablement par double labyrintite hémorragique à maximum *gauche*. Le lendemain, ce soldat s'aperçoit de l'existence de quatre touffes de cheveux blancs sur la région fronto-pariétale gauche. La décoloration est complète de la base à l'extrémité; ces cheveux sont solidement implantés; le renflement bulbaire est également décoloré. Le reste de la chevelure est brun foncé sans un seul cheveu blanc.

L. rappelle les cas authentiques antérieurs de canitie rapide et conclut à la vraisemblance du rôle joué par les cellules pigmentophages de Metchnikoff, dans la canitie progressive, la mobilisation rapide des cellules médullaires étant fonction de l'ébranlement nerveux général et la mobilisation élective étant fonction de traumatismes locaux. R.-J. Weissenbach.

Eczéma.

Emploi des antiseptiques à base d'iode dans l'eczéma des jeunes enfants (Anwendung der jodhaltigen Antiseptika bei Ekzemen kleiner Kinder), par M. Szabo. *Dermatologische Wochenschrift,* 28 février 1914.

Le vioforme est bien toléré par les enfants soit sous sa forme pulvérulente soit en pommades à 5 et 10 pour 100. Pellier.

Erythème noueux.

Érythème noueux et syphilis, par A. Chauffard et Mlle A. Le Conte. *Annales de médecine,* décembre 1915, p. 563.

Il est établi aujourd'hui que la plupart des érythèmes noueux reconnaissent une origine tuberculeuse. Apparaissent-ils au cours de la syphilis, certains dermatologistes leur reconnaissent une nature spécifique; d'autres ne voient là qu'une coïncidence. Il est probable qu'il s'agit plutôt alors de *symbiose syphilitico-tuberculeuse*.

Chez un homme de 29 ans, syphilis secondaire, roséole, plaques muqueuses, syphilides papulo-érosives et papuleuses, C. et L. ont observé une poussée d'érythème noueux accompagnée de phénomènes généraux. Les placards d'érythème noueux (on en détermine un identique au bras par la cuti-réaction) disparurent sans laisser de traces, en 12 jours. Les syphilides, sous l'influence du traitement mercuriel pratiqué dès l'entrée (injection quotidienne de 1 centigramme d'oxy-cyanure de mercure pendant 15 jours), régressent aussi, laissant des macules pigmentaires, cuivrées. Au bout d'un mois, institution d'un traitement arsenical (novarsénobenzol). 3 doses de 15, 30, 45 centigrammes sont supportées sans réaction cutanée; 3 injections de 60 centigrammes pratiquées dans la suite sont suivies chacune d'une poussée immédiate d'érythème noueux, d'intensité décrois-

sante, ayant duré 4 jours après la 1re, 3 jours après la 2e, 2 jours après la 3e. La réaction de Wassermann, $+H_6$ après la 1re injection de 60, devient $-H_8$ après la 3e. Examen radioscopique : opacité au sommet gauche et chaîne ganglionnaire trachéo-bronchique.

Il n'y a pas de raison d'admettre, dans ce cas, une pathogénie syphilitique : la poussée initiale d'érythème aurait très probablement guéri aussi vite avec un traitement banal. Les récidives successives survenant après les injections arsenicales ne peuvent être dues à la réaction de Herxheimer à laquelle elles font penser, puisqu'au moment de la 3e récidive, la réaction de Wassermann était négative. Il semble au contraire légitime de conclure ici à l'origine tuberculeuse d'un érythème noueux apparu à l'occasion d'une syphilis secondaire en évolution : les faits de coïncidence entre syphilis et érythème noueux sont en effet trop nombreux pour être fortuits. Il est probable que les poussées ultérieures sont plutôt dues à des réactions de foyers qu'aurait suscitées l'arsénobenzol, comme cela s'observe avec d'autres médicaments, les tuberculines, les iodures.

Le fait que la réaction cutanée s'est amoindrie à chacune des 3 doses fortes s'expliquerait par l'arséno-résistance progressive. M. Govaerts.

Erythrodermie.

Quelques observations d'érythrodermie desquamative généralisée, par Mlle Loewe. *Archives de médecine des enfants,* décembre 1915, p. 629.

L. compare six cas d'érythrodermie desquamative généralisée avec deux cas d'eczéma rubrum généralisé. Elle en conclut que ces deux affections ont une symptomatologie très semblable : érythème généralisé, maculeux, la même desquamation caractéristique de tout le corps, la même séborrhée du cuir chevelu, persistant encore après la disparition des autres symptômes. Dans les deux cas la vésiculation est de peu d'importance. L'un et l'autre sont apyrétiques et bénignes. L'érythrodermie desquamative généralisée des nourrissons ne serait en définitive qu'une variété d'eczéma séborrhéique. M. Govaerts.

Externe (Eruptions de cause —).

La diminution de la sensibilité de la peau et de l'organisme par les injections de sérum ou de sang du malade et de nucléinate de soude (Die Herabsetzung der Empfindlichkeit der Haut und des Gesamtsorganismus durch Injektionen von Eigenserum, Eigenblut, und Natrium nucleinicum), par B. Spiethoff. *Dermatologische Wochenschrift,* 18 octobre 1913.

B. croit avoir observé que certains sujets, tolérant très mal l'application externe de différents produits, perdaient cette sensibilité sous l'action de l'autosérothérapie qui n'avait d'ailleurs à elle seule produit aucune amélioration locale. Ce résultat a été obtenu, après échec de l'autosérothérapie et de l'autohématothérapie, par quelques injections sous-cutanées de nucléinate de soude. Pellier.

Erythèmes de la face provoqués pour simuler un érysipèle, par Natalelli et H. Roger. *Réunion médicale de la 6e armée,* 18 août 1915. *La Presse Médicale,* 25 octobre 1915, p. 421.

N. et R. ont observé, dans le service des érysipèles, 11 érythèmes de la

face, caractérisés par un boursouflement et une rougeur diffuse de la peau, généralement moins intense que dans l'érysipèle, sans bourrelet périphérique, par des vésicules de la dimension d'une tête d'épingle, beaucoup plus petites que les vésicules érysipélateuses et situées aussi bien à la périphérie et à l'extérieur qu'au centre de la plaque, vésicules se desséchant rapidement pour donner de fines croûtelles jaunâtres de dimensions plus restreintes et de durée moindre que celles de l'eczéma de la face.

Ces érythèmes occupent surtout les joues, le front, les régions sous-maxillaire et mastoïdienne, plus rarement le nez; ils ne s'accompagnent d'aucune poussée thermique, d'aucun trouble de l'état général; ils atteignent d'emblée l'eur maximum et, s'ils sont soigneusement surveillés, guérissent en quelques jours sans aucune médication.

Ils sont provoqués, comme quelques simulateurs ont fini par l'avouer, par une friction de la face avec une substance rubéfiante ou vésicante en particulier avec un thapsia. R.-J. Weissenbach.

Sur la suppression du poison des teintures (Ueber die Entgiftung von Pelz- und Haarfärbemitteln), par J. Colman. *Dermatologische Wochenschrift*, 13 décembre 1913.

La teinture des fourrures par la para-phénylènediamine ne peut provoquer d'accidents si la matière tinctoriale en a été suffisamment expulsée par lavage.

C. a observé que l'addition d'un sel agissant comme réducteur, le sulfite de soude par exemple, neutralise de façon à peu près complète la chinon diimin dont Erdmann et Vahlen ont démontré le rôle dans l'action irritante de la para-phénylènediamine. Le mélange de sulfite et de toluylènediamine est encore mieux toléré. Pellier.

Gangrène.

Gangrène symétrique des extrémités, du type Raynaud, et lésions artérielles, par A. Souques. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 21 janvier 1916, p. 70.

Observation détaillée d'un malade présentant des lésions artérielles chroniques, bilatérales et étendues chez qui évolua une gangrène symétrique des extrémités du type Raynaud. S. émet l'opinion qu'il y a un rapport de cause à effet entre l'artérite et la gangrène et que celle-ci est sous la dépendance de celle-là, l'angiospasme greffé sur la lésion chronique artérielle ne jouant qu'un rôle accessoire. La gangrène symétrique des extrémités du type Raynaud reconnaîtrait deux facteurs, l'un primordial, l'artérite, et l'autre secondaire, l'angiospasme. R.-J. Weissenbach.

Gelures.

Les gelures des pieds, par A. Mouchet. *Paris Médical,* 13 mars 1915.

Dans cet article basé sur l'étude de 20 cas personnels, dont 11 cas graves, avec gangrène sèche ou humide, plus ou moins profonde et étendue, M. expose l'étiologie, la pathogénie et le traitement des gelures des pieds.

L'action du froid, du froid humide surtout est primordiale; l'action des chaussures humides qui se racornissent, des bandes molletières ou des guêtres trop serrées est importante mais non primordiale. Nos soldats

dans l'eau ou la boue glacées des tranchées obligés à l'immobilité, en station debout, dans l'impossibilité d'enlever de temps en temps leurs souliers se trouvent dans les conditions qui entraînent la stase circulatoire des membres inférieurs, cause favorisante de la production des gelures.

M. passe en revue les différents moyens prophylactiques et envisage ensuite le traitement des gelures. Dans les gelures du 1er degré, tous les moyens donnent de bons résultats. Dans les gelures du 2e degré les pansements à l'acide picrique, les pâtes et pommades peuvent être également recommandés. Dans les gelures du 3e degré, l'opération s'impose, aussi économique que possible. R.-J. Weissenbach.

Les gangrènes produites par le froid, par Lenormant, *La Presse Médicale,* 20 juin 1914, p. 469.

Il existe deux types bien distincts de gangrènes produites par le froid : les unes correspondent au type décrit par les classiques et sont la conséquence de l'action directe d'un froid très rigoureux sur les tissus ; les autres, relevant très vraisemblablement d'un trouble circulatoire, affectent l'aspect clinique de la gangrène symétrique et surviennent alors que la température ne s'abaisse pas extrêmement.

Ce dernier type moins connu est le plus intéressant. De très nombreux cas se produisirent pendant la guerre des Balkans. Les accidents sont survenus à la suite de l'exposition à un froid humide, peu intense. Ils surviennent le plus souvent aux pieds, parfois aux mains ; ils ont été fort bien décrits par Wieting. Au degré le plus léger, on note seulement des douleurs avec œdème et pâleur. A un degré de plus s'observent de la tuméfaction des orteils et des phlyctènes à contenu séreux ; la guérison est encore possible sans gangrène.

Enfin dans les cas les plus graves les parties atteintes sont froides, de couleur gris ardoisé ; la mortification est fatale, plus ou moins étendue. Des complications septiques par infection secondaire s'observent parfois.

La pathogénie de ces gangrènes est discutée ; la gelure semble le fait non de l'action directe du froid, insuffisant dans ces cas, sur les tissus, mais indirectement par paralysie vaso-motrice prolongée accompagnée de stase et de thrombose vasculaire. Welcker, toutefois, attribue la gangrène, dans ces cas, à une endartérite infectieuse. R.-J. Weissenbach.

Les moyens préventifs et curatifs des congélations, par A. Plicque. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 25 décembre 1914, p. 932.

Moyens préventifs : graissage des extrémités (huile, vaseline, saindoux, etc.). Gants, passe-montagne, chaussettes en laine — ou mieux pour les chaussettes 2 paires superposées : 1re coton, 2e laine (couche d'air interposée, pas d'irritation cutanée par la laine) ; éviter qu'elles ne compriment le pied dans le soulier. Chaussures : empêcher le cuir de racornir et l'imperméabiliser par onctions au pétrole (danger : inflammable) ou les recouvrir d'une enveloppe en drap, laine ou feutre (bandes molletières). La station debout longtemps prolongée arrête la circulation du pied par compression du lacis veineux plantaire : dès la première sensation d'engourdissement, battre la semelle énergiquement.

Moyens curatifs doivent tendre : a) *à rétablir la circulation. Au début,*

éviter l'action brutale de la chaleur. Frictions sèches, ou onctions avec un corps gras à peine attiédi, douces puis plus énergiques quand l'asphyxie locale disparaît. Ensuite nettoyage à l'eau tiède alcoolisée et savon. Si possible, pommades contre les brûlures de Lucas-Championnière. Dans la suite, poursuivre les massages, et faire faire des mouvements méthodiques bien à fond du pied et des orteils, la jambe étant élevée au maximum à l'aide des deux mains. b) *à empêcher les infections secondaires* : gangrène, tétanos, etc. En cas d'ulcérations, user d'antiseptiques; des pansements humides, il n'y a à retenir que la série aromatique; mais danger de macération. Sont préférables : solution d'acide picrique au 1/100, pommade au salol camphré au 1/10, poudre de peroxyde de zinc, poudre composée de Championnière; le pansement doit être très lâche : pas de bandes, ouate boriquée très lâche, chaussette ou bas stérilisé par-dessus. Injection préventive de sérum antitétanique. A craindre dans la suite : névrite ascendante. Les indications opératoires sont données par l'affaiblissement de l'état général, les destructions locales trop graves. Autant que possible tenter de simples régularisations. Mais on peut être forcé de pratiquer l'amputation. M. GOVAERTS.

Note sur le traitement des cas de congélation par les injections sous-cutanées d'oxygène gazeux, par A. DUMAREST. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 25 décembre 1914, p. 938, 25 décembre 1915, p. 929.

1re note. — Avantages de ces injections : elles limitent le sphacèle aux parties absolument mortifiées et favorisent activement le retour de la vie aux régions qui sans elles se mortifieraient à leur tour; hâtent le processus d'élimination des parties définitivement sphacélées et de réparation des plaies qui en résultent, diminuent notablement les douleurs, contribuent au relèvement de l'état général.

Technique : à l'arrière d'une soufflerie de thermocautère, on adapte le tube d'un ballon d'oxygène; à l'avant, le corps de pompe d'une seringue de Pravaz garni de coton hydrophile (filtration du gaz); à l'extrémité de la seringue, aiguille assez grosse; enfoncer l'aiguille (pour le pied) au tiers inféro-interne de la jambe dans la direction du pied; pousser lentement l'injection, 1 l. 1/2 à 3 l. Un massage doux et prolongé conduit le gaz dans toute la région malade. L'injection est renouvelée tous les 2 ou 3 jours.

2e note. — Relation de l'observation d'un malade traité avec succès par la méthode préconisée. M. GOVAERTS.

Lupus.

Lupus du gland (Lupus der Glans penis), par A. KRAUS. *Dermatologische Wochenschrift,* 28 février 1914.

De petits nodules lupiques présentant tous les caractères cliniques et dont l'examen microscopique vérifia la nature furent observés sur le gland d'un homme de 37 ans, souffrant fréquemment d'herpès génital. Le sujet avait eu deux mois auparavant des rapports avec une femme très suspecte de tuberculose (coït buccal). PELLIER.

Contribution au traitement du lupus vulgaire par l'or et le cuivre

(Beitrag zur Gold- und Kupferbehandlung des Lupus vulgaris), par V. Mentberger. *Dermatologische Wochenschrift*, 7 février 1914.

En aucun cas M. n'a pu constater les résultats favorables signalés par Bruck et autres auteurs, comme dus au cyanure d'or. Le lekutyl, produit cuprique, ne semble pas davantage destiné à remplacer les traitements anciens. Pellier.

Médicamenteuses (Eruptions).

Déterminisme étiologique d'un érythème maculo-papuleux consécutif à la vaccination antityphique, par Pr. Merklen et Achpise. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 8 octobre 1915, p. 846.

Cas d'érythème maculo-papuleux généralisé, consécutif à une quatrième injection de vaccin antityphique de Vincent (2 c. c.). M et A. insistent sur le groupement et la sommation des causes qui ont été nécessaires pour provoquer l'érythème : viciation particulière des humeurs, diminution de la valeur fonctionnelle du foie, association médicamenteuse, injection du vaccin antityphique. R.-J. Weissenbach.

Érythème scarlatiniforme d'origine mercurielle (cas clinique) (Eritema escarlatiniforme de origen mercurial — caso clinico), par Sanz de Grado. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1914, p. 225.

H. 22 ans, atteint d'orchite blennorrhagique, se fait sans consulter personne des frictions d'onguent napolitain belladoné. Trois jours après, éruption sur le ventre, débutant à 1 ou 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et limité en bas par deux lignes qui viennent par les sillons inguinaux et par la partie supéro-interne des cuisses se terminer à leur face interne en leur partie haute. L'éruption est formée de grandes plaques rouges ressemblant à la scarlatine, avec par endroits de petits éléments érythémateux isolés, de petites vésicules et des éléments purpuriques, hémorragiques rares sur les cuisses. Malaise général, mais ni fièvre, ni salivation, pas de troubles gastro-intestinaux, urine normale. J. Méneau.

Neurofibromatose.

Anomalies de l'appareil visuel, de l'intelligence et du squelette associées à la neuro-fibromatose généralisée (Présentation du malade), par E. Jeanselme. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 3 décembre 1915, p. 1136.

Homme de 26 ans, présentant des macules pigmentaires de toutes tailles disséminées sur les téguments mais plus nombreuses sur le tronc, des petites tumeurs sessiles particulièrement nombreuses sur le tronc, des nodules hypodermiques soulevant la peau qui à leur niveau prend une nuance violacée. Nulle part, il n'existe d'épaississements cylindroïdes ou moniliformes le long des rameaux nerveux superficiels ou des nerfs sous-aponévrotiques accessibles à la palpation.

L'examen de l'appareil visuel montre un état tigré du fond de l'œil ; la pupille est irrégulièrement circulaire à bords un peu épaissis et diffus, d'une coloration gris rougeâtre. Aucun stigmate d'hérédosyphilis, réaction de Wassermann négative, microphtalmie, léger strabisme interne et nys-

tagmus horizontal. Intelligence des plus bornées. Le malade ne sait ni lire ni écrire quoiqu'il ait suivi régulièrement l'école ; sa parole est intelligible mais l'articulation des sons est défectueuse. Il a entrepris plusieurs métiers, mais toujours sans succès. Il vient d'être réformé pour débilité mentale.

Les membres supérieurs sont démesurément longs ; le rachis est en scoliose cervico-dorsale ; il existe une hémiatrophie crâniofaciale prononcée, le front est très bas, la mâchoire inférieure est très développée. L'examen radiographique de la cavité crânienne montre que la cavité de la selle turcique est réduite au tiers de sa capacité normale. Néanmoins on n'observe aucun signe pouvant être imputé à une insuffisance de l'hypophyse. Aucun signe d'infantilisme : la voix n'est pas grêle, le système pileux est moyennement développé, l'embonpoint est normal, les organes génitaux n'ont pas subi d'arrêt de développement Aucun syndrome ne peut faire penser que les glandes (thyroïde, capsules surrénales, testicule) soient insuffisantes. R.-J. Weissenbach.

Parasites animaux divers.

Maculæ cœruleæ ou taches bleues par pulex irritans, par Sommer et Greco. *Sociedad Dermatológica argentina,* 1914, n° 5, p. 83.

Un Italien de 26 ans, journalier, présente sur le tronc et les membres des taches bleues rappelant celles qui sont dues aux morpions; mais la recherche de ces parasites ne permit d'en découvrir nulle part. Quelques taches présentant des transitions entre la piqûre de puce et la formation de tache bleue, S. et G. pensèrent que les taches bleues étaient dues à des piqûres de puces, les pétéchies y étant plus nombreuses que dans les piqûres par Phthirius pubis. Le fait put être vérifié. Le malade transpirait beaucoup. La tache bleue serait due à la secrétion salivaire de la puce qui répandue par la piqûre produit la tache bleue à la peau par transformation du sang du malade. J. Méneau.

Creeping eruption. Un cas avec mise en évidence de larves (Creeping eruption. Bericht über einen Fall mit Nachweis der Larven), par Th. Cates. *Dermatologische Wochenschrift,* 11 avril 1914.

Les lésions cutanées consistaient en une rougeur diffuse à laquelle le grattage n'était pas étranger et au sein de laquelle une observation plus attentive montrait deux taches érythémateuses de 3 à 4 millimètres de diamètre. Par un simple grattage avec l'ongle, C. put extraire deux larves semblables en tous points à celles décrites par Sokolow. La facilité avec laquelle ces parasites furent trouvés doit être attribuée d'abord à ce qu'il s'agissait d'un cas au début dans lequel les larves n'avaient pas eu le temps de suivre des trajets linéaires et ensuite à ce qu'il ne fut fait usage d'aucun instrument tranchant susceptible de provoquer une hémorragie au sein de laquelle les larves eussent pu passer inaperçues. Pellier.

Pellagre.

La pellagre chez les enfants, par J. Comby. *Archives de médecine des enfants,* février 1915, p. 93.

La pellagre se rencontre chez des enfants de tous les âges, même chez les nourrissons. Cette observation rend bien douteuse la théorie de l'origine

alimentaire de cette maladie souvent attribuée à la consommation de maïs avarié.

Le lait de la femme pellagreuse, pauvre en caséine et en fer, amène chez le nourrisson de la cachexie ou le rachitisme. La mère pellagreuse ne doit donc pas nourrir son enfant.

La symptomatologie de la pellagre infantile est semblable à celle de l'adulte. Elle comprend des troubles digestifs (entérite, constipation ou diarrhée, vomissements), cutanés (érythème plus ou moins prurigineux, d'abord localisé à la face dorsale des mains et des pieds, sec ou bulleux, susceptible de s'étendre ensuite et soumis aux influences saisonnières). Il est aggravé par les rayons solaires et peut atteindre les muqueuses et la langue. Il existe aussi des troubles nerveux (insomnie, asthénie, exagération des réflexes rotuliens).

Le pronostic est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune. Le nourrisson sain ou malade d'une femme pellagreuse doit être sevré ou confié à une autre nourrice. A tous les âges, il faut conseiller un changement de milieu et améliorer les conditions hygiéniques. On peut aussi recourir à l'hydrothérapie, aux lotions astringentes. Préserver de la lumière solaire. A l'intérieur, fer et arsenic. M. Govaerts.

Pemphigus.

Recherches sur un traitement du pemphigus par le contenu des bulles (Versuche einer Pemphigusbehandlung mit dessen Blaseninhalt), par T. Holobut et J. T. Lenartowicz. *Dermatologische Wochenschrift,* 10 janvier 1914.

Bons résultats dans deux cas. Pellier.

Remarques sur l'article:..... de Holobut et Lenartowicz (Bemerkungen zu...), par F. Luithlen. *Dermatologische Wochenschrift,* 7 février 1914.

Les résultats que H. et L. attribuent à une sorte de autosérovaccination doivent être seulement attribués à l'autosérothérapie. Pellier.

Un cas de pemphigus végétant (Case of pemphigus vegetans), par Pringle. *Proceedings of the Royal Society of Medecine.* 20 mai 1915, p. 155.

Un soldat, âgé de 28 ans, atteint depuis plusieurs mois d'un pemphigus végétant, guérit à la suite d'un érysipèle grave. S. Fernet.

Pilaire (Modifications du système — après les plaies de guerre).

L'hypertrichose dans les traumatismes des membres avec ou sans lésion nerveuse, par Lebar. *Paris Médical,* 29 janvier 1916, p. 114.

L. se basant sur l'observation de 44 cas d'hypertrichose consécutifs à des traumatismes des membres avec ou sans lésion nerveuse, discute la pathogénie des troubles de la fonction pilaire.

L'hypertrichose existe même lorsque les nerfs ne sont pas lésés. Elle existe dans certains cas de paralysie purement fonctionnelle. Elle n'est pas influencée dans son apparition et son abondance par le degré de la lésion nerveuse, quand existe celle-ci. La localisation de l'hypertrichose ne

présente aucun rapport avec le territoire de distribution cutanée du nerf lésé ; elle le déborde et le dépasse dans tous les cas. Le facteur le plus important dans le déterminisme des troubles trophiques en général et plus spécialement de l'hypertrichose est l'*immobilisation,* qu'elle soit volontaire, par crainte de la douleur, thérapeutique par application d'un grand pansement ou d'un appareil d'extension ou causée par la paralysie dn membre. L. voit dans l'absence du fonctionnement normal du muscle, dans l'absence de la contraction musculaire, l'origine des troubles trophiques par un mécanisme réflexe, mal connu dans ses détails et dans lequel le grand sympathique jouerait le rôle le plus important. R.-J. Weissenbach.

Contribution à l'étude des troubles du système pileux et de la sudation spontanée des membres au cours des lésions traumatiques de guerre des nerfs périphériques, par Maurice Villaret. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 26 novembre 1915, p. 1201.

D'une étude détaillée de 86 observations, V. conclut que : à côté des nouveaux symptômes décrits au cours des lésions traumatiques des nerfs, comme la striation des ongles, les troubles de la sudation provoquée, les modifications de la sudation spontanée, les troubles trophiques consécutifs à la galvanisation prolongée, il convient de réserver une place importante aux modifications du système pileux.

Au cours des blessures des troncs nerveux par armes à feu, et même dans certains cas où le traumatisme du membre ne semble pas entraîner d'altération nerveuse apparente, ces troubles doivent attirer l'attention du clinicien et fixer son diagnostic.

A l'hypertrichose correspondent des modifications des réactions électriques banales, légères ou nulles. L'hypotrichose s'accompagne, pour ainsi dire toujours, de réaction de dégénérescence.

Il est donc légitime de conclure que l'absence de modifications des poils doit faire soupçonner une impotence névrosique ; l'hypertrichose limitée d'un segment de membre, à la suite d'un traumatisme de celui-ci, une lésion nerveuse susceptible de régression ; l'hypotrichose enfin, une section complète et définitive.

Ces constatations sont susceptibles jusqu'à un certain point de remplacer l'électrodiagnostic et elles peuvent être utiles à connaître pour l'établissement d'une thérapeutique appropriée dans les divers cas de lésion traumatique des nerfs périphériques. R.-J. Weissenbach.

La croissance des phanères au cours de la réparation des plaies de guerre (Hypertrichose d'origine traumatique), par E. Gley et Robert Lœwy. *Comptes Rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie,* 1er mai 1915, p. 204.

G. et L. rapportent quinze observations de blessures graves des membres, avec ou sans lésions nerveuses, qui furent suivies lors de la réparation des tissus d'une croissance exagérée des poils et quelquefois aussi des ongles.

Ils pensent que ces faits de croissance exagérée des phanères sont à rattacher à la catégorie des réfections de tissus consécutives aux troubles de nutrition causés par les maladies infectieuses graves, telles que la

fièvre typhoïde, et qui se produisent lors de la convalescence de ces maladies. De fait, c'est dans le cas où les délabrements musculaires et cutanés ont été les plus considérables que la croissance des phanères leur a paru particulièrement marquée. La réparation de ces grands délabrements ne se fait que grâce à la formation de nouveaux vaisseaux et à une suractivité circulatoire qui conditionnent vraisemblablement l'augmentation des processus nutritifs. Les grands traumatismes, accompagnés d'infection locale, auraient donc sur le métabolisme assimilateur, sur la fixation de matières, une influence analogue à celle de la convalescence des maladies infectieuses. R.-J. Weissenbach.

Pilaire (Régénération).

Nouvelles recherches sur l'action des procédés actinothérapiques sur la régénération pilaire (Nuevas investigaciones sobre la acción de los procederes actinoterápicos en la regeneración pilar), par Peyri. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1915, p. 225.

Après avoir longuement étudié les conditions de la régénération du poil, les éléments utiles à cette régénération d'après l'étude histopathologique de la photodermite produite par la lampe à vapeurs de mercure, et décrit sa technique, P. conclut : sur 6 cas de pelade généralisée, deux n'ont rien donné, un a été guéri complètement avec repousse intégrale, un après trois ans de traitement, s'améliore progressivement, et il ne reste plus que quelques plaques à la tempe ; un s'améliore sûrement et fermement depuis 6 mois qu'il est traité, et dans le dernier, après amélioration, il reste 2 plaques à la nuque, décidément rebelles. Dans les cas à plaques multiples, les résultats ont été plus ou moins longs à obtenir, mais toujours bons, pourvu que le traitement soit sérieusement suivi. Il faut cependant en distraire les pelades serpigineuses du cuir chevelu et de la barbe, qui dépilent successivement toutes les régions pileuses et repeuplent simultanément les premières régions atteintes. P. a pu traiter des pelades à plaque unique parce qu'elles guérissent avec les procédés ordinaires ; il en a traité 7 du type ophiasique résistant. Il divise l'alopécie séborrhéique en 1° pityroïde qui bénéficie toujours du traitement, pourvu que le processus ne soit pas trop avancé, 2° séborrhéique avec érythème ou eczématisation, dans lesquelles l'action est brillante et jusqu'à présent unique ; 3° séborrhéique squamo-croûteuse respectant les bords du cuir chevelu, attaquant surtout le vertex, progressive, d'origine pseudo-favique. Cette variété n'a donné que de très médiocres résultats. Dans les alopécies par folliculites décalvantes de Brocq, les résultats ont été bons quant à la guérison du processus folliculaire ; sur les bords de la plaque atrophique définitive, la réparation du cheveu s'est faite dans d'excellentes conditions, la vitalité pilaire s'est complètement récupérée, contrairement à ce qui se passe avec les traitements ordinaires. Dans ces cas, l'indication est formelle. Dans l'hypoplasie pilaire congénitale, on ne peut guère attendre de résultats de cette méthode. J. Méneau.

Plaies de guerre (Dermatoses consécutives aux).

Dermites consécutives aux blessures de guerre (Dermites eczémateuses, érythrodermies, kératodermies pyodermites, troubles

trophiques cutanés), par L. Butte. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 4 février 1916, p. 117.

B. rapporte en détail treize observations d'altérations cutanées diverses (mais dont la plupart sont des infections des téguments) qui toutes sont apparues chez des individus bien portants antérieurement, blessés soit par balles, soit par éclats d'obus, soit par instruments contondants. Ces lésions sont apparues un temps plus ou moins long après la guérison de la blessure et toujours au voisinage de celle-ci. Elles ont souvent suivi l'application de topiques irritants : teinture d'iode en particulier. Elles sont tenaces et ont une grande tendance aux récidives. Dans certains cas elles ont entraîné la réforme temporaire. Pour B. la blessure, ou, du moins, les altérations qu'elle a provoquées dans le tissu nerveux sont une des causes premières des dermites observées, aussi les range-t-il dans les dermatoneuroses. R.-J. Weissenbach.

Des eczémas artificiels durables, causés autour des plaies de guerre par l'abus des antiseptiques, par R. Sabouraud. *La Presse médicale,* 14 février 1916, p. 65.

S. insiste sur la fréquence des épidermites artificielles causées par l'emploi intempestif ou immodéré des antiseptiques traumatisants, entre autres de la teinture d'iode et de l'eau oxygénée. Il cite quelques observations caractéristiques. Parmi les antiseptiques actifs contre les microbes mais peu nocifs pour l'épiderme, S. donne la première place à l'ancienne eau d'Alibour. R.-J. Weissenbach.

Dermatoses développées autour des plaies de guerre et trajets fistuleux, par A. Desaux. *La Presse médicale,* 30 mars 1916, p. 138.

D. étudie, classe ces dermatoses en deux catégories : 1° les unes sont d'origine microbienne et constituent des accidents purement locaux. Ce sont des dermo-épidermites provoquées par les microbes de la plaie, agents pathogènes qui se développent sur les téguments traumatisés par les antiseptiques; 2° les autres représentent une localisation au locus minoris resistentiæ, créé par la blessure et le plus souvent l'abus des antiseptiques, d'une affection cutanée générale eczéma, parakératose psoriasiforme, psoriasis, etc... Ce sont des manifestations locales de réactions cutanées générales chez des sujets antérieurement prédisposés. Assez souvent ces deux types morbides s'associent.

Au point de vue bactériologique, la dermoépidermite semble être causée par le streptocoque ; à l'exemple de l'impétigo, secondairement la dermo-épidermite streptococcique est infectée par le staphylocoque doré. Autour de la plaque principale de dermoépidermite centrée par la plaie ou la fistule apparaissent en peau saine des lésions streptococciques (phlyctènes séro-purulentes ou staphylococciques (folliculites). D'autres germes, bacilles et coccus polymorphe de Cedercreutz, semblent n'être que des saprophytes.

Le traitement préventif de ces lésions consiste en la restriction et la surveillance des antiseptiques utilisés, l'emploi de pâte à l'oxyde de zinc pour isoler les téguments. Pour le traitement curatif on emploie les pansements humides à l'eau d'Alibour diluée au 1/10 pour produire la chute des

squames, l'attouchement à la solution de nitrate d'argent au 1/100 puis au 1/20 de la surface détergée et surtout de la zone d'extension, puis après désinfection de celle-ci, l'application de pommade à base de goudron et d'ichtyol. R.-J. Weissenbach.

Prurit.

Le prurit anal des hémorroïdes latentes, par Matignon. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1914, n° 22.

Le prurit anal symptomatique des hémorroïdes internes latentes apparaît ou augmente au cours du séjour au lit. Léger au début, il s'accuse et incite au grattage, cause provocatrice des érosions et de la dermite qui augmenteront à leur tour la sensibilité de la région anale.

L'examen de l'anus révèle peu de chose : des traces de grattage, un peu de lichénisation, il n'y a pas d'hémorroïdes externes et le toucher rectal ne révèle pas la présence d'hémorroïdes internes. L'examen rectoscopique révèle parfois tout au plus une vascularisation plus accusée de la région sphinctérienne.

Les malades sont parfois des constipés, souvent des nerveux ou des émotifs, présentant du spasme intestinal avec pesanteur ano-périnéale et fréquemment de faux besoins d'aller à la selle. De temps à autre, à la suite d'une selle facile ou même de simples efforts hémorragie soudaine, le sang coulant en fusée. Pendant 3 à 5 jours l'écoulement se reproduit, après chaque selle, et ensuite tout rentre dans l'ordre ; pour une période plus ou moins longue, prurit et pesanteur de la région anale disparaissent, comme si cette saignée légère avait décongestionné la région.

M. admet que sous l'influence de la chaleur du lit, les veines hémorroïdaires se distendent : il y a congestion passive de toute la région anale, congestion cause du prurit. Cette opinion semble confirmer par ce fait que les vasoconstricteurs sont d'effet supérieur à tous les topiques antiprurigineux. M. conseille soit les suppositoires à l'adrénaline, soit surtout les lotions à l'eau très chaude. R.-J. Weissenbach.

Psoriasis.

Le psoriasis émotif et traumatique, par E. Gaucher et Mlle Renée Klein. *Paris Médical,* 6 mai 1916, p. 428.

G. et K. rapportent huit observations dans lesquelles le psoriasis a débuté à l'occasion d'un choc nerveux, d'une émotion violente ou d'un traumatisme. Dans quatre observations le psoriasis survint à la suite de blessures de guerre et l'éruption débuta sur la cicatrice même. Les deux causes déterminantes, émotion et traumatisme, peuvent être invoquées pour expliquer le développement de la poussée psoriasique. R.-J. Weissenbach.

L'autosérothérapie dans le psoriasis (Autogenous serum in the treatment of psoriasis), par Howard Fox. *The Journal of the American medical Association,* 19 décembre 1914, p. 1290.

L'autosérothérapie pratiquée seule dans le psoriasis ne modifie pas l'éruption. Pratiquée simultanément avec des applications locales de chrysarobine, elle donne d'excellents résultats ; certaines éruptions rebelles de psoriasis, résistant au traitement prolongé par la chrysarobine, guérissent

complètement dès qu'on pratique l'autosérothérapie. L'autosérothérapie, pratiquée par la voie intraveineuse, ne présente aucun danger. La technique du prélèvement, de la séparation et de l'injection du sérum est très simple. S. FERNET.

Traitement du psoriasis par le sérum de cheval (The treatment of psoriasis with horse serum), par PERRY. *Boston medical and surgical journal,* 24 février 1916, p. 274.

De même que l'autosérothérapie, les injections de sérum de cheval ont peu de valeur dans le psoriasis lorsqu'on ne fait pas, simultanément, un traitement local. Cependant, pratiquées sur des malades soumis à un traitement local, non seulement elles activent la guérison, mais elles peuvent guérir des sujets dont l'éruption était jusque-là rebelle au traitement local. Les injections de sérum de cheval doivent être faites sous la peau; pratiquées par la voie intraveineuse, elles exposent à des accidents d'anaphylaxie. S. FERNET.

Purpura.

Scorbut infantile chez un enfant de quatre ans, nourri au lait homogénéisé, par Georges SCHREIBER et FRANÇOIS. *Archives de médecine des enfants,* août 1914, p. 611.

Exposé d'un cas de maladie de Barlow à forme de pseudo-paraplégie douloureuse et dont la particularité est l'éclosion tardive (enfant de 4 ans, nourri longtemps au lait homogénéisé à cause de troubles digestifs). Guéri par changement de régime. M. GOVAERTS.

Un cas de maladie de Barlow, par LASSALLE. *Archives de médecine des enfants,* février 1915, p. 89.

A propos d'un cas qu'il a observé, L. discute l'étiologie du scorbut infantile. D'après lui, le lait pur, pasteurisé, doit être mis hors cause; son emploi intempestif provoque du rachitisme, les laits modifiés donnent le scorbut infantile. Le principe antiscorbutique du lait ne survit pas aux manipulations de maternisation et de peptonisation. Dans les farines lactées, c'est le lait modifié et non pas la farine qui peut provoquer la maladie de Barlow, surtout si ces préparations sont vieillies ou trop longtemps administrées. M. GOVAERTS.

Pyodermites.

Les applications locales de fuchsine dans le traitement de l'impétigo et des pyodermites en général, par CLEMENTI JERREIRA. *Archives de médecine des enfants,* août 1915, p. 425.

F. a employé avec succès la fuchsine en topique, recommandée par Triboulet dans les infections à streptocoques et à staphylocoques survenant chez des enfants atteints de troubles gastro-intestinaux, et également dans les érythèmes et intertrigos. M. GOVAERTS.

Radiothérapie.

Les résultats de la radiothérapie et de la radiumthérapie en thérapeutique cutanée, par GAUCHER. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 11 juillet 1916, p. 17.

G. signale les dangers de l'emploi des rayons X : dans les dermatoses

bénignes (acnés, nævi) et les épilations, ils peuvent causer des cicatrices indélébiles, télangiectasiques, ou bien des ulcérations parfois à très longue échéance (un cas après des applications remontant à 10 ans). Dans le lupus, la guérison n'est jamais totale ; ils peuvent provoquer sa transformation épithéliomateuse. Dans l'épithélioma cutané, la guérison par leur emploi n'est pas à l'abri des récidives. Il faut craindre la production d'un ulcère de Rœntgen se transformant lui-même en épithélioma.

Dangers analogues, bien que moindres peut-être, de l'emploi du radium, qui peut déterminer des ulcérations suivies de cicatrices difformes, ne pas empêcher les récidives après guérison des cancers cutanés, favoriser l'extension et l'apparition de l'épithélioma sur radiumdermite (observé notamment dans un cas de cancer du clitoris, et dans un cas de gommes syphilitiques de la langue).

Conclusion : les rayons X et le radium ne doivent être employés en thérapeutique cutanée qu'avec prudence, circonspection, conscience de leurs dangers, et seulement dans les cas où les autres modes de traitement ne sont pas applicables ou ne donnent pas de résultats. M. Govaerts.

Sarcoïdes.

Tumeurs sarcoïdes de la peau (Sarkoïde Tumoren der Haut), par R. L. Sutton. *Dermatologische Wochenschrift,* 9 mai 1914.

S. met dans un groupe à part les sarcoïdes du type Darier-Roussy et les lésions décrites par Wende sous le nom de tuberculoses hypodermiques. Il considère comme nettement isolés le type décrit par Boeck et le type Spiegler-Fendt. Pellier.

Sporotrichose.

Présence du sporotrichum Beurmanni sur un épi de blé, par A. Sartory. *Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie,* 18 décembre 1915, p. 740.

S. a isolé et identifié le sporotrichum Beurmanni d'un épi de blé parasité qui semblait atteint de rouille. Le champignon n'était pas pathogène pour le rat en première génération ; la virulence s'exalta par passages successifs d'animal à animal et on put obtenir ultérieurement un échantillon qui provoquait chez le rat une septicémie rapidement mortelle. C'est une fois de plus signalée la présence dans la nature à l'état saprophytique du sporotrichum Beurmanni. R.-J. Weissenbach.

Sporotrichose à forme éléphantiasique. Présentation du malade et du moulage, par L. Queyrat. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 30 juillet 1915, p. 668.

Homme de 59 ans, la main droite se présentant avec un aspect véritablement éléphantiasique. Le tour du poignet du côté lésé mesure 27 centimètres au lieu de 19 du côté sain ; le tour de la main, 29 centimètres au de 21. La face dorsale de la main est saillante, en dôme, de couleur normale, œdématiée. Les doigts sont très œdématiés : le médius de la main saine mesure 7 centimètres de circonférence, le médius de la main malade plus de 11. Sur la face dorsale du poignet existe une ulcération ovalaire de 1 centimètre 1/2 de diamètre à bords nets, décollés, rouges, à fond gri-

sâtre, laissant écouler un pus gris jaunâtre. D'autres ulcérations plus petites siègent sur l'auriculaire. Ankylose des articulations phalangophalangiennes de l'auriculaire, du médius et du pouce.

L'œdème remonte à peu près jusqu'au coude. Sur l'avant-bras et le bras on trouve cinq ulcérations de 1 à 2 centimètres de diamètre, intéressant l'hypoderme, peu douloureuses, et suppurant abondamment.

Adénite épitrochléenne, pas d'adénite axillaire.

Nulle part ailleurs on ne trouve de lésions analogues.

Le début remonte à environ deux ans pour le bras.

La réaction de Wassermann fut négative. L'ensemencement du pus sur gélose maltosée donna en une dizaine de jours une culture abondante de sporotrichum.

L'existence de lésions tuberculeuses du poumon et une hémoptysie firent rejeter comme traitement l'ingestion d'iodure de potassium. Q. a utilisé les arsenicaux : cacodylate de soude et hectine ; les ulcérations se sont cicatrisées, l'empâtement de la main, du poignet et de l'avant-bras a considérablement diminué. R.-J. Weissenbach.

Staphylococcie.

Nouvelle application des vaccins staphylococciques (Nueva aplicación de las vacunas estafilocócicas), par Covisa et G. Agustina. *Actas dermosifiliográficas,* février-mars 1915, p. 174.

1° On doit employer les vaccins staphylococciques polyvalents dans tous les cas d'adéno-péri-adénites inguinales et crurales. A) Dans les cas aigus, non suppurés ou déjà en suppuration franche ; dans les premiers, parce que la résolution survient sans autre intervention ; dans les seconds, parce que le vaccin active la guérison en faisant disparaître les infiltrats péri-ganglionnaires. B) Dans les cas subaigus, non suppurés, avec douleur peu intense, sans participation de la peau au processus, parce qu'il les résout comme les cas aigus ou facilite et abrège la période de suppuration. C) Dans les cas chroniques qui d'ordinaire ne causent pas de troubles, parce qu'il les réabsorbe souvent sans qu'ils arrivent au ramollissement ni par conséquent à la suppuration. 2° Dans les cas d'adénites qui évoluent postérieurement vers le type chancreux, les vaccins n'arrêtent pas le processus et n'améliorent pas les symptômes locaux. J. Méneau.

Tache mongolique.

La tache bleue mongolique à São Paulo, par Clementi Jerreira. *Archives de médecine des enfants,* mars et octobre 1915, p. 154 et 543.

Des taches pigmentaires, d'un bleu ardoisé, siégeant surtout dans la région sacro-lombaire, se rencontrent presque constamment chez les nourrissons des races mongoles. Ces « taches bleues mongoliques » se trouvent chez 50 à 68 pour 100 des nourrissons métis et 38 à 50 pour 100 des nourrissons nègres. Elles sont rares chez les enfants issus de parents européens (un peu plus de 1 pour 100).

Ce fait tendrait à prouver un métissage ancien des noirs américains avec des populations indigènes de sang mongol. M. Govaerts.

Thérapeutique dermatologique.

L'emploi du salvarsan dans les affection non-syphilitiques (The use of salvarsan in non syphilitic diseases), par Best. *Journal of the American medical Association,* 1er août 1914, p. 375.

B. a expérimenté le salvarsan dans un grand nombre d'affections cutanées et générales, telles que l'acanthosis nigricans, la dysenterie amibienne, l'anémie, le carcinome, la chorée, la maladie de Duhring, la filariose, la lèpre, le lichen plan, les lupus, le mycosis fongoïde, le pemphigus, le sarcome, la tuberculose, les verrues et nombre d'autres. Il conclut d'une façon générale que : 1° le salvarsan a une action spécifique sur toutes les affections spirillaires ; 2° il a des propriétés curatives dans les affections dans lesquelles l'agent pathogène se trouve dans le sang ou dans la lymphe ; 3° il a une grande valeur thérapeutique dans les affections où l'arsenic était employé avec succès ; 4° il est un adjuvant précieux des autres médicaments dans les affections nécessitant un tonique et un stimulant rapide ; 5° le mode d'administration doit dépendre de l'effet recherché : injections intraveineuses et fréquentes lorsqu'on cherche à utiliser son action spécifique, injections intramusculaires à faibles doses espacées lorsqu'on veut obtenir un effet tonique. S. Fernet.

Trichophytie.

Microsporie généralisée d'origine animale chez l'homme (Generalisierte animale Mikrosporie beim Menschen). par G. Nobl. *Dermatologische Wochenschrift,* 21 mars 1914.

L'intérêt du cas de N. réside surtout dans le caractère nettement inflammatoire des placards recouverts de croûtes mélicériques et entourés de pustules miliaires. Le sujet avait été infecté par un chien. La culture donna du Microsporon lanosum. Pellier.

Sur la trichophytie secondaire lichénoïde (Ueber sekundäre lichenoide Trichophytie), par K. Herxheimer et H. Köster. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, t. 21, p. 569.

H. et K. commencent par résumer rapidement le travail de Guth sur cette lésion connue de Pellizzari, etc., exanthème à petites papules plus ou moins épineuses développé chez des enfants atteints de trichophytie du cuir chevelu, affectant parfois une forme « spinuleuse », ou une forme de pseudo eczéma séborrhéique.

Puis ils donnent une observation recueillie sur un homme de 33 ans qui présentait depuis 14 jours une éruption pustuleuse du bras gauche rapidement généralisée sous forme de papules croûteuses, qui les transformèrent en papules brillantes. Au microscope, lésions inflammatoires, infiltration périvasculaire, quelques cellules géantes, prolifération atypique de l'épithélium. Aucune trace de champignons. Ch. Audry.

Tuberculides.

Recherches sur la pathogénie des tuberculides (sensibilisation de la peau par les produits bactériens) (Beitrag zur Pathogenese der Tuber-

kulide (Sensibilisierung der Haut durch Bakterienprodukte), par S. Grosz et R. Volk. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 301.

R. et H. injectent à des cobayes de la toxine diphtérique, ou de la tuberculine ancienne, ou une émulsion de bacilles tuberculeux bovins tués. Ils les soumettent ensuite à l'action des rayons de la lampe de quartz ; ils comparent le résultat obtenu chez ces animaux à celui obtenu chez des cobayes témoins, et voient que les premiers présentent des réactions locales beaucoup plus intenses. Ainsi, des produits bactériens peuvent, tout comme les substances chimiques qui ont été signalées antérieurement, jouer un rôle de sensibilisateur de l'épiderme à l'égard des sources lumineuses. Ch. Audry.

Un cas de folliclis, d'origine irritative, semblable au lichen-plan (Ein durch Reizungenstandener Fall von Folliclis, der unter dem Bilde der Lichen rüber planus auftrat), par M. Kaufmann-Wolf. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 285.

On a signalé des cas de lichen plan apparus après des traumatismes, un choc moral, etc.

Chez une femme de 48 ans, on avait tenté un traitement électrolytique pour une affection dentaire. Un électrode fut appliqué au niveau du poignet et laissa une certaine irritation locale, sur laquelle, au bout de 6 semaines, apparurent des efflorescences de lichen plan. Au microscope, on s'aperçut que ces efflorescences n'étaient rien autre que de petites tuberculides nodulaires parfaitement typiques. Bosellini, Vignolo-Lutati ont publié des cas pareils. Ch. Audry.

Un cas de poussées successives de tuberculide lichénoïne (lichen scrofulosorum) dans le cours d'un lupus traité par la tuberculine (Un caso de botros sucesivos de tuberculide liquenoïde (liquen scrofulosorum) en el curso de un lupus tratado por tuberculina), par A. Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas*, février-mars 1913, p. 106.

Enfant de 7 ans, né de parents vivants et bien portants. Lupus tuberculeux du nez, des joues, des lèvres et du menton, avec envahissement de la muqueuse du nez et des lèvres, plaque grande comme la paume de la main au tiers moyen de la face externe de la cuisse gauche. Le traitement du lupus jusqu'en septembre 1912 par l'acide pyrogallique associé au baume du Pérou et le nitrate d'argent ayant donné peu de résultats, on essaie la tuberculine en octobre. Il y avait une légère éruption discrète de lichen scrofulosorum dans les régions scapulaires et le haut des flancs. Au bout d'un mois et demi de traitement, apparaissent de nombreux éléments de lichen scrofulosorum sur la poitrine, les lombes, le bas des flancs et l'abdomen sans modification favorable du lupus. Cessation du traitement. La tuberculine met en activité des lésions latentes, éteintes, préexistantes, mais sans objectivité clinique. On doit donc suspendre tout traitement par la tuberculine, quand elle détermine une réviviscence de foyers latents, surtout si elle n'a pas modifié les lésions à traiter. J. Méneau.

Tuberculose cutanée.

Tuberculose papillomateuse et scléreuse, en plaque de la face dorsale de la langue (Tuberculosis papilomatosa y sclerosa, en placa de

la cara dorsal de la lengua), par J. DE AZUA. *Actas dermo-sifiliográficas*, octobre-novembre 1914, p. 16.

Il s'agit d'un homme de 55 ans, ayant eu la syphilis il y a 40 ans, présentant actuellement des symptômes manifestes de tuberculose pulmonaire et testiculaire, avec réaction de Wassermann nettement positive. Au tiers moyen de la langue, sur le raphé et vers la gauche, on voit une plaque ovale d'environ 12 millimètres d'un rose un peu plus foncé que le reste de la langue, dépassant à peine le niveau des parties voisines, dont elle est séparée par un sillon d'environ 3 centimètres de profondeur, entourant complètement la partie malade. Celle-ci est formée par un amas de granulations, séparées entre elles par de petits sillons. Lésion d'aspect framboesiforme; ni crevasses, ni traces d'érosion. Les sillons semblent résulter d'un processus de sclérose accompagnant la formation des granulations. Sur les bords du sillon qui entoure la plaque de sclérose, on perçoit aussi l'induration scléreuse, avec grains rouges, durs, gros comme une tête d'épingle que l'on retrouve dans un autre sillon vers la pointe de la langue. Le malade ne ressent pas de troubles de sa lésion. Le mamelonnement de la surface linguale formé d'un véritable pavage d'éléments beaucoup plus grands dans la syphilis, l'étendue généralement plus grande, la coloration bizarre des lésions de la glossite scléreuse syphilitique profonde, la forme en petites plaques à surface lisse et parcheminée de la glossite syphilitique superficielle, l'insuccès de deux injections de calomel portent A. à regarder cette lésion comme d'origine tuberculeuse, bien que dans les tuberculoses avancées les lésions de la langue soient généralement du type ulcéreux. J. MÉNEAU.

Quelques cas de tuberculose cutanée traités par le cyanure d'or et de potassium (Di alcuni casi di tuberculosi cutanea curati con il cianuro d'oro e di potassio (Merck), par A. PASINI. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1913, p. 411.

P. a traité par le cyanure d'or et de potassium, injecté à des doses variant de quelques milligrammes à 5 centigrammes, sans adjonction de traitement local, des lupus vulgaires, des tuberculoses cutanées ulcéreuses. Il a obtenu des améliorations, au moins temporaires. H. MINOT.

Particularités d'un cas de tuberculose végétante du bord rouge de la lèvre (Particularidades de un caso de tuberculosis vegetante del bordo rojo del labio), par PEYRI. *Actas dermo-sifiliográficas*, avril-mai 1915, p. 246.

F., 25 ans. Fièvre typhoïde probable il y a 3 ans. A sa suite survinrent sur les lèvres de grosses croûtes dures, proéminentes, couleur de caramel, mêlées en certains points à des points noirs qui sont des coagulums sanguins englobés entre elles, fermes et adhérents aux bords, mais pouvant se détacher au centre, moulant des végétations papillomateuses dendritiques surtout à la lèvre inférieure. Ces végétations sont recouvertes d'une couche de pus clair, saignant en certains points, molles, transparentes, jaunes ou jaune doré, d'aspect rappelant la tuberculose gommeuse; la curette tranchante les détache facilement, laissant à nu une ulcération où sont enchâssées d'autres granulations. L'état général est mauvais; signes de tuberculose du sommet droit. L'examen histologique confirme la tuberculose. Amélioration par le radium et la lampe à vapeur de mercure. J. MÉNEAU.

Urticaire.

Le sérum humain dans l'urticaire (Human serum in urticaria), par Swann. *The Journal of the American medical Association,* 27 février 1915, p. 737.

S. cite un cas d'urticaire rebelle à tout traitement qui guérit à la suite de six injections intraveineuses d'environ 15 centimètres cubes de sérum prélevé sur le frère de la malade. La guérison fut accompagnée d'un retard dans la coagulabilité du sang. S. Fernet.

Du traitement de l'urticaire chronique par le nucléinate de soude, par E. Weill (de Lyon). *Archives de médecine des enfants,* juin 1916, p. 281.

W. rapporte plusieurs cas d'urticaire chronique, datant de plusieurs années, chez des enfants qu'il a traités par le nucléinate de soude. Cette substance a la propriété de déterminer une leucocytose considérable, précédée d'une légère leucolyse et accompagnée d'une réaction fébrile passagère : une 1re injection sous-cutanée de 50 centigrammes dans 10 centimètres cubes de sérum physiologique a, dans un cas d'urticaire datant de 4 ans, chez un enfant de 11 ans, dont l'observation est rapportée avec détails, amené, en même temps qu'une brusque poussée leucocytaire et une réaction fébrile (39°), une atténuation très notable de l'urticaire (disparition ou localisation) pendant 15 jours; ensuite, de nouveau généralisation, mais intensité moindre qu'avant l'injection. On pratique une 2e injection de 50 centigrammes. Diminution, puis disparition au bout de 15 jours, cette fois vraisemblablement définitive, car elle dure depuis 3 ans et demi.

Des résultats analogues ont été constatés dans les autres cas rapportés.

Doses à employer : en injections sous-cutanées, ne pas dépasser 50 centigrammes à cause de l'élévation thermique. Renouveler une ou plusieurs fois lorsque la poussée leucocytaire est terminée. En ingestion, 20 à 50 centigrammes quotidiennement pendant 6 à 10 jours; on pourra reprendre après quelques jours d'interruption. M. Govaerts.

Vaccine.

Sur les soi-disant nodules de laitiers (infection vaccinale) (Ueber sogenannte Melkerknoten (Kuhpockeninfektion)), par Friebes. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, t. 21, p. 310.

Une femme de 46 ans présente sur le dos de la main droite 2 petits nodules, et un troisième sur le dos de la main gauche.

Ces nodules sont inflammatoires, croûteux, mais non ulcérés, ni suppurés. Au microscope, structure de granulome, avec hyperplasie vasculaire, petits mononucléaires et cellules claires plus volumineuses. d'origine conjonctive ou endothéliale.

C'est aussi la structure des nodules des laitiers tels que les a étudiés Winternitz. Pour F. il s'agit tout simplement de petites tumeurs à peine inflammatoires et répondant à des formes abortives de cow-pox. Ch. Audry.

Vaccine généralisée dans un cas d'eczéma de la tête (Ein Fall von

generalisierter Vakzine bei Eczema capitis), par K. Ohmann. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 14, p. 770.

Ce cas a été observé sur un enfant de 20 mois. L'enfant guérit malgré des accidents généraux sérieux : fièvre, rate, grosse, bronchite, leucocytose intense, etc. Ch. Audry.

Xanthélasma.

A propos d'un cas de xanthélasma. Données cytologiques et histochimiques sur les xanthomzellen, par Policard et Mangini. *Lyon Médical,* 14 juin 1914, p. 1355.

Étude histologique et histochimique des cellules xanthomateuses dans un cas de xanthélasma. P. et M. concluent de leur étude que rien ne démontre à l'heure actuelle que la genèse du xanthélasma résulte simplement d'une fixation de la cholestérine circulante sur les cellules conjonctives. Le processus est en réalité plus complexe. Dans un nodule xanthomateux, on trouve à côté de cellules ayant uniquement fixé de la cholestérine, d'autres cellules ayant uniquement fixé des graisses neutres. Il semble plus logique de penser qu'il s'agit dans la genèse des cellules xanthomateuses d'une fixation d'acides gras tantôt sur l'alcool glycériné, tantôt sur l'alcool cholestériné ; la cholestérine étant un constituant absolument constant et normal de tout élément cellulaire. Dans cette transformation de la cellule conjonctive en cellule xanthomateuse, il faut admettre que la cholestérine normale joue un rôle analogue à celui que joue la glycérine. R.-J. Weissenbach.

Zona.

Herpès zoster avec paralysie du bras (Herpes zoster with paralysis of arm), par Parkes Weber. *The British Journal of Dermatology,* novembre 1913, p. 408.

Chez un homme de 64 ans une éruption d'herpès zoster, occupant le côté gauche de la face, du cou et de la partie supérieure du thorax, se complique, au bout de 8 jours, d'une paralysie du bras gauche accompagnée d'atrophie musculaire.

On obtient du même côté le clonus du pied et le signe de Babinski en extension. Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés. Pas d'anesthésie. La réaction de Wassermann ayant donné un résultat positif, on institue le traitement spécifique qui ne donne aucun résultat. S. Fernet.

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES RÉFLEXIONS PRATIQUES SUR LA RADIOTHÉRAPIE

Par le Dr **L. Brocq.**



I

Le titre de cet article était primitivement : *L'assainissement de la radiothérapie*. Je ne l'ai pas conservé. Il m'a paru qu'il était agressif, et je ne veux pas faire œuvre de polémique. Je n'attaque et ne critique personne ; je pense seulement que l'heure est venue d'orienter vers une extrême prudence l'emploi thérapeutique des rayons X et du radium, et je crois qu'il est de mon devoir de faire connaître à la grande masse des praticiens les *indications réelles* et les nombreuses contre-indications de ces agents redoutables.

Je ne suis pas suspect d'hostilité à leur égard. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à lire la préface qu'en 1904 j'ai écrite pour le si remarquable Traité de radiothérapie de mon distingué élève et ami M. le Dr Belot, depuis lors devenu un maître. Voici comment elle débute : « La radiothérapie est née d'hier, et elle a déjà pris un essor vraiment extraordinaire. Elle domine, en ce moment, la thérapeutique dermatologique. » Comme enthousiasme, c'est assez complet. Je n'ai pas tardé à en rabattre. L'observation de nombreux malades qui ont été traités par ce procédé dans mon service, et d'autres qui avaient été traités soit dans les autres hôpitaux, soit en ville, m'a prouvé assez vite que, si l'on obtenait avec ces agents d'incontestables succès, il survenait assez souvent des accidents regrettables.

J'en suis donc arrivé depuis plusieurs années, quoique je sois sans conteste un des premiers en France à avoir préconisé cette méthode thérapeutique, j'en suis arrivé, dis-je, à en déplorer les excès.

A chaque instant je vois des malades qui ont des radiodermites graves consécutives à des applications de rayons X qu'il n'était nullement nécessaire de faire. J'entends des doléances et des récriminations, et je finis par craindre que ces agents, si remarquables à tant d'égards, ne subissent sous peu le même sort que le cautère ou le vésicatoire, qu'après avoir joui d'une vogue immodérée, ils ne tombent dans le discrédit le plus injuste.

On ne doit pas se faire d'illusions ; ce qui restera surtout des rayons X

c'est une merveilleuse méthode d'exploration des organes internes ; voilà qui est absolument intangible : on pourra perfectionner encore les procédés, mais on sera probablement toujours obligé d'employer la radioscopie et la radiographie en chirurgie et en médecine comme un incomparable moyen de diagnostic.

Quant à leur utilisation comme agents thérapeutiques, c'est beaucoup plus discutable. Notre conviction absolue est qu'ils sont parfois de la plus grande utilité, et même qu'à l'heure actuelle rien ne peut les remplacer dans le traitement de certaines affections.

Mais, si on ne prend pas de sérieuses mesures pour éviter les accidents auxquels nous avons fait allusion, il est à craindre que le grand public médical et à sa suite les malades ne le frappent d'ostrascisme.

Ceux qui ne connaissent pas à fond une méthode thérapeutique, et surtout ceux qui en ignorent totalement le maniement ont en effet une tendance instinctive tout d'abord, dès qu'on la fait connaître, à avoir en elle une foi absolue, puis, si elle donne quelques mécomptes, à l'accabler et à la laisser complètement de côté. Nous craignons qu'on n'en arrive bientôt à cette dernière phase pour la radiothérapie.

Il nous faut faire sérieusement notre examen de conscience, reconnaître loyalement nos excès et nos erreurs, mais proclamer aussi bien haut nos bons résultats.

Je sais bien que la plupart des radiothérapeutes soutiennent qu'ils n'ont que peu ou point d'accidents, qu'ils ne les ont jamais constatés chez leurs clients et qu'on ne saurait accuser la méthode de ce qui n'est dû qu'à sa mauvaise application par des ignorants et des novices.

J'ai le profond regret de ne pas être de leur avis. Certes la plupart des radiodermites et des radiumdermites graves que j'ai observées depuis plus de 12 ans étaient l'œuvre d'opérateurs inexpérimentés ; mais, qu'on ne s'y trompe pas ! j'en ai vu aussi chez des malades qui n'avaient été traités que par des maîtres de la méthode.

Une autre tendance des radiothérapeutes de profession est, à l'heure actuelle, de déclarer que les accidents dont nous parlons ont été souvent observés lorsqu'on n'employait pas les filtres dont on se sert maintenant toutes les fois que l'on ne traite pas des lésions cutanées très superficielles. Ils semblent être convaincus que l'emploi des filtres a supprimé et supprimera toutes les radiodermites.

Voici comment s'exprime M. le Dr Arcelin dans un article récent sur les phénomèmes cutanés tardifs dus à la radiothérapie (1) : « A la suite des beaux travaux de M. Guilleminot et de M. Belot sur la filtration, nous savons faire parvenir aux parties profondes de l'organisme, en utilisant des filtres d'aluminium dépassant 3 millimètres d'épaisseur,

(1) Rapport présenté au VII[e] congrès international d'électrologie et de radiologie médicales : *Journal de radiologie d'électrothérapie*, août 1915, p. 601.

une quantité égale ou supérieure de rayons X, tout en diminuant la dose absorbée par la peau. Je ne doute pas que dans l'avenir les accidents cutanés tardifs ne deviennent plus rares et disparaissent. Les beaux travaux de MM. Nogier et Regaud, sur la filtration à travers 3 et 4 millimètres d'aluminium, ouvrent des horizons nouveaux à la röntgenthérapie. Pratiquement, lorsque nous avons à traiter une lésion profonde, située au-dessous d'une peau normale, que ce soit un ganglion, une rate, un utérus, ou tout autre organe, nous savons faire pénétrer les doses utiles jusqu'à ces organes profonds, tout en évitant de faire absorber à la peau des doses dangereuses dans le présent et dans l'avenir. »

Il est certain que ce qui précède est du plus haut intérêt, et que les filtres permettent d'éviter une bonne partie de ces accidents. Mais c'est une erreur de soutenir que, depuis qu'ils sont entrés dans l'usage courant, on n'en observe plus. Et d'ailleurs la plupart des radiodermites graves que nous avons vues n'étaient pas consécutives au traitement d'affections d'organes profonds, mais d'affections cutanées.

Les filtres constituent un sérieux progrès au point de vue qui nous occupe, et l'on ne saurait trop en préconiser la généralisation même quand il s'agit de dermatoses. Mais les praticiens peu au courant du maniement des rayons X ne doivent pas avoir en eux une confiance aveugle.

Il faut espérer aussi que de nouvelles ampoules perfectionnées permettront d'éviter les accidents dans la majorité des cas.

Il n'en est pas moins vrai qu'il nous paraît prudent de reviser et de discuter à fond les indications et les contre-indications de la radiothérapie pour l'asseoir sur des bases qui ne puissent donner prise à l'ignorance ou au parti pris.

II

Je n'ai pas à décrire ici ni les rayons X, ni la manière de les appliquer. Tous les médecins connaissent ces agents ; mais ils ne sont peut-être pas assez convaincus de leur extraordinaire puissance et de la difficulté de leur maniement.

Certes ils savent pour ainsi dire tous que, s'ils les appliquent pendant trop longtemps, et surtout sans se servir de filtres, ils peuvent désorganiser les tissus sans que le patient ait éprouvé la moindre douleur pendant l'opération ; mais ce qu'ils savent moins, c'est qu'outre leur pouvoir de destruction immédiat, ils possèdent la propriété singulière de troubler de telle manière la vitalité des tissus que, lorsqu'on en a fait un certain nombre d'applications successives sur la même région, il peut survenir en ces points très tardivement, des mois et même des

années après la dernière de ces applications, des accidents tardifs, imprévus pour le malade, déconcertants pour le médecin, *inéluctables*, qui s'installent peu à peu, et qu'il est extrêmement difficile de modifier et de guérir.

Voilà ce que les radiothérapeutes de profession savent fort bien et ce que tous les médecins doivent maintenant savoir.

Est-il possible de prévoir et de prévenir ces accidents ? Certes oui dans une certaine mesure : il est sûr que, lorsqu'on se conforme strictement aux règles connues, *lorsqu'on évite soigneusement de trop répéter les applications sur la même région*, lorsqu'on utilise intelligemment les filtres, on a beaucoup plus de chance de ne pas les voir se produire : mais parfois, comme nous l'avons dit plus haut, ils se développent même chez des sujets qui ont été traités par des opérateurs d'une habileté consommée.

Or on ne doit jamais oublier que la première loi de la thérapeutique est de ne pas nuire au malade ; on ne doit intervenir que lorsqu'on est sûr que le résultat que l'on obtiendra ne sera pas pire que le mal que l'on a à traiter.

Il est donc loisible d'utiliser les rayons X quand ils constituent un moyen thérapeutique infiniment supérieur comme commodité et comme efficacité à tous les autres traitements connus, et quand on peut obtenir le résultat désiré avec un nombre de séances tellement restreint que les chances d'accidents tardifs soient réellement réduites au minimum.

Il est sage en outre, avant d'instituer cette médication, de faire connaître, dans la mesure du possible, au sujet l'état réel de la question, de lui exposer toutes les conséquences possibles des applications de rayons X, afin qu'il décide s'il veut, oui ou non, courir les risques de cette médication.

D'autre part on doit résolument avoir recours aux rayons X quand il n'existe pas d'autre bonne méthode de traitement, et quand la nature du mal à soigner est telle que la possibilité d'apparition de radiodermites tardives est négligeable comparativement aux conséquences qu'entraînerait l'évolution de la maladie. *C'est dire que, lorsqu'il s'agit d'une affection des plus graves comme le cancer, on est autorisé à les employer sans troubler le malade en lui parlant de la possibilité d'apparition d'accidents tardifs :* on doit seulement en prévenir l'entourage en lui faisant connaître toute la gravité du mal et en lui exposant qu'une survie vaut bien la peine que l'on coure quelques risques.

Tels sont les principes directeurs qui doivent nous guider dans l'appréciation impartiale et raisonnée des indications et des contre-indications de la radiothérapie dans les principales affections cutanées.

Il est bien entendu que, dans ce qui va suivre, nous ne nous occuperons que des dermatoses dans lesquelles l'emploi des rayons X peut être

soutenu avec quelque apparence de raisons. Nous laisserons de côté systématiquement toutes les autres. Quand nous voyons, par exemple, préconiser la radiothérapie dans l'impétigo de Tilbury Fox que des pansements bien faits font disparaître en quelques jours, cela nous paraît tellement monstrueux que nous ne pouvons y prêter la moindre attention.

PREMIÈRE PARTIE

A. — Affections parasitaires.

Est-il utile de déclarer que nous croyons tout à fait illogique de songer à traiter par les rayons X une dermatose causée par des parasites animaux ? Il est d'ailleurs juste de reconnaître que les partisans les plus aveugles de ce procédé thérapeutique n'ont pas encore songé à le faire. Mais il n'en est pas de même pour les dermatoses causées par les parasites végétaux, et tout d'abord ici se pose l'importante question du traitement des diverses teignes par la radiothérapie.

Les vieux dermatologistes admettaient trois grandes variétés de teignes causées par les parasites végétaux : la trichophytie ou teigne tondante, le favus, la pelade.

I. — Teigne tondante. — On sait que depuis les belles recherches de M. le Dr Sabouraud on ne doit plus dire la trichophytie, mais les trichophyties et les teignes microsporiques : ces distinctions si intéressantes au point de vue scientifique n'ont que fort peu d'importance au point de vue thérapeutique. Quelle que soit la variété de champignon à laquelle on ait affaire, c'est presque toujours la même médication que l'on doit instituer.

Dès la découverte des rayons X et de leurs propriétés dépilantes on a songé à les utiliser pour faire tomber les poils au niveau des régions atteintes par les trichophytons ou les microsporons : comme ces parasites habitent pour ainsi dire exclusivement le poil, il était rationnel d'espérer guérir ces affections en éliminant tous les follicules pileux. D'ailleurs une longue expérience thérapeutique avait convaincu les vieux auteurs que l'épilation à la pince constituait le moyen le plus puissant que l'on possédât de combattre ces affections, et l'on doit reconnaître que l'épilation à la pince est beaucoup moins complète que celle que peut donner la radiothérapie.

Le succès a confirmé ces prévisions, et l'on peut dire qu'à l'heure actuelle l'épilation par les rayons X est considérée par la presque totalité des dermatologistes et des médecins comme le traitement de choix des teignes tondantes. Il est incontestable qu'il est de beaucoup

le moins douloureux, le plus efficace, le plus rapide. Ajoutons qu'à l'heure actuelle il est parfaitement réglé et que, lorsqu'on a affaire à un opérateur soigneux, connaissant bien ses appareils, observateur strict des règles édictées, tout se passe admirablement bien. Il n'y a pas de réactions immédiates trop vives : les cheveux tombent après une seule application.

Mais il peut y avoir des accidents : si les conditions que nous venons d'énumérer ne sont pas remplies, il peut se produire des alopécies définitives. Et voici une des faces de la question. Est-il logique de s'exposer à laisser des alopécies définitives pour traiter une maladie qui guérit spontanément sans aucune alopécie quand l'enfant arrive à l'adolescence ?

Si l'on veut envisager froidement, sans parti pris, et en se dégageant des idées en cours, la question du traitement des teignes tondantes du cuir chevelu des enfants, on s'aperçoit que l'on a vraiment attaché beaucoup trop d'importance à ces affections. Il serait bien possible que, dans un avenir plus ou moins prochain, on se contentât d'isoler les teigneux dans des écoles spéciales, les cheveux coupés courts, la tête savonnée tous les jours et les plaques touchées à l'iode ; sans infliger aux enfants des traitements pénibles, ou délicats à instituer, voire dangereux, pour une affection qui en somme doit guérir toute seule.

Mais nous n'en sommes pas encore là ; avec la mentalité actuelle nous devons soigner les teigneux, et j'ajoute que nous devons recourir pour cela aux rayons X, mais à la condition expresse de ne faire exécuter ces applications que par des hommes très soigneux, très consciencieux, fort compétents. On doit par contre engager les médecins peu au courant des méthodes radiothérapiques à ne jamais traiter les teignes par ces agents.

D'ailleurs ils encourent en le faisant les plus graves responsabilités morales et même matérielles.

II. — Favus. — Lorsqu'on a commencé à traiter les favus à godets par les rayons X, on s'est aperçu qu'après une dépilation complète la maladie reparaissait. Il n'y a là rien d'étonnant puisque l'on sait depuis longtemps que l'achorion n'est pas exclusivement cantonné dans le poil. Mais cette constatation refroidit le zèle des radiothérapeutes et l'on eut de la tendance à déclarer que les rayons X étaient merveilleux dans les teignes tondantes, inefficaces dans les favus à godets.

Nous croyons devoir protester contre une opinion aussi simpliste.

Certes une épilation par les rayons X ne guérit pas le favus, mais cette épilation est un des stades nécessaires du traitement de cette affection. Effectuée à la pince elle est longue, douloureuse, et presque toujours incomplète. Il est hors de doute que l'épilation par les rayons X est infiniment préférable. Ce qu'il faut, c'est être persévérant, ne pas s'en tenir les bras croisés à cette seule épilation, combiner avec

elle l'emploi des divers topiques préconisés pour le favus, faire, après cette première épilation générale, des épilations ultérieures partielles des points de récidive avec la pince à épiler; au besoin pratiquer, en s'entourant de toutes les précautions voulues, une deuxième épilation par les rayons X.

Certes on doit, même quand il s'agit de favus, s'efforcer d'éviter les radiodermites. Mais au fond il est certain que les rayons X sont dans cette affection infiniment plus indiqués que dans les teignes tondantes. On sait que celles-ci, sauf dans les cas de trichophytons pyogènes, ne causent jamais d'alopécies définitives ; il faut donc avant tout se garder d'en provoquer avec les rayons X. Le favus au contraire est une maladie qui évolue d'une manière presque constante vers l'alopécie définitive avec atrophie cicatricielle du cuir chevelu. On est donc dans une certaine mesure autorisé à employer pour la guérir un moyen thérapeutique qui, lorsqu'il est mal appliqué, peut laisser des alopécies irrémédiables. Ce qui ne veut pas dire encore une fois que l'on ne doive pas prendre toutes les précautions voulues pour ne pas avoir de semblables accidents.

III. — Pelades. — Nous écrivons pelades au pluriel et non pas seulement pelade au singulier, car nous ne sommes pas du tout convaincu qu'il existe une seule entité morbide vraie à laquelle on puisse réserver le nom de pelade.

S'il faut dire toute notre pensée, nous estimons que cette épineuse question des pelades est encore bien loin d'être résolue, et il nous semble que ceux qui s'efforcent de l'élucider perdent constamment de vue certaines des données essentielles du problème.

Nous ne sommes pas très sûr pour notre part que l'idée d'un microbe ayant une certaine influence pathogène doive être définitivement écartée de l'histoire clinique et étiologique des pelades.

Il est un fait clinique majeur dont en ce moment on ne paraît pas tenir grand compte, c'est la forme de la plaque typique de pelade, son extension graduelle et géométrique, sa ressemblance frappante avec les alopécies dites peladiformes qui se produisent chez certains sujets à la suite d'impétigos et de furoncles du cuir chevelu.

On a beau torturer les faits cliniques et l'anatomie topographique, ces caractères objectifs ne cadrent nullement avec l'hypothèse d'une trophonévrose pure et simple. Ils sont au contraire tout à fait en faveur de l'existence d'une infection microbienne quelconque qui, ayant pour point d'inoculation un point initial central, produirait l'alopécie périphérique extensive en tache d'huile, soit par le microbe lui-même, soit par ses toxines.

Cette impression clinique est tellement forte que, dès les débuts de la dermatologie précise et scientifique, les pelades furent d'emblée rangées parmi les teignes. Il a fallu les échecs retentissants des

recherches mycologiques et microbiennes modernes, l'impossibilité de trouver des cas de contagion indiscutables de ces affections, les insuccès des inoculations tentées par le regretté Jacquet, pour que le grand public médical en arrivât à adopter les théories trophoneurotiques de la pelade, et encore ne le fait-il qu'à contre-cœur.

Mais comment serait-il possible de concilier les résultats que nous venons de schématiser avec une théorie microbienne des pelades ?

L'histoire du furoncle, si on veut bien l'analyser avec quelque méthode, nous ouvre à cet égard d'intéressants horizons. Nous avons insisté à plusieurs reprises sur les faits suivants que démontre la clinique.

Le furoncle peut provenir parfois d'une inoculation directe du staphylocoque doré au point où il va se développer. Mais il n'en est pas toujours ainsi. L'analyse serrée des faits montre qu'il y a des sujets dont la peau est infectée en permanence par le microbe pathogène du furoncle, et ce microbe n'entre en activité que lorsque certaines conditions de terrain se réalisent : infections ou fermentations gastro-intestinales, fatigues, émotions, surmenage nerveux, conditions défectueuses d'habitat et de climat, etc... Il n'est pas inutile de rappeler ici que le staphylocoque doré peut causer des alopécies géométriques absolument identiques comme aspect à celles des pelades vulgaires (alopécie post-furonculeuse) (1).

N'y aurait-il pas lieu d'invoquer pour les pelades une pathogénie analogue ?

Certes il pourrait y avoir des cas où un microbe quelconque, staphylocoque, streptocoque, coccus polymorphe à culture grise, peut-être même microbacille de la séborrhée, venant d'une autre personne déterminerait chez un sujet donné une alopécie peladiforme, mais il est plus que probable que ces mêmes microbes, ou l'un d'eux, ou une de leurs associations, existant déjà chez le sujet, peuvent, dans certaines conditions de modifications du milieu, provoquer les alopécies dont nous parlons.

Ce n'est évidemment qu'une hypothèse et nous n'avons nullement l'intention d'y attacher plus de valeur qu'elle peut en avoir : nous

(1) Il convient d'ajouter que, pour M. le Dr Sabouraud, l'alopécie peladiforme périfuronculeuse ne saurait être identifiée à l'alopécie peladique, parce que dans l'alopécie furonculeuse il y a des phénomènes inflammatoires premiers qui à eux seuls expliquent la chute du poil. Cette explication semble au premier abord satisfaisante : elle ne l'est pas cependant, car beaucoup de furoncles du cuir chevelu et de la nuque ne s'accompagnent pas d'alopécie périphérique : on ne l'observe pour ainsi dire jamais dans les énormes anthrax de la nuque où les phénomènes inflammatoires sont des plus intenses. Il y a donc autre chose que la réaction inflammatoire dans l'alopécie périfuronculeuse. Et en effet on la voit parfois se produire très étendue à propos d'un minuscule furoncle, ou même d'un simple impétigo du cuir chevelu.

nous permettrons cependant de faire remarquer qu'elle est la seule de toutes celles qui ont été formulées jusqu'ici à propos des pelades qui tienne compte de la plupart des données cliniques et expérimentales du problème.

On a essayé de faire de la pelade une affection d'origine nerveuse : on a successivement incriminé l'action pathogène de la carie dentaire, des troubles digestifs, de diverses infections telles que la syphilis, etc... Jacquet a édifié sa théorie des sommations peladogènes. Tout cela renferme une part de vérité, mais une part seulement.

Il semble que, dans beaucoup de cas, il y ait une préparation du terrain qui facilite l'évolution des pelades et, parmi ces causes prédisposantes, on doit citer les affections dentaires, le surmenage et surtout le surmenage nerveux, la syphilis, les auto-intoxications diverses jusques et y compris la goutte, etc... etc... Aussi avons-nous pu assimiler les alopécies peladiques à nos réactions cutanées. Mais on ne saurait ainsi expliquer les allures cliniques des pelades : tout s'éclaire au contraire si l'on admet l'intervention première d'un microbe banal et de ses toxines jouant le rôle de cause déterminante.

En somme nous en revenons à la théorie première de M. le Dr Sabouraud, mais amendée par une très large (nous dirions même par une capitale) intervention du terrain.

Dans ces conditions que peut faire la radiothérapie dans les alopécies peladiques ?

Nous avouons bien franchement ne pas le voir. Nous savons qu'on a publié des cas de guérison de pelades rebelles par les rayons X. Mais n'a-t-on pas guéri des pelades rebelles par tous les moyens possibles, y compris l'expectation ? Quant à nous nous n'avons pas observé de résultats extraordinaires dans les cas qui ont été ainsi traités dans notre service.

Théoriquement nous ne comprenons pas comment un procédé de déglabration peut-être un procédé de repousse des poils : mais cette objection a été combattue avec force par les radiothérapeutes, et nous n'y insistons pas (1); nous nous bornerons à faire remarquer que l'immense majorité des cas de pelade guérit sans que l'on ait besoin d'employer ce procédé, et que, dès lors, on ne doit pas s'exposer à causer des alopécies irrémédiables pour guérir une affection qui, dans presque tous les cas, ne laisse pas d'alopécie définitive.

Il n'y aurait que dans les pelades décalvantes datant de plusieurs années, et ayant résisté à tous les traitements rationnels, que l'on serait à la rigueur autorisé à faire de la radiothérapie, à l'expresse condition toutefois de prendre toutes les précautions voulues pour éviter les radiodermites récentes et surtout tardives.

(1) Voir Belot, *Traité de radiothéropie*, p. 347 et suivantes.

B. — **Affections microbiennes proprement dites.**

Les principales affections microbiennes dans lesquelles on a préconisé les rayons X sont :

I. *La lèpre.*

II. *La tuberculose et surtout les lupus :*

A) lupus vulgaire,

B) lupus érythémateux.

III. *Le bouton d'orient.*

IV. *Les acnés. Les folliculites.*

V. *Les verrues.*

I. — La lèpre. — D'assez nombreux dermatologistes ont traité par les rayons X les manifestations cutanées de la lèpre. Cette pratique ne nous paraît pas recommandable, du moins d'une manière générale.

Les lépreux ne consultent d'ordinaire le médecin que lorsque l'infection générale de l'organisme est déjà effectuée. Que peuvent faire dès lors pour la guérison de cette affection des applications de rayons X sur des tubercules lépreux ? C'est s'exposer bien gratuitement aux accidents des rayons X sans grand bénéfice pour le malade.

D'ailleurs, d'après notre expérience personnelle, l'action des rayons X sur les manifestations cutanées de la lèpre est extrêmement variable selon les sujets. Dans les cas favorables ils nous ont paru agir comme dans les lupus en provoquant l'atrophie cicatricielle de la peau.

On n'est autorisé, ce nous semble, à employer ce procédé thérapeutique que lorsqu'il s'agit de lésions cutanées très accentuées, constituant d'horribles difformités comme dans le léontiasis par exemple, et lorsqu'il est bien prouvé que les autres médications (séjour dans un pays sain, huile de chaulmoogra, eucalyptol, acide phénique, etc... destruction directe des tubercules par l'électro-cautère, etc...) ne donnent aucun résultat satisfaisant.

On pourra dans ce cas, après avoir prévenu le sujet de toutes les conséquences possibles de la médication, et en s'efforçant d'éviter les radiodermites tardives, agir avec la radiothérapie.

II. — Lupus. — Il convient de discuter séparément les deux questions du lupus vulgaire et du lupus érythémateux.

A. — *Lupus vulgaire.* — Depuis nombre d'années nous ne traitons plus en ville de lupus vulgaires : mais nous en traitons toujours un grand nombre dans notre service de l'hôpital Saint-Louis. Ce fait tient à deux causes : la première et la plus importante est que les lupus sont maintenant beaucoup mieux connus qu'autrefois de la masse des praticiens, que les malades aisés se soignent dès qu'ils s'aperçoivent de l'apparition du moindre phénomène anormal du côté

de leurs téguments. En ville on ne voit donc presque plus de lupus vulgaire au début : on les traite tout de suite par l'ablation large ou par la photothérapie : on ne les laisse plus évoluer. La deuxième cause de l'absence des lupiques dans notre clientèle de ville, c'est que le public *ne veut plus* des scarifications linéaires quadrillées; il *ne veut plus* avoir recours qu'à la Finsenthérapie ou à la radiothérapie.

Les motifs de la grande vogue de ces deux méthodes sont les suivants : ce sont les dernières qui ont été mises en honneur; elles ont encore le mérite d'une certaine nouveauté; elles sont à la mode; et puis, et surtout, leur application n'est pas douloureuse ; je dis *leur application*, et cela suffit au malade, ce qui ne veut pas dire qu'elles ne causent jamais de douleurs pendant les jours qui suivent leur application : dans certains cas même, tout compte fait, elles provoquent plus de douleurs que les scarifications, lesquelles, comme on le sait, sont douloureuses au moment même où on les fait, mais ne provoquent ensuite aucune souffrance.

Nous ne pouvons donc parler de notre expérience personnelle de la ville à propos du traitement du lupus vulgaire par la radiothérapie, puisque nous n'employons pas ce procédé dans notre cabinet, mais par contre nous pouvons parler de fort nombreux cas de lupus traités ainsi par d'autres médecins, soit en ville, soit dans notre service à l'hôpital, soit dans d'autres services hospitaliers, et que nous avons eu l'occasion d'observer. Notre expérience à cet égard vient de s'accroître encore pendant la guerre où de nombreux lupiques traités par des médecins mobilisés sont venus nous consulter à Saint-Louis.

Or, ce que nous avons vu nous permet de déclarer de la manière la plus formelle que le traitement du lupus vulgaire par la radiothérapie seule et par la radiumthérapie seule est dans la majorité des cas un traitement peu recommandable, qu'il doit être abandonné en tant que méthode unique, et que l'on n'est autorisé à employer ces agents contre le lupus vulgaire que dans certaines circonstances que nous allons préciser.

On a utilisé les rayons X contre le lupus vulgaire de deux manières : *a*) ou bien à l'exclusion de tout autre procédé thérapeutique, *b*) ou bien combiné avec d'autres méthodes, en particulier avec les scarifications linéaires quadrillées, comme nous l'avons fait avec M. le Dr Belot à l'hôpital Saint-Louis.

a) Emploi exclusif des rayons X dans le lupus vulgaire.

Les rayons X n'ont pas d'action élective sur le bacille de la tuberculose ; ils n'en ont pas non plus sur le tubercule du lupus vulgaire : ils n'agissent dans cette affection qu'en détruisant les tissus cutanés, en faisant disparaître tous les éléments nobles, les poils, les glandes, et en provoquant la formation d'un tissu de cicatrice plus ou moins aminci suivant les cas, presque toujours déprimé et d'aspect atrophique,

d'un jaune blanchâtre ou brunâtre, ou bigarré, presque toujours parsemé de grosses télangiectasies.

Nous ne parlerons pas ici des craintes de transformation épithéliomateuse de ces cicatrices, craintes qu'ont formulées certains auteurs des plus consciencieux à l'étranger, car des radiothérapeutes français se sont tout récemment élevés contre ces affirmations. Nous nous bornerons à dire que nous croyons ces transformations possibles : mais nous insistons tout particulièrement sur la laideur de la cicatrice laissée par la radiothérapie dans le lupus vulgaire.

Ce procédé nous paraît donc ne pouvoir être utilisé que dans les régions où la question de la beauté de la cicatrice est de minime importance comme le lobule de l'oreille chez la femme, car elle peut le dissimuler sous ses cheveux, comme les parties couvertes des membres et du tronc : or, même en ces régions, les procédés de choix ne sont pas la radiothérapie, mais l'ablation chirurgicale quand elle est possible et, quand elle est impossible, le raclage chirurgical avec cautérisation immédiate consécutive.

b) Il semble cependant que dans certains cas de lupus vulgaire fort turgide du nez et de la lèvre supérieure, les rayons X puissent rendre quelques services et voici comment.

Quand on a commencé à traiter ces lupus par des scarifications linéaires quadrillées, et qu'on s'aperçoit que les résultats se font attendre, on obtient une diminution notable de l'infiltration des tissus en faisant toutes les 2 ou 3 semaines, immédiatement après la séance hebdomadaire de scarifications, une séance de radiothérapie aux doses moyennes de 4 à 5 H, avec un millimètre de filtre ; mais il ne faut pas continuer trop longtemps cette méthode mixte. Il convient, après 4 ou 5 séances, de cesser la radiothérapie. Si l'on multiplie trop les séances, on finit par avoir des cicatrices vicieuses déprimées, criblées de grosses télangiectasies. Cependant je répète qu'il nous a semblé, à M. le Dr Belot et à moi, avoir beaucoup abrégé la durée du traitement de certains lupus du nez en employant cette méthode mixte. J'ajoute que, même en prenant toutes les précautions voulues, la cicatrice ainsi obtenue est moins belle que lorsque l'on n'a employé que les scarifications ou la photothérapie.

B. — *Lupus erythémateux.* — Nous avons observé de véritables désastres chez des sujets qui avaient été traités par les rayons X pour du lupus érythémateux.

Au premier abord il semble cependant que la radiothérapie doive constituer pour cette affection un traitement de choix. Le lupus érythémateux dans ses formes vulgaires évolue en effet spontanément vers la guérison par l'atrophie cicatricielle du derme. Il paraît tout naturel de demander aux rayons X de précipiter cette évolution naturelle.

Et de fait nous croyons que, si l'on avait la sagesse de s'en tenir pour traiter cette affection par cette méthode à quelques séances de moyenne intensité par région, on devrait n'en retirer que de bons effets.

Mais il n'en est pas ainsi en pratique. Dès que l'on a commencé à employer les rayons on est fatalement entraîné à en multiplier les séances jusqu'à disparition de tout vestige du mal. On y est poussé d'ailleurs par le malade tout heureux d'avoir enfin trouvé un procédé qui ne le fait pas souffrir et qui ne le défigure que fort peu.

Il existe en outre une cause d'erreur que l'on n'a pas encore suffisamment mise en relief, et qui, d'après nous, est une des causes principales des désastres qui se produisent.

On sait que dans le lupus érythémateux il existe à la surface des téguments comme une sorte de réseau rouge à mailles minuscules: d'autre part les rayons provoquent l'apparition de télangiectasies. A une certaine période du traitement du lupus érythémateux par les rayons X, il est fort difficile de distinguer les éléments du lupus des télangiectasies provoquées par les rayons. On traite ces télangiectasies par de nouvelles applications croyant toujours avoir affaire à des éléments de lupus, et l'on arrive ainsi à produire des radiodermites graves.

Aussi ne saurions-nous recommander trop de prudence à ceux de nos confrères qui voudront continuer à utiliser les rayons X dans le traitement du lupus érythémateux.

III. — Bouton d'Orient. — Nous n'avons pas d'expérience suffisante au sujet du traitement de cette affection par la radiothérapie pour en parler avec quelque compétence. Nous avons surtout vu des boutons d'Orient de 1881 à 1891, alors que les rayons X étaient inconnus, et pendant cette période nous avons trouvé que le meilleur traitement de cette affection était de n'y pas toucher et de recouvrir les éléments éruptifs de simple poudre inerte aseptique. Depuis la découverte de la radiothérapie nous n'avons observé que quelques cas isolés, et il semble bien que certains d'entre eux aient retiré des avantages de l'emploi des rayons X. Il est probable qu'il vaudrait mieux ici encore ne courir aucun risque et s'en tenir aux vieilles pratiques. En tous cas, si l'on se décidait à recourir aux rayons, on devrait se souvenir qu'il s'agit d'une affection qui guérit toujours spontanément sans causer aucun accident grave, et il ne faudrait pas s'exposer à provoquer des atrophies de la peau ou des radiodermites tardives sous prétexte de la faire disparaître un peu plus rapidement.

IV. — Les folliculites. — Les acnés. — Nous tiendrons le même langage à propos de ces dermatoses. Cependant il y a quelques distinctions à établir.

A. — *Folliculites*.. — Il ne peut être question d'utiliser les rayons X pour les furoncles ou pour les folliculites disséminées accidentelles :

mais il n'en est pas de même quand il s'agit de folliculites agminées et de folliculites récidivant sans cesse en une même région. Les prototypes de ces dernières variétés sont : α) les folliculites récidivantes de la lèvre supérieure, ou sycosis ou impétigo sycosiforme de la lèvre supérieure, β) les sycosis lupoïdes des joues et du menton.

On sait que dans beaucoup de cas, pour arriver à guérir ces manifestations morbides, on est obligé de recourir à l'épilation méthodique de toutes les régions atteintes. Cette épilation à la pince est douloureuse, longue, par suite mal acceptée et mal supportée par le malade ; il est donc tout naturel qu'on la pratique avec les rayons X.

L'opération dont nous venons de parler est parfaitement légitime à la condition expresse qu'elle se fasse en s'entourant de toutes les garanties possibles : on doit n'obtenir qu'une chute passagère des poils, nullement une alopécie définitive ; en tous cas il ne faut jamais s'exposer à des radiodermites tardives. On ne doit donc s'adresser pour cela qu'à des opérateurs éprouvés et prudents.

En outre si, comme cela s'observe fréquemment, la maladie récidive dès que les poils repoussent, il faut, d'après nous, se défier beaucoup d'une seconde et surtout d'une troisième application de rayons sur la région déjà opérée. Il est préférable dans ce cas de recourir désormais à l'épilation avec la pince.

B. — Acnés. — Toutes les variétés d'acnés ont été traitées par les rayons X. On a publié d'heureux résultats. Ce procédé nous paraît néanmoins dangereux, et nous ne pouvons conseiller de l'employer.

α) *L'acné juvénile* (avec séborrhée, cocons séborrhéiques, comédons et papulo-pustules) peut être très améliorée et même guérie par les rayons X ; mais il faut, pour y arriver, modifier la vitalité des glandes sébacéo-pilaires ; par suite on doit employer ou des doses considérables de rayons en séances espacées, ou faire un grand nombre de petites applications. Ces deux méthodes ont, comme on le sait, les plus sérieux inconvénients au point de vue de l'intégrité des tissus à plus ou moins longue échéance, et nous avons été consulté par des jeunes filles qui, à la suite de ce traitement, présentaient au bout de 6 mois, d'un an, de deux ans et plus, des télangiectasies plus ou moins volumineuses disséminées sur leur visage.

β) *L'acné couperosique* est encore moins justiciable des rayons X.

γ) Quant au *rhinophyma* nous estimons qu'il faut avant tout le traiter par l'électrolyse ou par la chirurgie. On ne serait autorisé à recourir aux rayons que si le malade, bien et dûment averti et mis au courant de toute la thérapeutique de cette affection, exigeait leur emploi.

δ) *L'éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face* ne doit jamais être traitée par les rayons X. On sait en effet que les causes de cette éruption sont d'origine interne et peuvent être schématisées ainsi qu'il suit : fermentations gastro-intestinales, — troubles con-

gestifs utéro-ovariens, — troubles de la circulation générale, — troubles du côté du système nerveux.

V. — Les verrues. — Il est incontestable que les rayons X font, dans la plupart des cas, disparaître les verrues avec rapidité.

Leur action est surtout merveilleuse dans les verrues planes de la face.

Malheureusement, et nous ne pouvons parvenir à nous expliquer ce fait, nous avons vu des quantités de radiodermites graves survenir chez des sujets porteurs de verrues qui avaient été traités par ce procédé.

Il est probable que les auteurs responsables de ces regrettables accidents ont péché par inexpérience et qu'ils ont fait absorber par inadvertance à leurs malades des doses colossales de rayons X. Ils ont en outre oublié que les mains sont une des régions du corps où l'on doit surveiller leur emploi de fort près.

Nous pensons qu'avant de recourir aux rayons X contre les verrues il faut tout d'abord les traiter par l'électrolyse négative qui est le procédé de choix pour les grosses verrues des mains et des doigts, par les effluves et les étincelles de haute fréquence qui donnent souvent d'excellents résultats dans les verrues planes de la face, etc... Il ne faut employer les rayons qu'en cas d'absolue nécessité. Nous aimerions même mieux l'ablation chirurgicale avec grattages et cautérisations consécutives que de nous exposer aux accidents dont nous avons été témoin.

VI. — Affections microbiennes en général. — Il semble que d'une manière générale les rayons X n'aient pas beaucoup d'efficacité contre les microbes et par suite contre les affections microbiennes. Et cependant nous croyons en avoir retiré certains bons effets dans des cas où très probablement les microbes devaient jouer un rôle pathogène important par exemple dans les variétés végétantes de la dermatite herpétiforme (1), dans certains phagédénismes auxquels nous avons donné le nom de géométriques, dans certaines formes rares de dermatoses pustuleuses et ulcéreuses, etc...

En somme nous pensons que lorsqu'on se trouve en présence d'affections cutanées graves qui résistent à toutes les médications rationnelles, on est autorisé à essayer les rayons X en s'entourant de toutes les précautions sur lesquelles nous avons déjà surabondamment insisté.

(1) Rien ne prouve que la dermatite herpétiforme soit d'origine microbienne : bien au contraire tout semble indiquer que c'est une dermatose d'origine interne ; mais, dans la production des végétations qui parfois la compliquent, il est plus que probable que des associations microbiennes jouent le rôle principal ainsi que le prouvent les heureux effets thérapeutiques de l'érysipèle et des médications antimicrobiennes sur ces curieuses complications.

DEUXIÈME PARTIE

Affections non parasitaires.

Pour mettre un peu d'ordre dans ce qui va suivre nous passerons successivement en revue :

I. — *Les réactions cutanées pures.*

II. — *Les troubles trophoneurotiques.*

III. — *Les troubles de la nutrition normale des tissus.*

IV. — *Les néoplasmes cutanés.*

I. — Réactions cutanées pures. — A. — *Les prurits purs. — Les prurits circonscrits avec lichénification.* — L'action des rayons X sur les prurits est réellement merveilleuse. Dans la majorité des cas une, deux et au maximum trois séances de rayons X d'intensité moyenne suffisent pour calmer les prurits les plus intenses et les plus rebelles. On comprend donc combien il est séduisant au premier abord de traiter par ce procédé tous les prurits localisés, en particulier les prurits de l'anus, les prurits de la vulve, et même les prurits du scrotum en prenant garde de ne pas agir directement sur les testicules.

Les résultats que l'on obtient par ce procédé sont tellement satisfaisants que nombre de dermatologistes ont fait des rayons X le traitement de choix de la dermatose que les vieux auteurs français ont décrite sous le nom de *lichen simplex chronique*, dont nous avons dégagé la véritable pathogénie avec le regretté Jacquet sous le nom de *névrodermite chronique circonscrite,* et à laquelle nous avons enfin donné pour éviter toute discussion pathogénique le nom de *prurit circonscrit avec lichénification.*

Eh bien ! nous n'hésitons pas à déclarer aujourd'hui que c'est là une pratique des plus discutables, qu'on ne doit pas traiter méthodiquement ces prurits circonscrits par les rayons X : car on a ainsi provoqué chez beaucoup de sujets de graves radiodermites.

Ces prurits, avec ou sans lichénification, et surtout ceux qui s'accompagnent de lichénifications, sont des manifestations à la peau de troubles de l'état général, d'intoxications et d'auto-intoxications agissant sur un fonds de névropathie accentuée. Ce ne sont nullement des affections locales n'ayant aucun lien avec l'état général comme au premier abord on pourrait le croire.

Les prurits circonscrits avec lichénification peuvent même être considérés comme les prototypes des dermatoses qui alternent parfois avec des troubles viscéraux : ils jouent le rôle de cautères créés spontanément par la nature chez certains sujets.

Les faire disparaître brutalement par une simple médication locale externe sans s'inquiéter de modifier l'organisme ne saurait constituer

selon nous une thérapeutique intelligente et inoffensive ; mais nous ne nous arrêterons pas à ces considérations, car nous savons fort bien qu'elles sont tournées en dérision par la plupart des dermatologistes actuels.

Nous nous contenterons d'analyser les faits cliniques, et malheureusement ils prouvent surabondamment que la radiothérapie employée dans ces cas d'une manière inconsidérée peut être dangereuse.

Voici une simple observation qui ouvrira peut-être les yeux de mes collègues :

Vers 1904 nous fûmes consulté par une femme qui portait à la jambe gauche une large plaque de prurit circonscrit avec lichénification : toutes les conditions pathogéniques habituelles de cette lésion étaient réunies chez elles : chagrins, surmenage nerveux, vie agitée à Paris, écarts de régime, etc... Nous essayâmes de lui faire comprendre les causes et le traitement logique de cette affection : mais nous n'eûmes aucun succès. Au bout d'nn certain temps nous la perdîmes de vue. Puis nous sûmes d'une manière indirecte qu'elle était allée consulter un de nos confrères qui lui avait prescrit une médication locale active à la suite de laquelle elle avait été guérie.

Cependant quelques années plus tard elle nous revint. Elle présentait à la jambe gauche une cicatrice, une ulcération atone et de l'atrophie cutanée avec télangiectasies indiquant que ces régions avaient été soumises à l'action des rayons X. Tout autour de la zone qui avait subi l'action de ces rayons se voyait encore du prurit avec lichénification.

Voici ce qui s'était passé. On lui avait conseillé de traiter son prurit circonscrit par la radiothérapie. Tout d'abord les résultats avaient été merveilleux. Au bout de 3 semaines tout avait disparu, prurit et lésions cutanées ; c'était le triomphe ! Rien qu'une médication locale nullement pénible, nullement douloureuse avait suffi à assurer la guérison. Malheureusement au bout de 3 mois le prurit reparut : on s'empressa de refaire quelques applications de rayons X, et ainsi de suite pendant quelques années.

Puis survint une ulcération bizarre. Des médecins consultés portèrent le diagnostic de trouble trophique : ils tentèrent inutilement nombre de médications : en désespoir de cause un chirurgien en pratiqua l'ablation ; d'où la cicatrice qui se voyait à la jambe de cette malade.

Mais, quelques temps après, une nouvelle ulcération se produisit à côté de la première. Ce fut alors que devant l'étonnement de ses médecins habituels la malade se décida à venir nous revoir.

Inutile de dire qu'il s'agissait d'une radiodermite tardive grave consécutive aux applications répétées de rayons X qui avaient été faites contre le prurit circonscrit.

Si encore on était ainsi arrivé à faire disparaître complètement la

maladie première ! mais elle persistait toujours. Elle s'était simplement déplacée, et la malade présentait au moment où je la revis du prurit circonscrit avec lichénification autour de la plaque de radiodermite de la jambe gauche : un deuxième foyer de prurit avec lichénification commençait à se montrer à la jambe droite.

Ce fait est on ne peut plus démonstratif au point de vue de ce que l'on peut demander aux rayons X dans le prurit circonscrit avec lichénification.

Malheureusement il ne constitue pas une exception : nous avons vu de nombreux cas similaires, et même de plus graves. Chez un homme de 35 ans des rayons X appliqués sur un prurit circonscrit avec lichénification de la région sacrée ont déterminé une radiodermite grave, puis une transformation épithéliomateuse qui a nécessité une ablation chirurgicale large.

Nous ne condamnons pas cependant d'une manière absolue l'emploi des rayons X dans cette affection. Nous croyons qu'ils peuvent rendre de grands services comme adjuvants du traitement hygiénique général chez les sujets qui éprouvent des douleurs trop violentes et que les autres procédés énergiqnes tels que les emplâtres, les effluves locales de haute fréquence, les scarifications, les douches filiformes, etc... ne parviennent pas à soulager. Nous pensons que dans ces cas on est autorisé à faire, en se conformant aux règles connues, deux ou trois applications de rayons X au niveau des lésions cutanées. *Mais il ne faut jamais consentir, si le mal récidive, à renouveler ces séances d'une manière indéfinie,* comme le font certains praticiens,

B. — *Eczémas.* — Les indications de la radiothérapie dans les eczémas sont restreintes. On peut dire sans exagération que seuls font un usage fréquent de la radiothérapie dans les eczémas ceux qui ne connaissent pas la thérapeutique dermatologique.

On peut diviser pratiquement les eczémas en trois grandes variétés : 1° *Les eczémas vésiculeux vrais* qui sont presque toujours consécutifs à de l'hyporésistance cutanée mise en jeu par des agents irritants quelconques ; des soins d'hygiène, des pansements protecteurs et, quand ils ne suffisent pas, des applications de goudron de houille réussissent dans presque tous les cas ; 2° *Les eczémas papulo-vésiculeux* qui ont d'étroites affinités avec les urticaires et les prurigos, et dans lesquels les intoxications, les auto-intoxications, les fermentations gastro-intestinales, l'imperméabilité rénale, les troubles du système nerveux jouent un rôle majeur; — ils sont justiciables d'une hygiène générale bien comprise, orientation de la vie, choix du climat, alimentation rationnelle, et applications de goudron de houille ; 3° *Les eczémas dits séborrhéiques psoriasiformes* dans la pathogénie desquels l'excès de l'alimentation carnée ou tout au moins azotée entre pour une large part, et qui sont justiciables au point de vue local de préparations de

goudron de bois, d'huile de cade, de soufre, d'ichthyol, de mercure, appropriées à la résistance des tissus.

Il est vraiment rare que l'on se trouve en présence d'eczémas rebelles à ces procédés thérapeutiques. Quand ils le sont, c'est qu'il s'agit ou bien de grandes dermatoses ayant de la tendance à évoluer vers les érythrodermies exfoliantes généralisées, parfois même vers les leucémides, et, dans ces cas, le pronostic devient réellement grave ; par suite la radiothérapie peut être tentée ; ou bien de prurits circonscrits avec lichénifications qui se greffent sur des eczémas vrais premiers, et nous retombons alors dans ce que nous avons dit au chapitre précédent.

Le changement de climat et de milieu, quand il est possible, est le véritable traitement des eczémas dits neuroarthritiques rebelles, qu'ils se manifestent par des poussées fluxionnaires récidivantes, ou par des lichénifications circonscrites. Quand ces moyens vraiment médicaux et logiques sont impossibles, on peut à la grande rigueur recourir aux rayons X : mais il ne faut le faire qu'avec la plus extrême prudence, employer des doses relativement assez faibles et ne pas les répéter trop souvent. Même en se conformant à ces préceptes nous avons vu se développer aux mains et à la figure de sujets ainsi traités, au bout d'un an, de deux ans, de trois ans même, des télangiectasies persistantes qui leur étaient fort désagréables.

C. — *Parakératoses psoriasiformes et psoriasis.* — Nous en dirons tout autant des eczémas séborrhéiques psoriasiformes qu'on peut dans presque tous les cas faire disparaître par un régime alimentaire approprié aux prédispositions et au mode d'existence du sujet, et par des applications de préparations de goudron de bois associées ou non à des préparations mercurielles, et à du goudron de houille.

Mais nous voulons insister sur la question des psoriasis.

Depuis une douzaine d'années nombre d'électriciens et quelques dermatologistes se sont mis à traiter les plaques rebelles de psoriasis par la radiothérapie. Les résultats ont été souvent désastreux.

Il suffit de réfléchir un peu à l'anatomie pathologique et à l'évolution clinique des psoriasis pour comprendre qu'il ne peut pas en être autrement. Le psoriasis est une dermatose éminemment récidivante ; il siège au niveau de l'épiderme et des couches les plus superficielles du derme. Il peut se développer en une région quelconque des téguments. Comment espérer pouvoir guérir une semblable affection par les rayons X ? Il faudrait pour cela arriver à modifier complètement la vitalité de l'épiderme et des couches papillaires, c'est-à-dire en provoquer l'atrophie. Qui ne voit le danger d'un pareil programme? Cependant c'est en y arrivant dans certains cas de psoriasis localisés qu'on a pu publier des cas de guérison du psoriasis par la radiothérapie : mais alors il s'est produit ce que l'on aurait dû prévoir, c'est-à-dire des atrophies superficielles de la peau avec de nombreuses télangiec-

tasies ; dans certains cas, l'épiderme n'ayant pas été, malgré ces altérations, suffisamment modifié, de nouveaux éléments se sont reformés sur les plaques télangiectasiques elles-mêmes. Trop souvent, ces récidives in situ ont été de nouveau traitées par les rayons X, et on a ainsi provoqué la formation de radiodermites tardives ulcéreuses, avec toutes leurs conséquences jusques et y compris la transformation épithéliomateuse.

Nous n'en sommes plus à compter les cas de télangiectasies, d'atrophies cutanées, et d'ulcérations rebelles consécutives au traitement du psoriasis par les rayons X pour lesquelles on est venu nous consulter. Tout récemment encore nous avons traité un malade qui présentait au coude droit une radiodermite très tardive, ulcéreuse, au niveau de laquelle les téguments semblaient être complètement détruits jusqu'au périoste de l'olécrâne.

Il ne faut donc pas regarder la radiothérapie comme constituant un traitement normal du psoriasis ; on ne doit y avoir recours dans cette affection que lorsqu'il s'agit de certaines plaques fort épaissies, papillomateuses, ayant résisté à toutes les autres médications locales y compris les préparations mercurielles et chrysophaniques. Et il faut en outre, lorsque l'on a traité une première fois ces plaques par les rayons X en se conformant strictement aux règles connues, ne jamais les traiter une deuxième fois par ces agents si elles récidivent.

II. — Troubles trophoneurotiques. — Parmi les troubles trophoneurotiques de la peau nous ne connaissons guère que les *sclérodermies* qui aient été régulièrement traitées par les rayons X, et encore ne peut-on citer parmi elles que les sclérodermies en plaques ou en bandes qui puissent être justiciables de ces agents.

Nous n'avons pas encore observé de radiodermites graves dans ces cas, mais il faut dire que ces affections sont bien rares, et il est probable qu'on n'en a pas encore beaucoup traité par ce procédé.

Nous ne saurions trop recommander d'agir avec beaucoup de prudence dans les sclérodermies en plaques : ce sont des affections dans lesquelles la vitalité de la peau semble être diminuée : il est à craindre que, si l'on multiplie les applications de rayons X à leur niveau, on ne provoque plus tard l'apparition de radiodermites graves.

III. — Troubles de la nutrition normale des tissus. — A. — *Les hypertrichoses.* — Le traitement des hypertrichoses par la radiothérapie a les partisans les plus convaincus. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point et nous avons même soutenu une polémique à ce sujet en 1906-1907. Nous serons donc assez bref.

C'est en voulant traiter les hypertrichoses par les rayons X que l'on a peut-être causé les radiodermites les plus étendues et les moins justifiées. Aussi ont-elles déjà provoqué des actions judiciaires, et ces actions judiciaires auraient été plus nombreuses si les médecins que

les malheureuses victimes ont consultés, par esprit de solidarité et de confraternité, n'avaient pas fait tous leurs efforts pour apaiser leur juste ressentiment.

C'est en 1897-1898 que nous avons pour notre part conçu les plus grands espoirs au sujet de cette méthode de traitement de l'hypertrichose. Nous écrivions à cette époque que nous espérions bien que la destruction des poils par l'électrolyse négative, que ce procédé si long et si pénible, n'aurait plus bientôt qu'un intérêt historique. Mais peu à peu nous fûmes obligé de reconnaître que les difficultés d'application des rayons X pour obtenir la destruction définitive de la papille pileuse sans provoquer d'altérations ultérieures des tissus étaient telles que les indications des rayons X dans l'hypertrichose devenaient fort restreintes.

Malgré de violentes attaques, notre opinion a fini peu à peu par prévaloir. Les radiothérapeutes les plus autorisés reconnaissent aujourd'hui que l'on ne doit employer les rayons X contre l'hypertrichose que dans des cas exceptionnels. Il n'y en a plus qu'un petit nombre qui s'obstinent dans leur intransigeance niant les désastres dont ils ont été les auteurs.

Nous espérons ne plus revoir désormais des jambes présentant d'énormes plaies et d'immenses atrophies consécutives à l'emploi des rayons X pour détruire les duvets de ces régions. Nous espérons ne plus voir des atrophies du visage avec télangiectasies consécutives au traitement de duvets imperceptibles.

Il est maintenant généralement admis que l'on ne doit employer la radiothérapie *qu'à la figure*, et *lorsqu'il s'agit de barbes véritables*, extraordinairement fournies, et qui réclameraient de trop nombreuses et de trop pénibles séances pour être détruites par l'éléctrolyse.

Dans ces cas la radiothérapie, bien maniée par des opérateurs compétents et soigneux, permettra de faire disparaître la grande majorité des poils : il est préférable quand on a obtenu ce résultat de détruire ceux qui restent avec l'électrolyse au lieu de trop multiplier les séances de rayons X, et l'on obtient ainsi des résultats convenables.

Dans tous les autres cas, lorsqu'il s'agit de poils peu nombreux, lorsque surtout il n'y a que de simples duvets, on ne doit jamais recourir à la radiothérapie.

B. — *Les séborrhées. — Les hyperidroses.* — Est-il possible d'agir efficacement sur la sécrétion séborrhéique et sur le flux sudoral avec la radiothérapie ? D'après ce que nous avons vu, cela ne nous paraît pas douteux. Mais on comprend qu'il soit nécessaire pour obtenir ces effets de modifier les glandes cutanées et par suite il est à craindre que l'on ne modifie aussi la vitalité des téguments.

Ce n'est donc pas une médication à préconiser : ce ne peut-être qu'une méthode d'exception qu'il ne faut employer que dans des cas désespérés, c'est-à-dire dans des cas où le moral du malade est telle-

ment affecté qu'il devient indispensable d'agir et qu'on est autorisé à tout risquer. Et même alors il ne faut procéder qu'avec beaucoup de prudence et l'on doit s'arrêter dès que les doses de rayons employées sont assez considérables.

C. — *Nævi. — Kératodermies. — Erythrodermies congénitales ichthyosiformes. — Maladie de Meleda.* — Certains médecins traitent les nævi vasculaires par la radiothérapie ; mais c'est le radium qui, encore à l'heure actuelle, constitue pour ces difformités le procédé à la mode.

Ces méthodes ne nous paraissent pas fort séduisantes.

Certes dans quelques cas elles donnent des améliorations notables et même de beaux résultats. On peut les préconiser dans les tumeurs érectiles ; il est bon toutefois de ne pas oublier que l'électrolyse bipolaire donne également dans ces cas d'excellentes guérisons. Mais nous croyons que lorsqu'il s'agit de nævi plans les résultats obtenus ne sont fort souvent pas beaucoup plus esthétiques que ne l'était la maladie première, et par malheur nous avons vu survenir chez des malades ainsi traités des radio et des radiumdermites tardives graves. Il faut donc ne pas aller de l'avant à l'aveuglette et ne pas accumuler séances sur séances sans se préoccuper de l'avenir.

Quant aux nævi tubéreux et pigmentaires, la radiothérapie n'a pas encore donné des résultats suffisamment beaux dans ces difformités pour qu'on soit autorisé à préconiser ce procédé.

Les kératodermies rebelles, congénitales ou non, celles qui se relient aux érythrodermies congénitales ichthyosiformes et à la maladie de Meleda, peuvent être avantageusement modifiées par les rayons X ; nous devons ajouter que c'est le seul moyen qui semble avoir de l'efficacité contre ces affections. Mais là aussi il convient d'agir avec prudence, de tenir un compte exact des doses antérieurement employées et de procéder avec la plus grande lenteur. En suivant cette ligne de conduite nous n'avons pas encore observé de radiodermites dans les cas que nous avons fait traiter par ces agents, et nous avons constaté de bons effets.

IV. — Néoplasies. — A. — *Chéloïdes.* — Dans ces derniers temps on a beaucoup employé le radium et la radiothérapie contre les chéloïdes. Ce sont des méthodes efficaces, peut-être pas tout à fait aussi merveilleuses qu'on a bien voulu le dire, mais il est exact qu'elles affaissent les tumeurs, et elles ont sur la plupart des autres méthodes connues le grand avantage de ne pas être douloureuses et de nécessiter d'assez rares séances.

Malheureusement nous avons déjà observé quelques radiodermites tardives à la suite de ce traitement et nous avons été obligé de faire disparaître ultérieurement par l'électrolyse de grosses varicosités développées à la suite d'applications de rayons X faites sur les cicatrices

vicieuses. Assez souvent les résultats esthétiques donnés par ce procédé sont médiocres : la peau n'a pas les caractères d'une cicatrice ordinaire souple : elle offre l'aspect très caractéristique de l'atrophie cutanée consécutive aux radiodermites chroniques.

Nous croyons donc qu'ici encore il faut se défier quelque peu de l'emploi des rayons X, que l'on ne doit pas multiplier inconsidérément les séances, et que dans la plupart des cas il est préférable d'associer d'autres procédés tels que les emplâtres, le massage, les scarifications, l'électrolyse, l'étincelage de haute fréquence, la Finsenthérapie, l'air chaud, etc... à la radiothérapie pour pouvoir en diminuer les applications.

B. — *Mycosis fongoïde.* — Cette affection est le triomphe de la radiothérapie, qui constitue le seul procédé thérapeutique vraiment efficace que nous connaissions contre elle : les résultats donnés par les rayons X sont ici tellement merveilleux qu'il n'y a qu'à s'incliner.

Il ne faudrait pas cependant trop se fier à la résistance vraiment remarquable que les téguments des sujets atteints de mycosis offrent aux rayons X. Quand on abuse par trop inconsidérément de ces agents, on peut avoir même dans le mycosis des radiodermites graves, et nous avons longtemps soigné une malheureuse malade qui présentait en de nombreuses régions du corps de vastes ulcérations inguérissables des plus douloureuses qui n'étaient pas dues au mycosis, mais aux rayons appliqués pour guérir cette affection. On avait pris chez elle les télangiectasies prémonitoires des radiodermites tardives pour des lésions mycosiques et on avait continué avec une persévérance digne d'un meilleur résultat à irradier des régions dont la limite de tolérance était déjà dépassée.

Il ne faut donc pas, même pour le mycosis, se départir d'une certaine prudence, et il convient d'examiner soigneusement les téguments avant de répéter les applications.

Dans le mycosis à tumeurs d'emblée nous avons vu cette méthode faire fondre d'énormes tumeurs et guérir de vastes ulcérations avec une rapidité vraiment fantastique.

Les détracteurs systématiques de la radiothérapie devraient méditer ces résultats avant de décréter que les rayons X doivent disparaître complètement de la thérapeutique.

C. — *Epithéliomes et cancers.* — Nous serons très bref sur ce sujet ; car tout a été déjà dit.

Nous ne sommes ni des partisans aveugles de la radiothérapie dans ces cas, ni des adversaires de ce procédé qui peut rendre de très réels services.

On doit reconnaître que, lorsqu'il s'agit d'affections aussi graves, bien qu'il convienne de tâcher d'éviter le plus possible les radiodermites, il vaut encore mieux avoir une radiodermite que de laisser évoluer

un cancer. On est donc autorisé ici à employer les doses de rayons X les plus élevées qui soient compatibles avec l'intégrité des tissus.

Quand nous avons à traiter un épithéliome cutané superficiel, nous conseillons : ou l'ablation chirurgicale large, puis la radiothérapie sur la cicatrice pour rendre les chances de récidives aussi minimes que possible, ou bien le raclage à fond de tous les tissus malades avec la curette tranchante, puis la radiothérapie à très hautes doses. En procédant de cette manière, on restreint autant qu'il est possible de le faire le nombre des séances de rayons X, par suite les chances de radiodermites tardives.

Pour les épithéliomes cutanés profonds, surtout quand ils sont situés aux lèvres, nous recommandons de faire d'emblée l'ablation chirurgicale, puis de faire 3 ou 4 séances de radiothérapie aux doses de 4 à 5 H. avec filtre à 3 semaines d'intervalle chaque pour mettre le malade, autant que faire se peut, à l'abri des repullulations.

Les récidives profondes et douloureuses de cancer après ablation chirurgicale doivent être traitées par les rayons X; ce n'est pas qu'on ait l'espoir de les guérir par ce moyen, mais on peut calmer les douleurs, obtenir quelques améliorations passagères, et donner ainsi au malade du calme et de l'espoir. Cependant il faut, autant que possible, tâcher de ne pas produire, même dans ces cas, de radiodermites douloureuses. On ne peut compter sur la guérison ; la médication doit donc surtout s'efforcer d'apaiser les souffrances et de produire un effet psychique.

Résumé.

En somme il serait déplorable de laisser la radiothérapie tomber dans le mépris ou dans l'indifférence.

C'est un procédé thérapeutique de la plus grande puissance qui peut rendre de réels services, et que rien à l'heure actuelle ne peut remplacer dans certains cas.

Mais il faut savoir le manier : il faudrait en outre ne pas l'appliquer inconsidérément.

Nous sommes tentés de dire qu'il faut l'employer avec un respect mêlé de d'une crainte salutaire, et en s'entourant de toutes les précautions connues.

ÉTUDE SUR LE LUPUS PERNIO ET SES RAPPORTS AVEC LES SARCOIDES ET LA TUBERCULOSE

Par le Dr **Jörgen Schaumann** (de Stockholm).

Besnier présenta, le 14 février 1889, à la Réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis, un malade atteint d'une affection non décrite jusque-là, qu'il rattacha aux types vasculaires du lupus érythémateux et qu'il dénomma *lupus pernio* ou *lupus asphyxique*.

Après Besnier, plusieurs auteurs ont consacré à cette affection des recherches plus ou moins approfondies. Cependant on n'est pas arrivé à un accord définitif au sujet de sa nature.

Mes études sur le lupus pernio m'ayant amené à émettre une nouvelle conception pathogénique de la maladie, je me permets de les résumer ici.

Voici d'abord les trois cas étudiés :

Observation I. — Paysanne, 41 ans, n'accusant aucune hérédité tuberculeuse.

Pendant sa croissance, la malade était « faible », se sentait souvent fatiguée, mais n'était pas « scrofuleuse ».

La maladie actuelle débuta à l'âge de 23 ans par un « petit botonu rouge » sur la joue droite, qui augmenta progressivement de volume. Cinq ans plus tard apparut une tuméfaction de quelques doigts des mains et de pieds. En 1905, la malade eut une éruption d'érythème noueux.

Traitée de diverses manières elle s'est présentée à mon observation en 1909. La partie inférieure du nez était augmentée de volume, fortement vascularisée et parsemée de petites saillies jaunâtres, ressemblant à des nodules lupiques. La joue droite présentait, au pourtour d'une partie cicatricielle, un certain nombre de saillies semblables. La plupart des doigts étaient très volumineux. Les lésions cutanées ayant disparu après plusieurs mois de traitement photothérapique, la malade retourna chez elle.

Après trois ans d'absence, elle revint en automne 1913.

État en septembre 1913 : La malade est pâle et maigre. Elle se fatigue vite au travail. Pas de fièvre.

Les lésions cutanées n'ont pas reparu. Les muqueuses nasale et laryngée sont normales. Les amygdales ne sont pas augmentées de volume.

Les doigts et les orteils ont regressé à un volume presque normal, mais présentent des déviations phalangiennes et une laxité ligamentaire des articulations. La plaque radiographique laisse voir, dans les extrémités des phalanges et des métacarpiens, des foyers très nettement limités dont les sels minéraux font défaut — peut-être y a-t-il même une destruction — alors que les parties environnantes sont peu ou point modifiées.

On note au cou, dans les aisselles et aux aines la présence de quelques petits ganglions, variant du volume d'un pois à celui d'une fève.

Les poumons présentent, au niveau des deux bases et du sommet droit, une matité légère et une respiration un peu rude. Au niveau du sommet droit on perçoit des râles d'une courte durée. — Sur les radiographies on constate une augmentation des ombres hilaires et un nombre d'ombres maculées, disséminées dans les parties centrales et basales des poumons.

Rien d'anormal à l'examen du cœur, du foie et de la rate.

Sang : globules rouges 5 120 000, globules blancs 12 460 (lymphocytes 19,5 pour 100, leucocytes polynucléaires 76,5 pour 100, grands mononucléaires et formes de transition 3,5 pour 100, éosinophiles 0,5 pour 100) ; hémoglobine 100 pour 100.

La cuti-réaction pratiquée avec la tuberculine bovine et aviaire est négative. Pratiquée quatre fois avec la tuberculine ancienne, la réaction reste également négative ; sur deux des points d'inoculation il se produit cependant une rèaction notable après une injection sous-cutanée de tuberculine, faite 3 jours après les cuti-réactions.

L'intra-dermo-réaction suivant la méthode de Mantoux, effectuée deux fois en deux jours consécutifs, fut négative le premier jour, positive le second.

Une injection de 5 milligrammes de tuberculine provoqua des frissons et une température de 38°,9 ; pas de réaction locale. Après une nouvelle injection de 6 milligrammes le malaise reparut, accompagné d'une élévation thermique à 38°,5 et d'une augmentation notable des râles pulmonaires ; la peau et les doigts ne présentèrent pas de modifications.

Un examen histologique a été fait d'un ganglion sous-maxillaire, de deux ganglions inguinaux et des deux amygdales.

J'ai inoculé à un cobaye la moitié d'un ganglion lymphatique et à un autre 5 centimètres cubes de sang prélevé de la malade ; chez aucun des animaux, sacrifiés après 6 mois et 6 mois et demi, je n'ai pu relever, macroscopiquement ou microscropiquement, de modifications pathologiques.

Observation II. — Agriculteur, 32 ans, appartenant à une famille parfaitement saine et dont aucun membre n'a été atteint de tuberculose.

Lui-même n'a pas été scrofuleux, et a toujours joui de la meilleure santé. A l'âge de 21 ans le médius de la main droite commença à augmenter des volume. Cinq ans plus tard le deuxième orteil du pied droit se tuméfia également et, presque en même temps, le nez devint de plus en plus volumineux et rouge. Au cours des années suivantes il se produisit sur les joues des infiltrats violacés et d'autres doigts et orteils se tuméfièrent.

Depuis l'âge de 21 ans, époque à laquelle remonte le début des lésions digitales, le malade présente sur le tronc une dermatose prurigineuse qui s'est aggravée tous les hivers.

État en octobre 1913 : Le malade, qui est très bien constitué, présente une augmentation presque uniforme du volume du nez, avec épaississement profond des téguments, coloration violacée et surface lisse ; on y constate des capillaires ectasiés, mais pas de nodules circonscrits. La pression sur les doigts fait apparaître une teinte jaunâtre.

Sur la joue gauche, dans le voisinage immédiat du nez, et sur les deux régions parotidiennes on constate des plaques d'aspect analogue à celui du nez, infiltrant profondément le derme et dont les limites sont plus ou moins nettes.

Le médius et l'annulaire de la main droite et plusieurs orteils sont tuméfiés sous forme de spina ventosa ; sur quelques-uns des orteils tuméfiés les téguments sont rouges et parsemés de saillies miliaires jaunâtres transparents et de consistance moins molle que les nodules lupiques. La radiographie montre, au niveau des extrémités des phalanges, même au niveau de certains doigts l'apparence extérieure est absolument

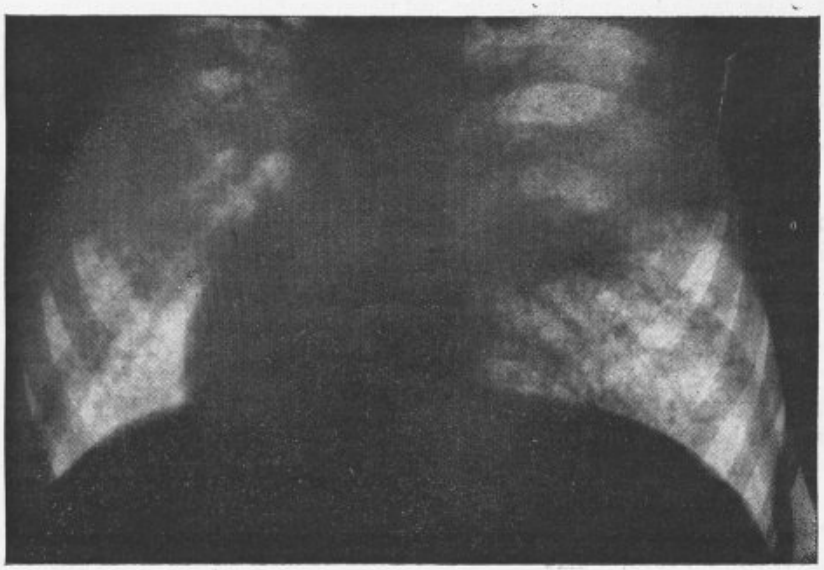


Fig. 1. — Poumons de l'observation II.

normale, des foyers de décalcification nettement circonscrits et d'étendue variable, entourés de tissu osseux peu modifié.

Le malade éprouve sur le tronc un prurit désagréable s'exagérant le soir au moment où il va se coucher. On constate une éruption de papulo-vésicules urticariennes intactes ou excoriées, disséminées sur le dos, sur les faces d'extension des bras, le thorax et même la région lombaire. Sur le dos, où la peau est de coloration brunâtre et parsemée de nombreuses cicatricules, on trouve de la lichénification par places, surtout au-dessous de l'omoplate droite.

Au niveau des maxillaires inférieurs, des aisselles, des aines et des épitrochlées les ganglions lymphatiques, de consistance molle, varient du volume d'un pois à celui d'une amande verte. Derrière l'oreille gauche et au-dessus de la clavicule gauche, un très petit ganglion.

La pituitaire, hypertrophique au niveau du cornet moyen gauche, est lisse. La muqueuse pharyngée présente plusieurs îlots d'hypertrophie. Les amygdales ne font pas saillie en dehors des piliers palatins.

A l'examen clinique des poumons, on ne trouve rien à noter sauf une respiration bronchiale au niveau du sommet droit. Les radiographies

montrent une grande abondance de taches ombrées disséminées sur les deux poumons et formant autour des hiles des plaques volumineuses. Au-dessous des clavicules et au-dessous des septièmes côtes les taches sont moins développées qu'ailleurs (fig. 1).

L'examen du cœur, du foie et de la rate ne décèle rien d'anormal.

Sang : globules rouges 6 504 000, globules blancs 9 700 (lymphocytes 26,7 pour 100, leucocytes polynucléaires 64,5 pour 100, grand mononucléaires 8,3 pour 100, éosinophiles 0,5 pour 100); hémoglobine 90-95 pour 100.

La cuti-réaction, pratiquée deux fois avec la tuberculine ancienne et une fois avec la tuberculine bovine, est négative. L'intradermo-réaction est négative.

Trois injections sous-cutanées de tuberculine ancienne ont été effectuées à deux et cinq jours d'intervalle : avec 5 milligr. la température ne dépassa pas 37°,2; avec 10 milligr. 37°,4 ; avec 15 milligr. 37°,1.

Aucune ne provoqua de malaise, ni de réaction cutanée ou pulmonaire.

J'ai pratiqué l'examen histologique des éléments cutanés et des muqueuses hypertrophiques, du ganglion rétroauriculaire, des deux ganglions épitrochléens et de l'amygdale gauche.

Six cobayes ont été inoculés, quatre avec des lésions cutanées, et deux avec des fragments de ganglions. Sacrifiés après 6 à 19 mois, aucun d'eux n'a présenté de lésions macroscopiques ou microscopiques.

Observation III. — Veuve, 46 ans, n'accusant aucun antécédent tuberculeux héréditaire ou personnel.

A la suite d'une série d'attaques d'érysipèle survenues en été 1908, le nez et les joues sont devenus le siège d'une tuméfaction et d'une rougeur permanentes.

État en juin 1913. — La malade, dont l'état général est excellent, présente sur le nez une tuméfaction et une rougeur persistantes, s'étendant sans limites nettes aux parties avoisinantes des deux joues et sous les orifices narinaires. Çà et là, les parties atteintes, où se dessinent de nombreuses dilatations vasculaires, sont parsemées de nodules lupoïdes.

Aux plafonds des deux vestibules nasaux se voient des fissures longitudinales ; la pituitaire paraît très sèche.

Les amygdales ne dépassent pas les piliers du voile du palais.

Les mains et les pieds ne présentent aucune modification, ni extérieure ni radiographique.

Dans les régions sous-maxillaires, axillaires et inguinales et derrière l'oreille droite, des ganglions lymphatiques varient du volume d'un pois à celui d'une fève.

La radiographie des poumons, quoique l'auscultation la plus minutieuse fît croire à l'absence de toute lésion, montre toute une série de taches, disséminées dans les deux régions hilaires et s'étendant de là vers les deux bases en nombre décroissant.

Le bord inférieur du foie est à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic.

L'examen du cœur et de la rate ne fait soupçonner rien d'anormal.

Sang : globules rouges 4 560 000, globules blancs 8 000 (lymphocytes 30,5 pour 100, leucocytes polynucléaires 61 pour 100, grands mononucléaires 7,5 pour 100, éosinophiles 1 pour 100); hémoglobine 100 pour 100.

La cuti-réaction à la tuberculine est deux fois négative, l'intra-dermo-réaction, pratiquée deux fois au niveau des lésions faciales, négative.

Une série d'injections sous-cutanées de tuberculine a été exécutée à intervalles de trois jours : avec 5 milligr. la température ne dépassa pas 37°,2 ; avec 10 milligr. 37°,3 : avec 15 milligr. 37°,7.

Ces injections n'ont point provoqué de malaise. L'élévation de la température, qui se produisit le soir de la dernière injection, ne dura que quelques heures. La peau, les ganglions et les poumons n'ont été influencés d'aucune manière.

Un examen microscopique a été effectué sur les lésions faciales, la pituitaire, sur les ganglions lymphatiques de quatre régions différentes et sur l'amygdale gauche.

Un cobaye a été inoculé avec un fragment de peau malade, deux avec des fragments de ganglions et un quatrième avec 5 centimètres cubes de sang de la malade ; sacrifiés au bout de 8 mois et demi à 9 mois ces animaux ne présentaient quoi que ce soit d'anormal.

*
* *

Examen histologique. — Les lésions cutanées, étudiées sur des biopsies de nodules lupoïdes, prélevées sur les malades des observations II et III, consistant en nodules circonscrits, composés de cellules épithélioïdes et de cellules géantes et entourés d'une zone incomplète de cellules lymphoïdes.

L'étude microscopique des lésions ganglionnaires, qui a porté sur une dizaine de ganglions enlevés de régions différentes sur les trois malades, relève, *dans tous les ganglions examinés*, un tissu néoformé d'aspect tuberculoïde et absolument analogue à celui des lésions cutanées. Ce tissu, qui envahit les ganglions en partie ou en totalité de manière à en effacer plus ou moins l'architecture normale, est composé de follicules isolés ou confluents, dans la constitution desquels entrent des cellules épithélioïdes et des cellules géantes et qui sont encadrés par des cellules lymphoïques et plasmatiques, groupées sur quelques points en masses compactes. Le tissu néoformé tendant à une transformation fibreuse, on surprend, avant que la transformation soit encore complète, un stade où le ganglion entier est constitué par du tissu conjonctif sauf une mince zone périphérique où persistent encore quelques foyers épithélioïdes.

Les amygdales des malades des observations II et III sont le siège de lésions tout à fait analogues à celles des ganglions. Dans les amygdales de l'observation I, je n'ai pas constaté de follicules épithélioïdes, mais une grande abondance de cellules plasmatiques, groupées, comme dans les ganglions, principalement autour des vaisseaux.

Nulle part on ne constate de nécrose ; mais, en quelques points, les noyaux se colorent moins bien au voisinage du centre des follicules, tant dans la peau que dans les ganglions et les amygdales.

Les pituitaires des malades des observations II et III et la muqueuse pharyngienne de celui de l'observation II présentent, dans un stroma poreux, une infiltration de cellules polynucléaires, lymphoïdes et plasmatiques, structure qui ne m'a pas paru se distinguer de celle des lésions analogues chez des sujets sains.

Par aucun procédé de coloration je n'ai réussi à découvrir d'éléments microbiens dans les tissus pathologiques.

*
* *

Dès le début de mes recherches sur le lupus pernio, deux lésions ont attiré spécialement mon attention : les *adénopathies* et les *déformations digitales,* lésions qui jusqu'ici avaient été signalées en faveur de l'hypothèse de la nature tuberculeuse du lupus pernio, quoiqu'aucun auteur ne les eût soumises à un examen approfondi.

Comme je viens de le démontrer, l'étude de ces ganglions, pas plus que celle des éléments cutanés, ne peut servir à établir la nature tuberculeuse des lésions. Il est vrai que leur structure histologique est caractérisée par la présence de follicules d'aspect tuberculeux; mais, à l'encontre de ce qui se produit si souvent dans les ganglions tuberculeux, ces ganglions ne présentent nulle part de caséification et n'aboutissent jamais ni à la calcification ni à la suppuration ; par contre, ils évoluent vers une transformation fibreuse. Ils ne réagissent jamais à la tuberculine et ils apparaissent chez des individus qui ne réagissent à aucune épreuve par la tuberculine. Je ne suis jamais parvenu à trouver de bacilles tuberculeux, ni de la forme classique ni de la forme granuleuse. Enfin, inoculés aux cobayes, ces ganglions ne les tuberculisent pas.

Si, comme il ressort de l'évidence, mes recherches ne m'ont pas permis d'admettre pour les adénopathies du lupus pernio une étiologie tuberculeuse, elles m'ont indiqué dans quelle direction il fallait poursuivre les études.

Car, les lésions portant sur tous les ganglions lymphatiques correspondant ou non à une partie de peau malade, il est évident qu'il ne s'agissait pas de métastases locales ; il semblait au contraire que *les ganglions étaient atteints d'une manière systématique.*

Or, les choses étant ainsi, on était en droit de supposer la présence de l'affection même dans les *amygdales* et en fait, dans deux de mes cas, la biopsie a montré l'exactitude de cette supposition.

Les *déformations digitales* viennent aussi peu que les adénopathies, à l'appui de la nature tuberculeuse du lupus pernio. D'abord le processus pathologique, quoiqu'il se propage assez souvent jusqu'à la surface cutanée, n'aboutit jamais à la fistulisation. Il ne réagit pas à l'épreuve par la tuberculine. Enfin, les lésions du squelette, sous forme de foyers

circonscrits, prédominent dans les extrémités de diaphyses, où ils sont enchâssés dans un tissu osseux presque indemne. Ces constatations contrastent avec celles que nous faisons généralement dans les cas d'ostéite tuberculeuse des petits os longs, où le processus principal occupe les parties centrales des diaphyses et aboutit à un gonflement plus ou moins accusé des os présentant la forme du spina-ventosa ; elles contrastent aussi, par l'intégrité des tissus environnants, avec les caractères des foyers tuberculeux des extrémités des os.

Quant aux *lésions du squelette*, je les ai constatées même dans certains orteils dont l'apparence extérieure est absolument normale. C'est là une circonstance qui mérite d'être signalée, car elle implique que les lésions initiales des doigts occupent les extrémités des os. Or, la prédisposition des tissus lymphatiques à l'égard de cette maladie étant déjà démontrée, quoi de plus naturel que de chercher son origine justement dans la moelle rouge, qui ne persiste chez les adultes que dans les extrémités des os ? Comme dans les ganglions et les amygdales, il se produit ici encore un envahissement du tissu néoplasique et il s'ensuit une décalcification ou même une destruction du tissu osseux. Donc, rien d'étonnant à ce que la délimitation marquée et l'intégrité des parties environnantes, microscopiquement si caractéristiques dans les infiltrats du lupus pernio, se traduisent même sur les radiographies.

L'exploration a décélé dans les *poumons* des lésions tout à fait inattendues, qui ne pouvaient être mises en évidence par l'examen clinique seul. Ce sont des infiltrats en forme de taches, disséminés symétriquement dans les deux poumons et se condensant vers les hiles. Dans l'observation II, l'abondance de ces infiltrats était remarquable ; le premier soupçon qui s'imposait fut, bien entendu, que les poumons étaient le siège de granulations tuberculeuses, diagnostic que renversèrent les épreuves par la tuberculine, 5, 10 et 15 milligrammes de cette substance ne provoquant aucune réaction ni pulmonaire ni générale ; le malade ayant toujours été bien portant et vigoureux et n'ayant jamais éprouvé de troubles respiratoires, on ne pouvait non plus soupçonner qu'il portât une tuberculose pulmonaire *guérie* d'une étendue aussi grande que celle que révélait la radiographie. Il y a donc lieu de supposer que les lésions pulmonaires sont identiques à celles constatées dans la peau, les ganglions lymphatiques et les amygdales, et qu'il s'agit d'un granulome tuberculoïde, mais non tuberculeux, dans les poumons et les ganglions des hiles.

Dans l'observation III, où l'auscultation la plus minutieuse faisait croire à l'absence de toute lésion pulmonaire, la radiographie a montré une grande quantité d'infiltrats disséminés dans les deux tiers inférieurs des poumons et surtout développés au niveau des hiles. La tuberculine, aux doses de 5, 10 et 15 milligrammes, a été supportée sans aucune

réaction pulmonaire ; l'élévation de température de quelques dixièmes de degrés après la dernière injection à dose aussi élevée ne permet pas non plus de parler d'une réaction générale, aucun malaise ne s'étant produit. Ne pouvant admettre pour ces lésions une origine tuberculeuse, je n'hésite pas à les imputer au processus granulomateux, constaté dans la peau, les ganglions et l'une des amygdales de la malade.

Dans l'observation I, où l'épreuve par la tuberculine a permis de diagnostiquer cliniquement une tuberculose pulmonaire, les données radiographiques étaient analogues à celles des observations II et III. Les lésions mises en évidence par la radiographie sont-elles toutes de nature tuberculeuse ou s'agit-il là d'une association de tuberculose et du processus granulomateux, révélé histologiquement dans les ganglions lymphatiques de la malade, c'est là une question impossible à trancher.

Dans l'observation III le foie présentait une augmentation de volume considérable. On trouve dans la littérature quelques cas de lupus pernio où la rate et le foie étaient augmentés de volume (cas de Bloch et de Licharew). Si on remarque que le lupus pernio, comme je viens de le démontrer, est une maladie du système lymphatique, il est très vraisemblable que l'augmentation de volume de la *rate* et du *foie* tient à la même lésion anatomique que celle des ganglions et des amygdales.

Il ressort de ce qui précède que le lupus pernio, autant qu'il a pu être constaté sur le vivant, occupe dans l'organisme les mêmes tissus que les maladies du système lymphatique, les lymphadénies ; à savoir les ganglions lymphatiques, les amygdales, la moelle des os, les poumons, la rate et le foie.

Quelques *particularités des localisations profondes* du lupus pernio méritent de retenir l'attention. C'est tout d'abord le peu de signes cliniques qu'elles provoquent et la facilité avec laquelle elles se soustraient à l'observation du malade et du médecin : en ce qui concerne les ganglions, j'ai examiné certains d'entre eux qui, bien qu'ils fussent complètement envahis par le processus néoplasique, ne dépassaient pas le volume d'un pois ; les amygdales n'étaient tuméfiées chez aucun de mes malades ; les lésions osseuses étaient démontrées par la radiographie dans plusieurs doigts d'apparence extérieure absolument normale et la découverte des lésions pulmonaires était tout à fait surprenante. Il se peut donc que des lésions semblables existent dans la rate et dans le foie sans se manifester par une augmentation du volume de ces organes.

Presque toujours les malades viennent consulter pour les lésions cutanées, mais il ressort de ce qui précède qu'on manque de précision sur l'*évolution chronologique des accidents*. Nous connaissons cependant des cas où les lésions lymphatiques ont été les premières en date : dans un cas de Klingmüller, les lésions cutanées avaient été précédées

par une tuméfaction universelle des ganglions et il n'est pas rare que les déformations digitales soient les premières lésions observées ; dans mon observation II elles avaient précédé de 5 ans l'apparition des néoplasies cutanées. Étant donné qu'on connaît plusieurs cas où le lupus pernio a débuté dans l'appareil lymphatique et a existé pendant des années sans affecter la peau et que les ganglions étaient intéressés dans tous les cas où ils ont été examinés, nous sommes, semble-t-il, en droit de supposer que l'affection débute toujours dans l'appareil lymphatique. Les prémisses ne permettent pas une conclusion tout à fait absolue et il sera bien difficile de les améliorer à l'avenir, car ce sont en général les manifestations cutanées qui attirent l'attention du malade et du médecin. Toutefois, il est évident que les lésions cutanées ne constituent pas des symptômes essentiels ; il existe au contraire un lupus pernio sine lupo, quoiqu'on ne puisse fixer la fréquence de la maladie sous cette forme.

Dans les conditions décrites, la peau tiendra, dans le lupus pernio, une place autre que celle que nous sommes habitués à lui attribuer, place qui correspond bien à celle qu'elle a dans les autres lymphadénies.

Mais cela n'est pas assez. Le parallélisme de la symptomatologie cutanée s'étend même au mode spécifique de l'affection de la peau. C'est un fait connu que, dans les lymphadénies, la maladie de Hodgkin par exemple, il faut distinguer deux catégories de manifestations cutanées : 1° les néoplasies qui, au point de vue anatomique et pathogénique, équivalent aux altérations internes, et 2° les dermatoses d'ordre banal, appartenant le plus souvent au groupe du prurigo. Dans le lupus pernio, la première de ces catégories a son analogie dans les lésions faciales classiques ; mais, comme le montre mon observation II, il existe même ici une manifestation cutanée différente des lésions profondes et c'est justement un prurigo.

La corrélation avec le lupus pernio de ce prurigo, dont les éléments sont parfaitement typiques au point de vue clinique et histologique, résulte du fait qu'il a débuté en même temps que les premiers symptômes de la maladie, les tuméfactions digitales, et que, comme le lupus pernio, il a présenté des exacerbations hivernales. Ce prurigo mérite, à juste titre, le nom de prurigo lymphadénique.

Pour compléter la démonstration du caractère lymphadénique du lupus pernio, il faut encore remarquer la modification de son *équilibre leucocytaire* caractérisé par l'augmentation du nombre des grands mononucléaires et l'effet favorable qu'exerce sur lui la *médication arsenicale*, effet qui s'observe dans les autres maladies du système lymphatique.

Si le lupus pernio, par son extension dans l'organisme, se comporte comme les maladies du système lymphatique et offre plusieurs autres analogies avec ces maladies, sa *marche benigne* constitue cependant

un caractère distinctif qui le différencie de toutes les autres maladies de cette catégorie.

*
* *

Il y a déjà longtemps que plusieurs auteurs ont signalé certaines analogies entre les *sarcoïdes cutanées* et le lupus pernio. N'ayant pour ma part jamais observé de cas de sarcoïdes à l'époque où j'ai achevé mes recherches résumées ci-dessus (1), il m'était impossible de realiser mon désir de baser une conception de l'identité des deux affections sur l'examen du système lymphatique d'un cas de cette dernière affection. L'occasion ne s'est présentée à moi qu'en juin 1915, époque où une femme est venue me consulter pour des sarcoïdes cutanées du type nodulaire.

Observation IV. — Femme d'agriculteur, 34 ans, dont les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels sont muets au point de vue de la tuberculose et de toute autre maladie. L'affection pour laquelle elle se présente a débuté au mois de décembre 1913.

État en juin 1915. — Cette femme, qui se porte à merveille, présente au-dessus du sourcil droit une plaque légèrement saillante et nettement limitée, mesurant 2 centimètres de diamètre, de coloration violacée ; vers le centre la vitropression fait apparaître des taches jaunâtres rappelant des nodules lupiques, sans avoir cependant leur degré de translucidité. En tendant la peau on remarque de nombreux petits corpuscules de milium et de fines téléangiectasies.

Des lésions semblables se trouvent au niveau de l'aile nasale droite, de la commissure labiale gauche, de la région temporale gauche et de l'ourlet du pavillon de l'oreille droite.

Derrière l'oreille gauche, on trouve un ganglion mobile du volume d'un pois ; sous le maxillaire droit, deux ganglions du volume d'une fève. Les deux ganglions épitrochléens sont gros comme des cerises. Légère adénopathie multiple dans les aines.

La pituitaire est lisse et luisante ; hypertrophie légère au niveau des cornets inférieurs.

Les amygdales dépassent à peine les piliers du voile du palais.

L'examen clinique des viscères est négatif.

Sang : globules rouges 6 065 000, globules blancs 7 200-8 300 (lymphocytes 11 pour 100, polynucléaires 71 pour 100, grands mononucléaires 16 pour 100 ; éosinophiles 1 pour 100 ; basophiles 1 pour 100) ; hémoglobine 110 pour 100.

La cuti-réaction, pratiquée avec la tuberculine ancienne, bovine et aviaire est négative ; l'intra-dermo-réaction selon la méthode de Mantoux négative.

Quatre injections sous-cutanées de tuberculine ancienne ont été effectuées

(1) Mes recherches sur le lupus pernio ont été adressées à la Société française de Dermatologie et de Syphilographie en novembre 1914.

avec deux jours d'intervalle : avec 1 milligramme ; la température ne dépassa pas 37°,1 ; avec 2, 37°,3 ; avec 5, 37°,5 ; avec 10, 37°,5.

Ces injections n'ont point provoqué de malaise. Pas de réaction locale ni à la face, ni aux poumons, ni aux lieux d'injection.

Microscopiquement, les lésions cutanées présentent des nodosités circonscrites, composées de cellules épithélioïdes et géantes et entourées d'une couronne incomplète de cellules lymphoïdes. La structure cadre en tout point avec celle du lupus pernio.

Ce cas m'offrant une occasion de trancher la question de savoir jusqu'à

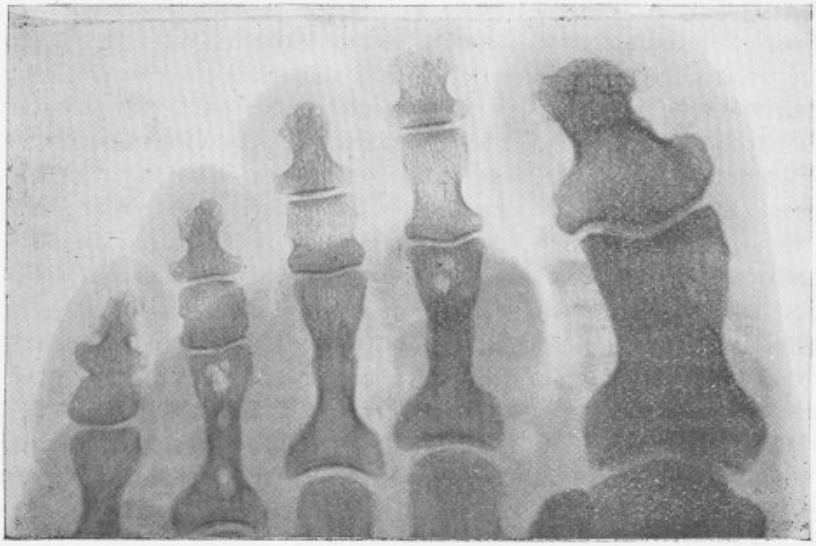


Fig. 2. — Pied gauche de l'observation IV.

quel point était justifiée ma supposition d'après laquelle les sarcoïdes cutanées seraient, ainsi que le lupus pernio, les manifestations cutanées d'une lymphadénie granulomateuse, j'ai extirpé les deux ganglions épitrochléens et les amygdales et soumis à un examen radiographique les poumons et le squelette des mains et des pieds..

L'examen microscopique révèle, et dans les *ganglions* et dans les *amygdales,* la présence d'un tissu néoformé dont la structure tuberculoïde est tout à fait analogue à celle du lupus pernio.

Deux cobayes, inoculés avec des fragments importants des ganglions, n'ont pas été tuberculisés. L'un d'eux, après 8 mois, est mort de pneumonie disséminée ; l'autre, toujours en parfait état de santé, n'a été influencé d'aucune manière par 0,5 et 2 milligrammes de tuberculine.

La radiographie révèle dans les *poumons* une augmentation de volume des ombres hilaires, se prolongeant le long des grandes bronches.

Les radiographies des *mains* et des *pieds,* qui présentaient une appacence extérieure absolument normale ne montrent d'altérations qu'au niveau de la première phalange des deuxième et quatrième orteils du pied gauche. On y voit des groupes de taches du diamètre d'un grain de

mil, claires, situées dans le deuxième orteil au niveau de l'extrémité distale et proximale. Ces taches ne sont limitées par aucune zone de démarcation, la calcification des parties voisines n'est ni augmentée ni diminuée et les travées osseuses voisines présentent la même configuration que les travées environnantes : les taches correspondent donc à des foyers de décalcification — peut-être de destruction — situés dans un tissu osseux presque normal (fig. 2).

Par conséquent, le processus pathologique — qui est impossible à différencier de celui du lupus pernio — a atteint les ganglions lymphatiques ne correspondant à aucun territoire cutané malade, les amygdales, les poumons et les petits os longs. C'est là un fait capital qui, faute de preuve étiologique, rend on ne peut plus manifeste l'identité pathogénique des sarcoïdes cutanées et du lupus pernio.

J'ajouterai quelques faits complémentaires, communs au lupus pernio et aux sarcoïdes : la prédilection pour les jeunes gens sains ; l'apparition des manifestations cutanées dans la saison froide ; la présence de saillies jaunâtres signalées dans le lupus pernio sous le nom de « nodules lupiques » ou « lupoïdes », dans les sarcoïdes, sous celui de « foyers miliaires » ; un état catarrhal des muqueuses respiratoires ; l'augmentation des grands mononucléaires et des formes de transition du sang ; la bénignité et l'effet favorable de la médication arsenicale,

Le lupus pernio et les sarcoïdes cutanées représentent donc, sous des formes différentes, un processus granulomateux d'origine inconnue et généralisé dans le système lymphatique, processus dont l'essence pourrait se traduire par la dénomination de « lymphogranulome ». Je m'empresse de relever que cette dénomination ne traduit pas d'autre identité avec le lymphogranulome de Hodgkin que celle de l'extension dans l'organisme. Les lésions cutanées étant d'ordre accidentel, on ne doit pas caractériser la maladie par un attribut dermatologique ; un caractère essentiel est la bénignité, qui différencie cette lymphadénie de toutes les autres, et tout particulièrement du lymphogranulome malin de Hodgkin. Je propose donc de donner à la forme de lymphadénie, dont le lupus pernio et les sarcoïdes constituent des manifestations cutanées, le nom de *lymphogranulome benin*.

* * *

Ne serait-il pas possible d'appliquer aux *sarcoïdes sous-cutanées de Darier* la conception pathogénique que mes recherches m'ont permis d'émettre au sujet du lupus pernio et des sarcoï-es cutanées ? C'est là une question que semble résoudre l'observation suivante.

Observation V. — Employé, 23 ans, dans les antécédents duquel on

ne relève aucune affection tuberculeuse. Il y a 8 mois, il a découvert la première des tumeurs pour lesquelles il est venu me consulter.

État en mai 1916. — Le malade, dont la constitution est grêle et la musculature peu développée, présente au niveau de la face antérieure de la cuisse gauche une tumeur du volume d'une amande et de consistance dure. Cette tumeur, qui siège dans le tissu sous-cutané, a une forme allongée et est mal limitée. La peau qui la recouvre a une teinte tout à fait normale.

Au niveau de la face externe de l'avant-bras droit on note une tumeur semblable, du volume d'une fève. A son insu, le malade porte une troisième tumeur dans l'hypoderme de la face externe du bras gauche et, dans la région lombaire, deux petites tumeurs sous-cutanées, une de chaque côté de la ligne médiane.

La tumeur de l'avant-bras droit, qui seule fait une légère saillie, adhère un peu à la peau. Les autres sont mobiles par rapport à la peau et aux tissus sous-jacents.

Toutes sont absolument indolores.

L'examen clinique des viscères ne montre rien d'anormal.

Sang : globules rouges 4 460 000, globules blancs 8 340 (lymphocytes 41 pour 100, polynucléaires 55 pour 100, grands mononucléaires 3 pour 100, éosinophiles 0,5 pour 100, basophiles 0,5 pour 100) ; hémoglobine 100 pour 100.

L'intra-dermo-réaction, pratiquée selon la méthode de Mantoux avec 1/100 de milligramme de tuberculine, ne se manifeste pendant les quatre premiers jours que par une tache rosée, bien limitée, non saillante qui commence à augmenter au bout de quatre jours et atteint, au sixième jour, un diamètre de huit millimètres ; elle persiste pendant 5 à 6 jours, puis disparaît progressivement.

Trois injections sous-cutanées de tuberculine ont été faites avec deux jours d'intervalle : avec 1/10 de milligramme, la température a atteint 37°,4 ; avec 1 milligramme, 37°,4 ; avec 5 milligrammes, 38°,5.

Les deux premières injections n'ont provoqué qu'un léger embarras d'estomac ; après la troisième, sont survenus un violent mal de tête et de la diarrhée. Pas de réaction locale du côté des tumeurs sous-cutanées, ni du côté des poumons.

Les *lésions histologiques*, étudiées sur une biopsie de la tumeur de l'avant-bras droit, consistent en une néoformation occupant l'hypoderme, soit sous forme de bloc massif, soit sous forme de traînées irrégulières et se composant de cellules épithéloïdes, géantes et lymphoïdes.

Les cellules éphithélioïdes, qui constituent l'élément essentiel de la néoformation, sont des cellules polygonales ou fusiformes, dont le protoplasma est clair, le noyau ovalaire et faiblement coloré. Le groupement de ces cellules autour des vaisseaux fait penser à une origine vasculaire. En certains points, les cellules épithélioïdes semblent résulter de l'augmentation du protoplasma et de la diminution de la

graisse des cellules adipeuses, quoique l'examen d'une centaine de coupes ne m'ait pas tout à fait convaincu que tel avait été le mode de formation ; en examinant certaines coupes on a l'impression que cette transformation des cellules adipeuses est même fréquente, mais je vais montrer que les lésions vasculaires peuvent prêter à confusion à cet égard.

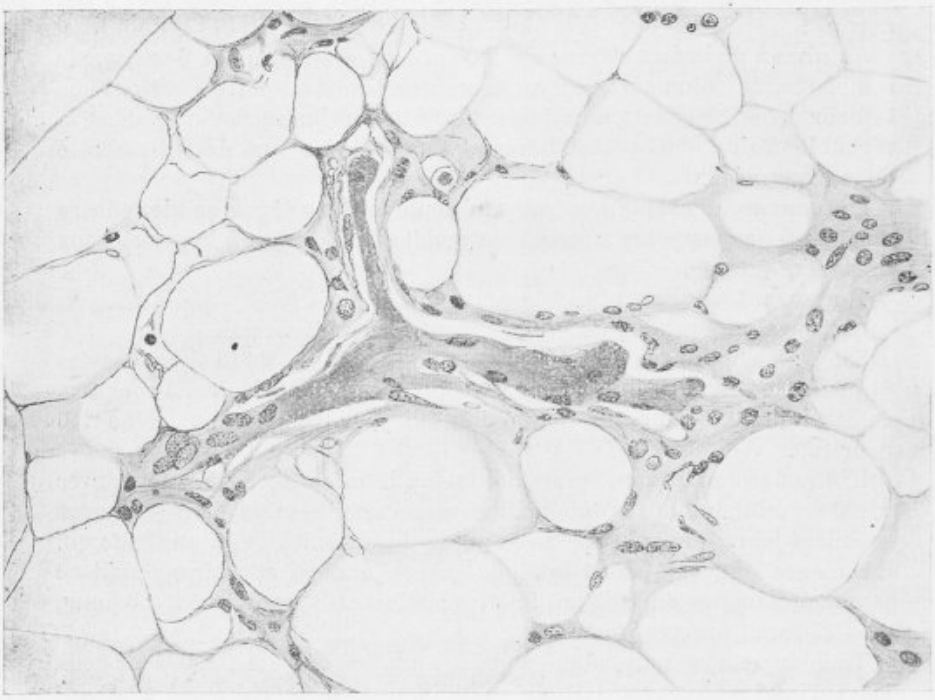


Fig. 3. — (Grossissement, 300 diamètres). — Endocapillarite gigantocellulaire. Observation V.

Les cellules géantes, dans quelques coupes, sont assez nombreuses. En général, leur origine endocapillaire est indiscutable : les cellules endothéliales tuméfiées se fusionnent, formant des masses protoplasmatiques qui comblent la lumière du vaisseau et se ramifient souvent dans un capillaire voisin (fig. 3). Ces plasmodes multinucléés, dont le protoplasma central est métachromatique et dont le protoplasma périphérique, périnucléaire, est acidophile, se colorent généralement assez fortement.

Coupés transversalement, ces plasmodes pourraient facilement se confondus avec une « atrophie prolifération » des cellules adipeuses aboutissant à la formation de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. L'étude des coupes en série permet d'éviter toute confusion de ce genre (fig. 4).

Les cellules lymphoïdes sont rares et isolées, et ne forment nulle part d'agglomérations ou de couronnes lymphoïdes.

Le tissu néoformé est bien vascularisé, les vaisseaux occupent souvent le centre des traînées cellulaires. Il n'y a pas de nécrose.

On ne constate aucun élément microbien. Un cobaye, inoculé avec

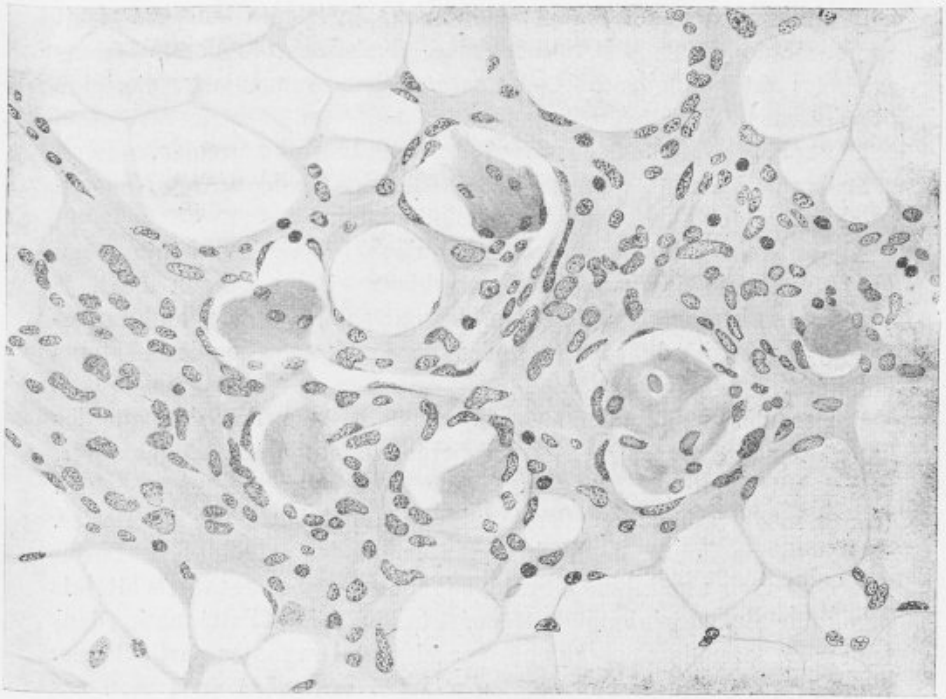


Fig. 54. — (Grossissement, 300 diamètres). — Infiltrat épithélioïde avec plasmodes endovasculaires multinucléés coupés en travers et pouvant prêter à confusion avec une atrophie prolifération des cellules adipeuses. (Observation V).

une partié de la tumeur extirpée, ne présente, après sept mois, aucun signe morbide.

Ce cas rentrant exactement dans le cadre des « sarcoïdes sous-cutanées » décrites par Darier et Roussy, il m'a paru intéressant d'examiner en détail le système lymphatique, car il était possible que les sarcoïdes sous-cutanées fussent une localisation hypodermique du « lymphogranulome bénin », dont le lupus pernio et les sarcoïdes cutanées sont la localisation dermique.

Or, dans les régions sous-maxillaires, on notait un ganglion du volume d'un pois et de consistance dure, dont il était impossible de pratiquer un examen microscopique.

Les deux *amygdales*, qui étaient notamment saillantes furent extirpées et présentaient l'aspect microscopique des amygdalites chro-

niques banales. On ne voyait nulle part les follicules tuberculoïdes dont abondent les amygdales des sujets atteints de sarcoïdes cutanées.

La radiographie ne révélait pas de lésions du squelette, des *mains* et des *pieds*.

L'examen radiographique des *poumons* donnait le résultat suivant : les ombres des deux hiles, augmentées de volume et d'opacité, présentent plusieurs foyers calcifiés ; la bronche inférieure du côté droit est entourée d'une gaine condensée. Il s'agissait donc de lésions calcifiées du poumon droit et des ganglions bronchiaux, d'origine tuberculeuse.

La *rate* et le *foie* ne dépassaient pas leurs limites normales.

J'ajoute qu'il n'y avait pas la modification de l'*équilibre leucocytaire* qui caractérise le lymphagranulome bénin.

N'ayant relevé dans mon examen qu'une tuberculose bénigne ou peut-être guérie des ganglions bronchiaux et du poumon droit, je conclus que les sarcoïdes de Darier ne sont pas imputables au lymphogranulome bénin, dont les sarcoïdes de Bœck sont les localisations cutanées.

Darier, dès ses premières observations, a émis l'opinion que les sarcoïdes sous-cutanées sont des tuberculides, et la plupart des observations ultérieures plaident en faveur de leur nature tuberculeuse. L'examen de mon cas confirme, lui aussi, l'opinion émise par Darier. Si l'érythème induré de Bazin, avec lequel les sarcoïdes de Darier semblent avoir une intime affinité, se rencontre chez des sujets atteints d'une tuberculose bénigne et atténuée, la bénignité et l'atténuation dans les cas de sarcoïdes sous-cutanées paraissent être toutes particulières. A cet égard, l'intra-dermo-réaction retardée et torpide dans mon cas mérite d'être signalée. Il est naturel de supposer que cette atténuation extrême a empêché certains auteurs de trouver des symptômes ou des traces de l'infection tuberculeuse.

Si j'ai conclu que les sarcoïdes de Darier accusent une pathogénie différente de celle des sarcoïdes de Bœck, cette conclusion n'a trait qu'aux sarcoïdes noueuses et nodulaires des membres, dont le cas actuel est un exemple. Reste à savoir si les sarcoïdes sous-cutanées des membres se différencient de celles du tronc autrement que par la localisation.

Résumé.

Le lupus pernio et les sarcoïdes cutanées sont des symptômes d'une seule et même maladie.

Cette maladie est une lymphadénie tuberculoïde, qui se distingue par la multiplicité de ses localisations lymphatiques dans les ganglions, les amygdales, la moelle des os, les poumons, la rate et le foie.

De même que les autres lymphadénies, cette maladie présente des manifestations cutanées de deux espèces : les unes, de même nature que les lésions internes, sont celles décrites sous les dénominations de « lupus pernio » et de « sarcoïdes cutanées »; les autres, d'ordre banal, n'ont été signalées que dans un cas, où elles étaient représentées par un prurigo.

N'ayant aucune relation avec la tuberculose ni avec aucune autre infection connue, cette maladie est un granulome infectieux spécial a marche bénigne dont les caractères essentiels pourraient se traduire par la dénomination de « Lymphogranulome bénin ».

Les sarcoïdes sous-cutanées, probablement d'origine tuberculeuse, ne sont pas dues à cette lymphadénie.

NOTE SUR L'ÉTAT DU RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE DANS LA SYPHILIS

Par **Jean Félix,**

Interne des Hôpitaux suppléant.

Travail de la Clinique de Dermatologie et Syphiligraphie de l'Université de Toulouse (Pr Audry).

Le réflexe oculo-cardiaque consiste dans l'ensemble des modifications de la contraction cardiaque amenées par pression modérée de l'un ou des deux globes oculaires. Sa voie emprunte le trajet des fibres sensitives du trijumeau, se réfléchit au carrefour bulbaire vers le cœur par le pneumogastrique, ou plus rarement par les fibres d'innervation sympathique du cœur. En clinique on l'apprécie par les modifications de la fréquence du pouls.

Chez la plupart des sujets normaux la compression amène un ralentissement de 6 à 12 pulsations par minute. — Au-dessus de ce chiffre le réflexe est exagéré. — Il peut être encore aboli, ou inversé (augmentation de la fréquence du pouls par la compression).

Les centres nerveux sont fréqnemment atteints dans la syphilis, et d'une manière précoce. Il nous a paru intéressant de rechercher sur une série de malades atteints seulement de syphilis, à la période du chancre ou des accidents secondaires, l'état du réflexe oculo-cardiaque et l'état du système nerveux. Ne tenant pas compte des rares cas où ce réflexe est exagéré ou inversé et ne permettant pas de juger des modifications du système nerveux amenées par la syphilis seule, nous avons trouvé le réflexe oculo-cardiaque

	Normal	Très diminué ou aboli
	—	—
A la période du chancre.	9	10
Lors des accidents secondaires (50 cas). . .	19	31
Chez 50 sujets normaux.	47	3

Chez nos malades, nous n'avons pas constaté de parallélisme entre l'abolition du réflexe et divers accidents nerveux du début de la syphilis (céphalée, paresse ou abolition du réflexe irien à la lumière, exagération légère des réflexes tendineux), non plus qu'avec la gravité de la syphilis et l'atteinte de l'état général, ou l'apparition de la réaction de fixation dans le sérum. Après un traitement énergique, tantôt le réflexe réapparaît, tantôt il reste aboli ou très diminué.

Les atteintes graves de la peau se sont accompagnées 4 fois sur 6 de l'abolition du réflexe. Rappelons que M. Ravaut, qui a trouvé une réaction méningée sans rapport avec la céphalée dans au moins 50 pour 100 des cas de syphilis secondaire, a établi la concordance de la réaction méningée et des éruptions graves de la peau. Nous n'avons pas pu étudier les altérations du liquide céphalo-rachidien chez nos malades. Cette étude, si elle est faite plus tard parallèlement à celle du réflexe oculo-cardiaque, pourrait, nous semble-t-il, permettre de préciser les rapports si intéressants de l'atteinte radiculaire ou méningée avec l'atteinte des centres dans les premières périodes de la syphilis.

*
* *

Dans d'autres manifestations de la syphilis (accidents tertiaires, tabes, paralysie générale, hérédo-syphilis) nous avons trouvé le réflexe oculo-cardiaque très fréquemment aboli, et constamment dans les cas de syphilis du système nerveux. Ces résultats concordent avec ceux apportés par MM. Lœper, Mougeot et Vahram à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (19 mars 1914).

RECUEIL DE FAITS

A PROPOS D'UN CAS REMARQUABLE DE PSEUDO-RÉINFECTION SYPHILITIQUE

Par **A. Cassar.**

Travail de la Clinique de Dermato-syphiligraphie de l'Université de Toulouse (Pr Audry).

Voici un fait destiné à montrer une fois de plus combien il faut être prudent dans l'affirmation d'une réinfection syphilitique. On sait que pour pouvoir qualifier de chancre de réinfection une lésion chancriforme survenue chez un syphilitique il faut :

1° Une lésion clinique et microscopique typique ;

2° Une pléiade.

3° Une réaction de Wassermann négative. Tout était réuni chez le malade dont voici l'observation ; mais le hasard, et un examen convenable seul a pu redresser l'erreur que nous étions prêts à commettre.

Marius D..., âgé de 58 ans, contracte la syphilis en 1913. Il se présente à la consultation de la clinique le 4 janvier de la même année porteur d'un chancre induré siégeant sur la moitié droite du gland. On lui fait subir trois injections d'arsénobenzol (606 ancien), de 0 gr. 50 chaque, à dix jours d'intervalle ; et une série de six injections d'huile grise à cinq jours d'intervalle ; chaque piqûre représentant 6 centigrammes de mercure. Le malade quitte l'hôpital, son chancre complètement cicatrisé, et se jugeant suffisamment guéri il cesse tout traitement.

Le 17 décembre 1916, il se présente à nouveau à la clinique pour phimosis irréductible. A la palpation et à travers toute l'épaisseur du prépuce, on trouve une nodosité particulièrement dure, paraissant siéger au niveau du sillon balano-préputial et sur la moitié gauche du gland. Mis en garde par cette induration nous explorons la région inguinale et des deux côtés constatons l'existence d'une polyadénite, d'une pléiade typique. L'incision dorsale du prépuce vient lever notre doute.

Nous nous trouvons en présence, à cheval sur le sillon balano-préputial et la moitié gauche du gland, d'une lésion chancriforme, surélevée, plane ou à peine érodée, brillante, de couleur grisâtre, et d'une induration qui laisse peu de doute sur son origine. L'examen sur frottis à l'ultramicroscope vient d'ailleurs préciser ce tableau clinique. Nous trouvons quatre à cinq tréponèmes, quelques-uns traversant, non

sans agilité, le champ microscopique. Le diagnostic de chancre syphilitique s'imposait à nous.

En outre, réaction de Wassermann effectuée le 20 décembre, nettement négative.

Ainsi : antécédents thérapeutiques, tableau clinique de l'infection syphilitique au début (lésion chancriforme siégeant à une certaine distance de la cicatrice du chancre de 1913, pleiade, trépomènes à l'ultramicroscope...), réaction de Wasserman négative, tout nous permettait d'écarter l'hypothèse d'une lésion récidivante, et d'adopter celle d'une réinfection vraie.

Mais le 26 décembre le malade se plaignant de voir sa vue baisser depuis une dizaine de mois environ, accusant même une cécité quasi absolue du côté droit, un examen du fond de l'œil est effectué. M. le Pr Frenckel constate une neurorétinite droite « probablement spécifique », disait la fiche de diagnostic. Somme toute, lésion tertiaire de la rétine incompatible avec notre diagnostic.

On institue dès l'entrée du malade dans le service un traitement antisyphilitique selon la méthode habituelle (quatre injections intraveineuses de novarsénobenzol de 0 gr. 75 tous les dix jours ; injections intramusculaires d'huile grise). La lésion préputiale est en bonne voie de cicatrisation dès la troisième injection de novarsénobenzol. La pléiade persiste encore. Le malade n'accuse aucune amélioration de sa vue. La réaction de Wassermann effectuée le 28 décembre se montre positive.

Il ne s'agissait pas d'une réinfection, mais bien d'une récidive chancriforme. Or ces récidives chancriformes sont infiniment plus fréquentes qu'avant l'emploi des arsenicaux. Elles ont été déjà signalées très exactement au cours de la première année de la syphilis (secondar Primar affect des Allemands). Mais nous pensons que de pareils cas se multiplient à des époques plus tardives, au fur et à mesure que s'accroît l'ancienneté de la vérole chez les sujets traités par les arsenicaux. Nous aurions pu relater au moins deux autres cas, mais tous deux avec une réaction Wassermann positive, par conséquent moins intéressants. Que les arsenicaux aient apporté d'étranges changements dans la physionomie de la syphilis, il n'en faut pas douter, et nous ne les connaissons certainement pas encore bien. Il n'en est pas moins vrai qu'on ne saurait être trop prudent dans l'affirmation d'une réinfection syphilitique. Et il faut surtout tenir compte que, parmi les cas qui ont été publiés (J. Benario, Die Reinfectionen bei Syphilis), un bien petit nombre se présentent dans des conditions aussi probantes que le nôtre. Et cependant on voit qu'il ne conduit qu'à une erreur.

Chancre simple.

Chancre simple serpigineux (Cancro molle serpiginoso), par Rabello. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia,* séance du 27 décembre 1913, p. 88.

H. 40 ans. Début de la maladie il y a 24 ans par un chancre simple suivi de bubon inguinal droit. L'ulcère s'est étendu en serpentant sur tout le tronc, laissant derrière lui de fortes brides cicatricielles. Actuellement on voit des ulcères sur l'épaule gauche, la région sacrée et le tiers supérieur de la cuisse gauche. Ces ulcérations ressemblent à des gommes ouvertes, peau décollée et bleuâtre. Réaction de Wassermann négative. Pas de champignons par ensemencement du produit de râclage sur le milieu de Sabouraud. Injections de mercure ou de salvarsan négatives. Le microscope ne dénote que des lésions d'inflammation chronique avec nombreuses cellules géantes. L'examen bactériologique a révélé dans les frottis des germes ressemblant aux bacilles de Ducrey. J. Méneau.

Chancres simples phagédéniques de l'anus et du pli interfessier cas clinique (Chancros venéreos fagedénicos del ano y plieque intergluteo Caso clinico), par Torns. *Actas dermo-sifiliográficas,* décembre 1914-janvier 1915, p. 110.

Prostituée de bas étage, âgée de 22 ans ; contagionnée de chancres simples fissuraires des plis radiés de l'anus, par suite du manque de soins, de propreté, elle s'inocula dans le pli interfessier ; il se forma ainsi un chancre simple phagédénique large comme la paume de la main avec une large plaque de nécrose au milieu du pli interfessier, qui rappelait étonnamment les eschares sacrées des malades atteints de myélite et de méningo-myélite aiguës. Guérison rapide par des pansements au permanganate de potasse à 1/250. J. Méneau.

Étude clinico-thérapeutique des chancres simples de l'anus (Estudio clínico-terapéutico de los chancros blandos del ano), par Covisa. *Revista clinica de Madrid,* 30 avril 1915, p. 283.

Les chancres simples de l'anus ont une physionomie clinique spéciale, due à la région où ils siègent. Leurs caractères les plus saillants sont la formation du condylome satellite et la prolongation intra-anale qui les rend inaccessibles à l'exploration et au traitement.

Pour les découvrir et les traiter convenablement, il est indispensable : 1° d'obtenir une anesthésie profonde (anesthésie circonscrite de Ravaut ou méthode quelconque) ; 2° de cautériser superficiellement au thermo-cautère ; 3° de laisser l'organe au repos, c'est-à-dire supprimer momentanément les selles au moyen de l'opium. J. Méneau.

Chancre simple du genou (Cancermolle extra genital), par Silva Aranjo Filho. *Sociedade Brasileira de Dermatologia,* séance du 29 avril 1914.

Un nègre de 21 ans, après avoir été atteint de chancres simples du sillon balano-préputial, vit survenir quelques jours après sur le genou gauche une ulcération irrégulière, à bords taillés à pic. Fond rouge foncé, anfractueux, pultacé et baigné par le pus. Strepto bacille de Ducrey dans le frottis. J. Méneau.

De l'emploi du novarsénobenzol dans le traitement du chancre simple (Do empugo e vantagens do neosalvarsan eros casos de cancro venereo), par O. de Carvalho. *Sociedade Brasileira de Dermatologia,* séance du 30 octobre 1914.

C. a employé avec succès le novarsénobenzol sur 38 malades porteurs de chancres simples. Un malade avait plusieurs chancres simples ulcéreux, ayant résisté aux traitements habituels ; le novarsénobenzol en cinq jours a cicatrisé les ulcérations. J. Méneau.

Traitement du chancre mou, par F. Balzer. *Paris Médical,* 6 mai 1916, p. 430.

Pour B., le traitement du chancre simple peut être couramment formulé de la façon suivante : 1° Application d'air chaud. A défaut, bains locaux très chauds ou irrigations chaudes prolongées avec une solution de permanganate de potasse de 0,25 à 1 pour 1 000. — 2° Cautérisation superficielle en employant de préférence le chlorure de zinc au 1/10, l'acide phénique dans l'alcool au 1/10 ou le carbure de calcium en poudre. Cette cautérisation n'est plus répétée dès que la virulence du chancre paraît eteinte. — 3° Pansements répétés plusieurs fois par jour avec des poudres antiseptiques iodées ou mieux avec la limaille argentico-zincée de 0,50 à 1 pour 100, appliquée soit en pâte demi-liquide, soit en poudre sèche. Ces pansements sont continués jusqu'à transformation de l'ulcère en plaie bourgeonnante. — 4° A la période de bourgeonnement emploi de la poudre argentico-zincée à 0,50 pour 100 ou de la pommade au baume du Pérou à 10 pour 100, jusqu'à épidermisation complète. R.-J. Weissenbach.

Sur les composés cupriques contre le chancre simple (Ueber Kupferverbindungen gegen Ulcus molle), par J. Almkvist. *Dermatologische Wochenschrift,* 31 janvier 1914.

Le sulfate de cuivre a été déjà employé contre le chancre simple soit comme caustique soit en solution étendue. Après avoir essayé un certain nombre de composés cupriques, A. s'est arrêté à un dérivé amido-acétique qu'il emploie sous forme de pommade à 1 ou 2 pour 100. Sans odeur et peu irritante cette pommade donne d'aussi rapides guérisons que le traitement par la chaleur. A. l'emploie également pour le traitement abortif des adénites. Pellier.

Bubons chancrelleux.

Guérison d'un bubon chancrelleux suppuré, en huit jours, sans cicatrices apparentes, par le drainage filiforme, par Clément Simon,

Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 17 mars 1916, p. 348.

Homme atteint de chancre mou avec adénite suppurée ; une ponction, suivie d'injection d'éther iodoformé, donne issue à une assez grande quantité de pus chocolat.

Le lendemain le pus s'est reformé, la poche est aussi tendue qu'avant la ponction. Trois jours plus tard, S., introduisant par l'orifice de la ponction une aiguille de Reverdin, pratique une contre-ouverture à la partie déclive et passe dans le bubon un crin de Florence qu'il noue en anse sur une compresse. Le lendemain le pus ne s'est pas reformé ; 8 jours plus tard l'adénite est guérie, la peau ayant repris son aspect normal ; seuls les points par où le fil a passé sont encore visibles. R.-J. Weissenbach.

Pathogénie et traitement du bubon chancreux de l'aine, par W. Dubreuilh. *Journal de médecine de Bordeaux,* 17 mai 1914, p. 326.

D. expose les différents traitements proposés et préconise la méthode d'Otis, traitement du bubon suppuré par les injections de vaseline iodoformée à 1/10, suivant la technique ci-après : on ponctionne le bubon avec un bistouri à lame étroite ; on exprime le contenu du bubon ; puis on remplit la cavité ainsi vidée par la vaseline iodoformée ; on obture l'orifice avec du collodion et on place un pansement ouaté compressif qu'on laissera en place 8 à 10 jours. Le meilleur procédé pour injecter facilement la vaseline est de remplir la seringue de vaseline liquéfiée par chauffage au bain-marie et de la laisser refroidir pour n'injecter qu'à froid dans la cavité du bubon.

Les résultats de cette pratique sont excellents. En 8 à 10 jours, l'orifice de ponction est cicatrisé et fermé, le bubon rétracté ; il ne persiste qu'un gros nodule induré, mais indolent, constitué par la coque ganglionnaire et la vaseline qu'elle contient. La coque ganglionnaire se résorbe lentement. Parfois, lorsque l'orifice de ponction n'est pas complètement cicatrisé, il arrive que la vaseline est éliminée au dehors, elle ne contient plus d'iodoforme. Dans tous les cas il n'y a plus aucune chance de voir le bubon se chancrelliser. R.-J. Weissenbach.

Granulome vénérien.

Les rapports entre le chancre simple phagédénique et le granulome vénérien (Die Beziehungen zwischen Ulcus molle serpiginosum und Granuloma Venereum), par W. Gennerich, *Dermatologische Wochenschrift,* 11 et 18 octobre 1913.

L'un des trois cas de chancre simple phagédénique rapportés par G. avait été diagnostiqué granulome vénérien par un spécialiste renommé des maladies tropicales. Les lésions ressemblaient parfaitement aux descriptions de Grindon. Les deux autres se rapportaient suffisamment au tableau dressé par Manson sauf une moindre tendance à présenter des formes végétantes. Les examens histologiques de G. concordent également avec les résultats de Siebert. Il est très possible qu'il s'agisse de deux affections identiques. Pellier.

Deux cas de granulome ulcéreux des pays chauds (gránuloma

venereo ulceroso), par Tena. *Sociedade Brasileira de Dermatologia,* séance du 21 avril 1914.

I. Brésilien métis, 22 ans. Sur les plis inguinaux, la face interne des cuisses, le scrotum, le périnée, on voit des ulcères allongés, à bords nets et fond très végétant, baigné par une sérosité fétide et chaude.

II. Nègre brésilien, 31 ans. Même siège des lésions qui vont finir autour de l'anus. Elles consistent en ulcères allongés, à fond verruqueux, baigné par une sérosité mal odorante et saignant facilement.

Dans les deux cas, les frottis ont donné les corpuscules ronds de Donovan, endo et rétro-cellulaires.

Le 1er malade avait souffert d'intertrigo inguinal peu de jours auparavant et l'autre était voisin d'un individu qui avait eu cette maladie. J. Mêneau.

Culture pure de l'agent du granulome vénérien (Reinkulture des Erregers von Granuloma venereum), par Martini. *Münchener medizinische Wochenschrift,* 29 octobre 1912, p. 2378.

Il s'agit du granulome vénérien des tropiques (et non du chancre simple). M. a pu isoler en culture pure un diplocoque qui se retrouvait dans les tissus. Ch. Audry.

Blennorrhagie rectale.

Fréquence et pronostic de la blennorrhagie rectale au cours de la vulvo-vaginite infantile... (Ueber die Häufigkeit und Prognose der Rektalgonorrhoe bei der Kindlichen Vulvovaginitis, nebst Bemerkungen über die Heilbarkeit der Vulvo-vaginitis), par W. Wolffenstim, *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 120, p. 177.

A propos du travail de Mattissohn, W. observe que la blennorrhagie rectale est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément, aussi bien chez les petites filles atteintes de vulvo-vaginite que chez les adultes. Déjà Birger a montré que chez les petites filles elle est plus fréquente que chez les adultes. Sur 26 cas personnels, W. en a trouvé 14 avec rectite. Le pronostic de cette dernière n'est pas plus mauvais que celui de la vulvo-vaginite, et W. a pu, au bout de plusieurs années, retrouver des malades restées guéries intégralement. Pour guérir les vulvo-vaginites, il a fallu à W. un temps variant de 28 jours à 9 mois. Dans un seul cas, il y a eu complication générale (endocardite ayant laissé une insuffisance mitrale). Récidives dans un tiers des cas. Ch. Audry.

Trachome gonococcique.

Trachome et gonorrhée (Trachom und Gonorrhoe), par M. Salzmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 120, p. 206.

Je me borne à indiquer le sens général de ce travail d'ailleurs étendu et soigné, mais qui n'intéresse pas particulièrement les lecteurs de ces *Annales.* S. combat Herzog qui a émis et soutenu l'opinion que les inclusions cellulaires (chlamydozoaires) décrites par Halberstädter et Prosvazek dans le trachome ne sont pas autre chose que des gonocoques en état d'évolution. Ch. Audry.

Traitement de la blennorhagie uréthrale.

Un traitement de la blennorrhagie aiguë de l'urèthre antérieur

(Un tratamiento de la blennorragia aguda de la uretra anterior), por J. DE AZUA. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1913, p. 97.

Outre la diététique et l'hygiène habituelles, A. recommande 4 traitements par jour, de 11 heures du soir à minuit, de 7 à 8 heures du matin, de midi à 1 heure de l'après-midi et de 6 à 7 heures du soir. L'un consiste en un lavage de l'urètre antérieur, à faible pression avec une solution de permanganate de potasse et trois injections de nitrate d'argent. Uriner toujours avant le traitement. Le lavage se fait avec une canule à double courant ou une petite sonde flexible. 300 à 500 grammes de solution de permanganate portée progressivement de 0,20 à 0,50 pour 1 000 suivant l'état et la tolérance de l'urètre. Les injections sont faites avec une seringue à bout conique de 10 centimètres cubes de capacité, et une solution de nitrate d'argent progressivement portée de 1/20 000 à 1/10 000, l'injection ne devant être que légèrement sentie. On obtient ainsi une diminution rapide des douleurs. La cure demande de 8 à 10 semaines. Au bout d'un mois de traitement, recherche des gonocoques. S'il n'y en a pas, suppression d'une des injections de nitrate ; si la guérison persiste quinze jours plus tard, suppression du lavage au permanganate, continuation des 2 injections de nitrate pendant 10 à 13 jours. Alors, réduction des injections de nitrate à une pour la nuit. Nouvelle recherche de gonocoques. S'il n'y en a pas, 2 injections pendant 8 à 10 jours. Si l'exsudat est purement muqueux, tentative de coït avec condom. Si rien ne survient d'anormal, le malade est guéri. En cas de rechute, reprise du traitement. Mais si, après avoir complètement cessé le traitement, le liquide contient encore des gonocoques, il faut recourir à d'autres moyens thérapeutiques. J. MÉNEAU.

Traitement de la blennorrhagie par l'uranoblène (moyen chimico-thérapique) (Tratamiento de la blennorrhagia por el uranoblène (medico quimioterápico), par M. VILLAPADIERNA. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1913, p. 171.

L'uranoblène découvert par Bruck en 1913 est un composé d'argent et d'uranine. C'est une poudre amorphe gris rougeâtre qui se dissout dans l'eau à la proportion de 1/500, en lui donnant une intense fluorescence et une forte couleur jaune. Elle contient 40 pour 100 d'argent. On l'introduit dans l'urètre sous la forme de petites bougies enduites de crème aseptique. Ce mode de traitement est commode, efficace et sans dangers, le malade peut le faire lui-même. Le médicament recouvert d'une gélatine facilement fusible reste longtemps en contact avec l'urètre à haute concentration, il se dissout dans les sécrétions urétrales en étendant d'une façon continue son action bactéricide. Cette méthode évite les ennuis des injections. Le médecin est sûr que le médicament est resté un temps suffisant dans l'urètre en contact avec les parties malades, chose qu'on ne sait jamais avec les injections. J. MÉNEAU.

Traitement du rhumatisme blennorhagique.

Le salicylate de soude dans quelques complications de la blennorrhagie (El salicilato sódico en algunas complicaciones de la blennorragia), par COVISA. *Actas dermo-sifiliográficas,* juin-juillet 1912, p. 315.

Le salicylate de soude agit comme analgésique sur la sensibilité doulou

reuse. La théorie de Vulpian d'après laquelle il agirait directement sur les éléments anatomiques enflammés plaiderait en faveur de l'efficacité des injections locales ou intraveineuses que C. a employées avec succès à la dose répétée de 0,10 et 0,20 par injection contre le rhumatisme, les épididymites et funiculites de nature blennorrhagique. J. MÉNEAU.

Vaccinothérapie antigonococcique.

Le traitement de l'arthrite blennorrhagique par le gonargin (Die Behandlung der gonorrhoischen Arthritis mit Gonargin), par H .HEDEN. *Dermatologische Wochenschrift,* 13 septembre 1913, n° 37, p. 1091.

La gonargine est un vaccin contenant un nombre de microbes morts varient de 5 à 100 millions par centimètre cube et conserve par une addition de 0,5 pour 100 de phénol. Les essais tentés dans le service d'Almkvist semblent montrer que les résultats obtenus dans les arthrites sont supérieurs aux effets thérapeutiques des procédés antérieurs. Il faut remarquer cependant que les premières injections ont été suivies parfois d'une augmentation passagère de la tuméfaction ou des douleurs. PELLIER.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique par les vaccins gonococciques (Tratamiento del reumatismo blennorrágico por las vacunas gonocócicas), par COVISA. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1913, p. 252.

C. a employé le vaccin gonococcique polyvalent de Mayeral. Il n'a jamais observé de phases négatives intenses. Il commence en général par 400 millièmes, augmente progressivement la dose jusqu'à 1 200 millièmes suivant l'état de la lésion, répète cette dose 4 à 5 fois puis redescend graduellement jusqu'à la dose de début, Les injections doivent être faites tous les 3 ou 4 jours. Les résultats sont excellents. Dans les cas de douleurs très intenses, on peut joindre au vaccin, au début du traitement, les injections intraveineuses de salicylate de soude à la dose initiale de 0,40 jusqu'à 0,30 et 1 gramme par injection. Mais le traitement ne réussit que dans les cas véritablement dus à la blennorrhagie. Un bon signe diagnostique est la réaction des foyers malades produite par les injections de vaccin gonococcique qui se traduit parfois par une augmentation de la douleur, et d'autres fois par de la tuméfaction. Si ces réactions se manifestent, l'arthrite est presque sûrement blennorrhagique. Quand ces réactions de foyer se produisent, il y a de grandes chances de succès, d'autant plus rapide et brillant qu'elles sont plus intenses. J. MÉNEAU.

Observations cliniques sur l'action de la vaccine gonococcique sur les arthrites blennorrhagiques chroniques, par V.-P. SÉMIONOV. *La Presse médicale,* 21 février 1914, n° 15, p. 143.

S., qui a traité six malades atteints d'arthrite blennorrhagique chronique par les vaccins, conclut des résultats obtenus que le vaccin gonococcique polyvalent doit être considéré comme un remède spécifique pour le traitement des arthrites blennorrhagiques chroniques. Pour obtenir la guérison clinique (guérison obtenue en un laps de temps variant de six à seize semaines) il faut pratiquer 8 à 20 injections de vaccin, répétées au début du traitement tous les quatre à six jours avec des doses faibles (0,2 à 0,8 centimètre cube de vaccin) et ensuite tous les six à sept jours avec des doses plus élevées (0,8 à 2 centimètres cubes). R.-J. WEISSENBACH.

Sérothérapie et vaccinothérapie du rhumatisme blennorrhagique, par G. Bonnamour et R. Salle. *Lyon Médical,* 29 avril et 5 mai 1914, p. 732 et 792.

B. et S. passent en revue les résultats obtenus dans le traitement du rhumatisme blennorrhagique, avec les sérums antigonococciques, l'auto-sérothérapie, le sérum antiméningococcique, les vaccins antigonococciques.

La vaccination par les vaccins de Nicolle et Blaisot possède une action curatrice variable. B. et S. la considèrent comme surtout indiquée dans les formes chroniques du rhumatisme gonococcique ; mais son emploi n'est pas exempt d'inconvénients : les injections sous-cutanées sont douloureuses ; les injections intra-fessières sont assez souvent suivies de douleur assez vive, mais qui ne persiste pas plus d'une demi-heure.

La sérothérapie, suivant la méthode de Pissavy et S. Chauvet, par le sérum antiméningococcique, paraît surtout indiquée dans les formes arthralgiques simples et dans les arthrites phlegmoneuses ; le sérum antiméningococcique se révèle, dans ces formes, analgésique en même temps que curatif. R.-J. Weissenbach.

Vaccination antigonococcique, par Maublant. *La Province Médicale,* 25 avril 1914, p. 187.

M., qui a traité six malades par le vaccin de Nicolle suivant la technique préconisée, c'est-à-dire par injection intra-fessière de un demi-centimètre cube de vaccin dilué dans un centimètre cube de sérum physiologique, conclut que le vaccin n'est pas aussi atoxique qu'on l'a cru au début, car il donne souvent de violentes réactions. C'est une médication auxiliaire, parfois utile, mais devant toujours laisser la première place au traitement local. R.-J. Weissenbach.

Quelques remarques sur la vaccinothérapie antigonococcique, par A. Blumenthal. *La Presse médicale belge,* 26 avril 1914.

Dans deux cas où B. avait essayé la vaccinothérapie, il dut l'abandonner en raison de l'intensité des accidents provoqués : fièvre à 40°, céphalalgie, nausées. R.-J. Weissenbach.

Quelques considérations pratiques sur la sérothérapie antigonococcique, par Giacomo Define. *Annales des maladies vénériennes,* avril 1914, n° 4, p. 256.

D. note les heureux effets du sérum antigonococcique dans dix observations de gonococcie (salpingite, rhumatisme, prostatite). R.-J. Weissenbach.

Étude clinique sur le vaccin antigonococcique de Nicolle et Blaisot, par A. Weil. *Annales des maladies vénériennes,* avril 1914, n° 4, p. 268.

Dix observations de blennorrhagie aiguë ou chronique, urétrale ou vaginale, traitée par les vaccins. Les accidents douloureux ont paru rapidement améliorés. Le traitement n'a pas empêché l'apparition de complications, l'orchite dans deux observations. R.-J. Weissenbach.

Maladies vénériennes dans l'armée.

Ce qui se fait au siège du 3e Corps d'armée pour la prophylaxie

des maladies vénériennes (Cio che si fa nella sede del III Corpo d'armata per la profilassi delle malattie veneree), par A. Pasini. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1915, fasc. V.

Au siège du 3e corps d'armée italien (Milan), des mesures importantes et intéressantes ont été prises, d'accord entre les autorités militaire, préfectorale et sanitaire et avec le concours d'un certain nombre de médecins civils, contre la propagation des maladies vénériennes dans l'armée.

Un groupe pour la propagande médicale dans l'armée s'est proposé pour tâche de donner à cette lutte une forme pratique.

Une note de propagande a été rédigée et distribuée très largement aux soldats de la garnison et dans les buffets militaires des gares, énonçant les dangers des maladies vénériennes, leur mode de propagation et quelques procédés sommaires de prophylaxie individuelle.

Des conférences, destinées surtout à expliquer et paraphraser cette note, ont été faites dans les régiments par les membres du groupe.

Les femmes se livrant à la prostitution et trouvées malades ont été hospitalisées d'autorité, jusqu'à guérison, dans un service spécial de 100 lits installé dans ce but au Grand-Hôpital de Milan et indépendant du service habituellement ouvert aux femmes syphilitiques hospitalisées sur leur demande.

La surveillance des prostituées a été renforcée : le nombre des visites médicales a été porté de 2 à 3 par semaine pour les prostituées vivant isolément, de 2 à 4 par semaine pour celles des maisons de tolérance.

P. propose d'aller plus loin et de n'autoriser l'accès aux soldats que de certaines maisons de tolérance dans lesquelles la visite médicale serait quotidienne. G. Thibierge.

Prophylaxie et traitement des maladies vénériennes en temps de guerre, par F. Balzer. *La Presse Médicale,* 14 octobre 1915, p. 401.

B. envisage dans cet article les différents problèmes que posent, dans les armées en campagne, la prophylaxie et le traitement des maladies vénériennes.

Au point de vue prophylactique, la surveillance administrative et militaire des prostituées, avec visite médicale, apparaît comme une nécessité, si peu libérale que paraisse cette mesure, si on songe au mal que peut produire une seule prostituée malade exerçant son métier au voisinage des soldats. Ces mesures n'excluent pas les efforts de la prophylaxie morale s'adressant directement à l'individu.

Au point de vue du traitement, il y a avantage à diriger sur l'infirmerie ou l'hôpital, le soldat atteint d'une maladie vénérienne, car il cesse d'être dangereux pour autrui, il est soigné directement par le médecin, il peut éviter les complications si fréquentes de sa maladie et guérir très vite surtout s'il est soigné par les méthodes nouvelles. Cette proposition s'applique particulièrement au traitement de la syphilis récente par les composés arsenicaux. R.-J. Weissenbach.

La prophylaxie antivénérienne par les administrations civiles et militaires, par F. Balzer. *La Presse Médicale,* 13 janvier 1916, p. 11.

B., après avoir exposé les moyens mis en œuvre, pour la prophylaxie anti-

vénérienne, par le *Groupe de Propagande médicale pendant la guerre* créé à Milan par un groupe de médecins de cette ville, montre que la surveillance sanitaire et administrative de la femme doit avoir pour corollaire la surveillance sanitaire du soldat. Celle-ci doit s'exercer par les visites médicales obligatoires fréquentes pour tous les hommes et multipliées pour ceux qui ont été reconnus malades : ils resteront inscrits sur le carnet confidentiel du médecin militaire ; une fiche d'observation secrète sera établie pour chacun d'eux et devra être communiquée aux médecins qui pourraient être appelés à les soigner pendant la durée de leur service militaire.

Les administrations civiles et militaires doivent chercher, avec le concours des médecins, à tarir la source des contagions. R.-J. Weissenbach.

Fonctionnement d'un service des maladies cutanées et vénériennes dans une ambulance, par E. Bodin. *Réunion médico-chirurgicale de la Ve armée,* 11 décembre 1915. *La Presse Médicale,* 3 février 1916, p. 52.

Une ambulance immobilisée dispose de 120 lits pour le traitement des maladies cutanées et vénériennes. La plupart des malades qui y sont envoyés étaient auparavant évacués vers l'intérieur, d'où ils ne retournaient à leur poste qu'après une période toujours longue. Or, la majorité de ces hommes ont pu, après traitement à l'ambulance, être renvoyés à leurs corps après une à trois semaines. Les dermatoses les plus fréquemment observées sont les infections cutanées à streptocoques et à staphylocoques : echtyma, impétigo, pyodermites, etc... La gale est fréquente. Les syphilitiques représentent un cinquième des malades hospitalisés ; presque tous sont atteints de syphilis récente, chancres ou syphilides secondaires. Ces malades sont blanchis par 2 ou 3 injections intraveineuses de néosalvarsan ; redevenus disponibles et non contagieux, ils sont renvoyés à leur corps avec l'indication écrite du traitement ultérieur à suivre.

Sur 300 malades traités à l'ambulance en octobre et novembre, 86 pour 100 ont été, dans un bref délai, renvoyés à leur corps : on comprend l'importance de ces résultats au point de vue du maintien des effectifs et ces faits démontrent l'utilité des services spécialisés de dermato syphiligraphie dans la zone des armées. R.-J. Weissenbach.

Prophylaxie et traitement de la syphilis aux armées, par E. Bodin. *Paris Médical,* 6 mai 1916, p. 434.

B. préconise l'application au cas particulier du soldat en campagne du précepte de Fournier. « Le meilleur moyen de lutter contre la diffusion de la syphilis est de traiter ceux qui en sont atteints. » Il étudie : 1° les moyens du diagnostic de l'affection, aussi précoce que possible ; 2° le traitement à utiliser, traitement énergique et prompt, capable de supprimer les manifestations contagieuses de la maladie.

Pour le premier point, diagnostic précoce, les armées possèdent, du fait de la création des services spécialisés, tous les moyens indispensables. Au point de vue du traitement, B. préconise une cure d'injections intraveineuses de néosalvarsan, 4 à 5 injections à 6 jours d'intervalle, soit en 24 ou 30 jours, capable de cicatriser rapidement les accidents et de mettre le patient à l'abri de récidives, pendant une période que l'on utilise pour un

traitement préventif complémentaire, compatible avec les occupations du soldat. Ce traitement complémentaire est le traitement par les pilules de bichlorure de mercure, à raison de 15 jours de traitement par mois, pendant un an au moins. R.-J. Weissenbach.

A propos de la prophylaxie des maladies vénériennes autres que la syphilis, par Alex. Renault. *La Presse Médicale,* 5 juin 1916, p. 249.

R. montre dans cet article, par une étude rapide des conséquences qu'entrainent, au point de vue individuel et social, certaines complications de la chancrelle et surtout de la blennorrhagie, que la syphilis ne doit point être, parmi les maladies vénériennes, l'objet exclusif des préoccupations médicales. S'il faut la garder au premier rang, il est non moins nécessaire de réserver à côté d'elle une place importante aux autres maladies vénériennes, qui risquent par leurs complications d'immobiliser les malades et de porter ainsi un grand préjudice à la défense nationale. R.-J. Weissenbach.

NÉCROLOGIE

TH. COLCOTT FOX

Le 11 avril dernier est mort, à l'âge de 68 ans, un dermatologiste anglais du plus haut talent, Colcott Fox, médecin du département des maladies cutanées à l'hôpital de Westminster à Londres, Fellow du Collège Royal des médecins.

Fils d'un médecin de Broughton, Colcott Fox était le frère de Tilbury Fox, de beaucoup son aîné, qui a jeté un si grand lustre sur la dermatologie anglaise vers 1870.

Assistant de Tilbury dès qu'il eut pris ses grades en 1876, Colcott n'a pas cessé pendant 40 ans de cultiver l'étude des maladies de la peau et d'y apporter des contributions de la plus haute valeur. Ses publications, toujours précises et élégantes, d'une langue claire, ses innombrables présentations à la *Dermatological Society of London,* dont il fut un des fondateurs et dont il fut l'âme pendant de longues années, ont trait à presque toutes les questions de la dermatologie et témoignent d'une profonde connaissance de la littérature médicale et ont, sur bien des points, contribué, comme celles sur le pityriasis rosé de Gibert et sur l'érythème induré de Bazin, à faire connaître en Angleterre les idées de l'école française. Ses travaux sur les éruptions artificielles et les éruptions provoquées avaient dès 1889 établi des

notions que l'observation ultérieure a intégralement confirmées et rapporté à la simulation des lésions cutanées dites hystériques.

On doit à Colcott Fox les premières descriptions des vergetures d'origine syphilitique, de l'angiokératome, du granulome annulaire, des formes légères de l'hydroa vacciniforme, de l'acne scrofulosorum, des notions précises sur les tuberculides, sur l'urticaire infantile, sur les trichophyties, etc.

Comme l'a dit son intime ami J.-J. Pringle, Colcott Fox était le type accompli du gentleman anglais, sous le rapport de la culture physique aussi bien que de la culture intellectuelle et de la distinction.

Son regard profond, sa physionomie fine, son attitude réservée, presque timide, sa haute distinction native, s'alliaient à une affabilité et à une bonté qui se manifestaient bien vite lorsqu'on avait pris avec lui plus qu'un contact banal et accidentel. Il était adoré de ses élèves et de ses malades. D'une sincérité, d'une loyauté à toute épreuve, il était l'homme du devoir et n'aurait jamais cherché ni à se faire valoir, ni même à obtenir les avantages et les honneurs que méritaient à tant de titres sa science et sa valeur.

La mémoire de tels hommes reste chère à tous ceux qui les ont approchés et ont pu les apprécier.

G. THIBIERGE.

WILLIAM ALLAN JAMIESON

Le 21 avril est mort, à l'âge de 77 ans, le Dr Allan Jamieson, médecin honoraire de la Royal Infirmary d'Edimbourg.

Jamieson, outre une série d'études de dermatologie, a publié un manuel des maladies de la peau, qui de 1888 à 1894 a eu 4 éditions.

Les cours cliniques qu'il avait eu les plus grandes difficultés à établir et à faire admettre par ses collègues d'Edimbourg, avaient eu le plus grand succès parmi les étudiants et ont été parmi les premiers qui aient été consacrés à la dermatologie en dehors des grandes capitales d'Europe.

De haute stature, d'une grande distinction et de caractère affable, Jamieson était un collègue loyal et généreux, très estimé de tous.

G. THIBIERGE.

Le Gérant: Pierre AUGER.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.



DE LA RADIOTHÉRAPIE DANS LES MALADIES DE LA PEAU.

A PROPOS DE L'ARTICLE DE M. BROCQ

Par **W. Dubreuilh.**

L'article de M. Brocq est un réquisitoire contre les abus de la radiothérapie auquel souscriront tous les dermatologistes.

Ces abus sont très réels et les accidents graves, les séquelles désastreuses que nous voyons quelquefois ne sont pas seulement le fait de radiologistes d'occasion, novices et incompétents, mais aussi des praticiens les plus exercés et des physiciens les plus éminents. C'est que, si pour diriger ou appliquer un traitement radiothérapique il est nécessaire de connaître les rayons X, il n'est pas moins nécessaire de connaître les maladies qu'on veut traiter, d'être clinicien et, dans l'espèce, dermatologiste.

J'ai entendu un radiologiste déclarer qu'aucune maladie de la peau n'était une contre-indication à l'emploi des rayons X ; je dirai au contraire que leur emploi n'est indiqué que dans un très petit nombre de maladies cutanées et que, dans toutes les autres, il est contre-indiqué, parce que, s'il ne fait pas de bien, il peut toujours faire du mal. C'est un agent très puissant, au fond mal connu, très difficile à mesurer et fertile en accidents tardifs. Ces dangers sont négligeables quand il s'agit d'une maladie grave ; ils doivent entrer en ligne de compte quand il s'agit de lésions bénignes ou d'une importance seulement esthétique. Il n'y a pas d'inconvénient à faire une plaque d'atrophie cutanée à la place d'un épithéliome guéri ; il y en a beaucoup à remplacer un eczéma ou un duvet du menton par une plaque d'atrophie avec dilatations veineuses.

Pour aucune lésion cette observation ne s'applique avec plus de force que pour l'hypertrichose. Périodiquement, à chaque congrès de radiologie on voit des communications sur l'épilation par les rayons X déclarant que cette fois la méthode est bien fixée et tout à fait sûre, et chaque fois on ne tarde pas à avoir l'occasion de voir quelque cas désastreux. Pour le moment l'électrolyse reste le seul traitement de l'hypertrichose faciale ; elle est sans danger quand elle est bien maniée, la douleur est supportable et il n'y a pas de barbe dont on ne puisse venir à bout avec de la patience.

Les néoplasies ou du moins certaines néoplasies sont la véritable indication de la radiothérapie, et ici je veux ajouter quelques précisions à l'article de M. Brocq relativement aux indications et à la méthode.

En fait de chéloïdes, je n'ai guère traité que des chéloïdes acnéiques de la nuque et encore des formes graves. Les résultats ont été excellents : après une seule séance de 10 H, la tumeur s'est affaissée en restant glabre. Je n'ai pas employé les rayons X pour d'autres chéloïdes, pour lesquelles je considère que le traitement de choix est un emplâtre anodin et une patiente expectation.

Je n'ai rien à ajouter à ce que dit M. Brocq pour le mycosis fongoïde, mais le cas qu'il cite est une très bonne preuve de ce que je disais en commençant, que le physicien radiothérapeute abandonné à lui-même est très dangereux, et qu'avant de faire de la thérapeutique, même spéciale, il faut apprendre la médecine clinique. Dans le mycosis, si persévérant et tenace que soit le médecin, la maladie l'est plus que lui.

Le nævus charnu ne m'a pas paru influencé le moins du monde par les rayons X et dans le carcinome de la peau, mélanique ou non, consécutif ou non à un nævus, je n'ai obtenu aucun résultat satisfaisant. Et cependant il s'agit d'une tumeur d'origine épithéliale, à croissance active, conditions qui sembleraient comporter une plus grande vulnérabilité. Même dans les formes tout à fait débutantes et superficielles, dans la mélanose circonscrite précancéreuse, quand il n'y a qu'une très légère induration, je n'ai pas pu arrêter la maladie. Il a fallu recourir au bistouri.

Les épithéliomes cutanés de la face sont le triomphe de la radiothérapie. Il faut cependant mettre à part les cancers orificiels : lèvre *inférieure*, vulve et pénis qui sont plutôt des cancers muqueux : les rayons X échouent souvent et font toujours perdre du temps. Ils échouent encore contre les épithéliomes cutanés devenus profonds, ayant, si peu que ce soit, envahi les os, formant d'emblée ou par récidive des tumeurs profondes, sous-cutanées, enfin contre les tumeurs ganglionnaires. On peut quelquefois dans ces cas obtenir des améliorations surprenantes, mais bien passagères.

En dehors de ces faits tous les épithéliomes cutanés de la face peuvent être traités utilement par les rayons X. On peut guérir des épithéliomes du type ulcus rodens aussi bien que des épithéliomes ulcéreux ou végétants.

Il est un principe qui domine toute la radiothérapie dermatologique et notamment celle des épithéliomes, c'est qu'il faut donner d'emblée, en une seule séance, la quantité de rayons nécessaire pour obtenir le résultat cherché. Les petites doses répétées à quelques jours d'intervalle sont une source féconde d'échecs thérapeutiques et d'accidents consécutifs.

Le néoplasme traité par de petites doses paraît s'y accoutumer, se mithridatiser ; les premières séances, insuffisantes pour le guérir, l'ont un peu arrêté, les suivantes ne lui font plus rien.

La mesure des doses en radiologie est chose fort incertaine et imparfaite. En multipliant les séances on multiplie les chances d'erreur. Il est plus facile de mesurer une dose de 20 H donnés en une seule séance que si elle est fractionnée en dix.

Les petites doses données à quelques jours d'intervalle s'additionnent dans une mesure difficile à préciser. Les effets d'une irradiation ne se manifestent guère qu'au bout de deux semaines ; il en résulte que, lorsqu'on voit se dessiner une radiodermite, il faut s'attendre à voir s'y ajouter les séances des deux dernières semaines.

Il me semble que les radiodermites ulcéreuses récidivantes à longue échéance sont presque toujours dues à des séances multiples. Les radiodermites ulcéreuses que j'ai déterminées de propos délibéré par une seule séance massive ont duré plus ou moins longtemps, ont laissé de l'atrophie cutanée mais sans télangiectasies et je n'ai jamais vu de rechutes d'ulcération.

Les séances massives sont plus efficaces et moins dangereuses.

Comme les cas que nous avons en vue intéressent toujours la surface, il n'y a pas lieu de filtrer les rayons : le filtrage est fait par les lésions superficielles qui ont aussi besoin d'être atteintes.

Pour un simple kératome sénile, pour un ulcus rodens très superficiel j'emploie des doses de 10 à 12 unités Holzknecht. La peau saine du voisinage présente une radiodermite érythémateuse simple et fugace ; la lésion néoplasique elle-même, plus sensible, s'ulcère un peu et guérit en quelques semaines.

Quand il s'agit d'épithéliomes plus sérieux formant tumeur saillante ou ulcération profonde, intéressant toute l'épaisseur du derme et même au delà, je donne des doses de 20, 25, voire 30 H, *en une seule séance*. Naturellement la surface traitée s'ulcère largement, la tumeur peut même se nécroser en partie. Au bout d'une semaine le néoplasme est ramolli, au bout de trois semaines il a disparu et il faut 2 ou 3 mois pour que l'ulcération radiodermique se cicatrise. Mais la tumeur a été totalement détruite du premier coup et la cicatrice est en somme très peu apparente, ce n'est souvent qu'une simple macule atrophique et achromique.

Je ne fais de nouvelle séance que si, au cours du processus d'ulcération ou de réparation, je vois se faire des rechutes sous forme de bosselures ou d'ulcères néoplasiques généralement faciles à distinguer de l'ulcération radiodermique.

Cette méthode des séances massives et brutales est beaucoup plus sûre et plus efficace que les petites séances répétées. J'ai presque toujours obtenu la guérison des cas que je jugeais favorables et quelque-

fois de cas que je jugeais désespérés. Il en résulte que j'ai beaucoup moins souvent qu'autrefois l'occasion d'opérer des épithéliomes de la face parce que ceux qui trop profonds pour être atteints par les rayons X le sont aussi trop pour être opérés avec succès. Beaucoup d'épithéliomes difficilement opérables à cause de leur étendue en surface sont en revanche très facilement curables par la radiothérapie.

Les rayons X peuvent rendre les plus grands services dans le traitement d'un nombre restreint de maladies cutanées mais non des moins importantes. Pour les employer judicieusement il est indispensable d'être clinicien et dermatologiste. Le médecin qui se cantonne dans une spécialité doit savoir faire tout ce qui concerne sa spécialité et appliquer lui-même tous les traitements utiles, qu'ils soient d'ordre médicamenteux, physique ou chirurgical.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE D'UNE DERMO-ÉPIDERMITE SURVENANT AUTOUR DES PLAIES ANCIENNES ET TRAJETS FISTULEUX

Par **A. Desaux,** interne des hôpitaux.

En décembre 1915, M. Brocq nous proposa d'étudier « une dermatose assez spéciale d'aspect, de contours, d'évolution, simulant l'eczéma séborrhéique (ou parakératose psoriasiforme eczématisée) » dont il avait constaté l'extraordinaire fréquence autour des plaies de guerre et trajets fistuleux (1).

En mars 1916, nous écrivions (*Presse Médicale*, mars 1916) les premiers résultats de nos recherches que nous avons pu poursuivre sous la direction de M. Brocq et de M. Sabouraud.

* * *

La dermo-épidermite des plaies de guerre anciennes et des trajets fistuleux est fréquente. Avec facilité, en quelques mois, nous avons groupé 22 cas et pu faire l'étude de cette dermatose à ses différentes périodes.

Bien que nous l'ayons vue se localiser à la face, au cuir chevelu, ou autour d'une plaie thoracique, elle siège ordinairement sur un segment de membre dont elle envahit parfois toute l'étendue. Nous l'avons rencontrée *sur le membre inférieur*, plus souvent *que sur le membre supérieur*. Au reste, il n'y a pas lieu de croire qu'elle atteint de préférence tel ou tel segment de membre. Son apparition n'est pas fonction du siège de la blessure, mais dépend des diverses causes que nous essaierons de dégager de son étude clinique et bactériologique.

* * *

La *plaie* autour de laquelle elle se développera peut n'intéresser que les parties molles, peau et muscles. Beaucoup plus souvent, elle est *accompagnée d'une fracture*.

(1) Le 22 janvier 1916 (*Bulletin Médical*), il en donnait une description succincte sous le titre « Dermo-épidermite des trajets fistuleux ». — A peu près à la même époque, M. Perrin faisait à la Réunion médico-chirurgicale de la XV[e] région une communication sur « Les dermites eczématiformes, chroniques, circonscrites, figurées, développées au pourtour des trajets fistuleux, de blessures cicatrisées, ou de cicatrices opératoires ».

Toujours elle est *infectée* (dans quelques cas, elle s'est compliquée de gangrène du membre). Le foyer de fracture suppure.

Une ou plusieurs radiographies sont faites ; une ou plusieurs opérations sont tentées. Les esquilles osseuses sont enlevées ; un drain est placé, et on applique la *méthode antiseptique*.

Dans la majorité des cas, au moment où la dermo-épidermite fait son apparition, la plaie, dont le diamètre est considérablement diminué, est devenue l'orifice d'un *trajet fistuleux* qui conduit sur un os infecté. Elle laisse échapper soit un pus jaunâtre parfois abondant, soit de la sérosité louche et sanguinolente. Elle est cerclée par un *anneau de cicatrice*, dont l'épiderme mince et lisse, repose sur des tissus, plus ou moins violacés, mal irrigués. peu sensibles, souvent adhérents aux plans profonds.

Plus rarement, la fistule osseuse n'existe pas. La plaie superficielle est recouverte d'un enduit purulent et centre la cicatrice.

Exceptionnellement, elle est complètement cicatrisée.

Début de la dermo-épidermite.

La période qui sépare la date de la blessure du moment de l'apparition des lésions cutanées a une durée fort variable. Ordinairement, la dermo-épidermite survient dans le courant des 2e ou 3e mois qui suivent la blessure, moins souvent vers les 4e ou 5e mois, rarement au cours du 1er, ou au contraire du 9e et du 10e.

Le début a lieu suivant deux modalités :

1er *Mode. — La dermatose débute sur la cicatrice qui entoure l'orifice fistuleux ou la plaie.*

La plaie, son pourtour cicatriciel deviennent prurigineux. Il semble que ce prurit, d'ailleurs inconstant, constitue une manière d'avertissement, et précède de quelques jours la dermatose.

L'épiderme de la cicatrice, mince, délicat, blanchit, se ride, se soulève, se déchire ; ses lambeaux sont arrachés avec les compresses qui les recouvrent et auxquelles ils adhèrent. A sa destruction aide le blessé, qui, pour calmer ses démangeaisons, frotte avec violence son pansement sur les tissus prurigineux.

Dans un cas, la cicatrice est, en une nuit, criblée de petites pustulettes qui rapidement se multiplient, grossissent, se réunissent, éclatent. L'épiderme est ainsi déchiré et disparait en quelques jours.

Dépourvue de son revêtement épidermique, la cicatrice, enflammée, prend une teinte rouge vif et suinte ; à sa surface, perlent de grosses gouttes de sérosité claire qui, souvent fort abondante, s'écoule le long du membre.

Au bout de quelques jours, la plaque rouge vif, suintante, qui a remplacé la cicatrice, se recouvre d'un enduit purulent dont la couche superficielle se concrète en des croûtes épaisses, jaunâtres, mélicériques, parfois mal odorantes. Elle s'étend en tache d'huile, gagne les téguments voisins. Sur ses bords, s'attache la collerette épidermique, en dehors de laquelle devient visible la zone d'extension.

2e *Mode. — La dermatose débute hors la cicatrice.*

Une plaie, qu'une cicatrice entoure, suppure. Un pus abondant imprègne les compresses qui la recouvrent et souille la peau du voisinage. Très rapidement, en une nuit, se forment, à deux ou trois centimètres de la plaie, par conséquent hors la cicatrice, une ou plusieurs macules prurigineuses. De coloration rouge vif, de forme arrondie ou ovalaire, la macule a des contours assez nets ; elle n'est pas centrée par un poil. Examinée à jour frisant, elle paraît faire sur la peau une légère saillie.

En quelques heures, le revêtement corné de cette tache érythémateuse devient blanchâtre, et est décollé du corps muqueux par la sérosité. Ainsi est constituée une phlyctène dont le contenu d'abord séreux translucide, se transforme rapidement en liquide séro-purulent.

A cet élément s'applique la description classique de la bulle d'impétigo. La phlyctène ressemble à « une petite vessie molle et demi-gonflée » (Sabouraud). Elle est aplatie, étalée, a une largeur de 2, 3, 4 et même 5 millimètres. Son toit épidermique est bosselé, ondulé, semble trop large ; transparent, il laisse voir le contenu. Celui-ci, liquide séro-purulent, se dispose fréquemment en deux couches : l'une, séreuse, supérieure ; l'autre, purulente, se rassemble à la partie déclive. Les contours de la phlyctène dessinent un ovale ou un cercle irrégulier ; ils sont bordés par une aréole, véritable zone d'extension. Cette aréole est large de 1 à 2 millimètres ; la couche cornée de l'épiderme y est plissée, ridée, subit un commencement de décollement ; le derme est rouge, inflammatoire.

Sous l'influence du grattage ou spontanément, au bout de 24, 48 heures, le toit épidermique fragile est déchiré ; la sérosité purulente est évacuée. Le plancher de l'élément est ainsi mis à nu ; il est représenté par le corps muqueux à travers lequel on aperçoit le derme rouge vif. A la phlyctène crevée succède donc une petite surface, tantôt ovalaire, tantôt arrondie ou bornée par une ligne brisée capricieuse ; elle est criblée de petits pertuis d'où s'échappe en grosses gouttes la sérosité ; elle est entourée par une collerette épidermique molle blanchâtre, en dehors de laquelle la zone d'extension est nettement visible. La couche superficielle de la sérosité exsudée d'abord limpide, puis louche, sèche et se concrète en croûtes mélicéniques jaunâtres ; la couche profonde constitue une mince couenne grise adhérente.

La petite lésion, à la formation de laquelle nous avons assisté, gran-

dit et s'étale en tache d'huile. Rapidement envahissante, elle s'unit par ses bords à d'autres éléments cutanés semblables ; de cette fusion naît la plaque de dermo-épidermite qui, à son tour, s'accroît, gagne les téguments normaux du voisinage et la cicatrice. Celle-ci est ici secondairement atteinte.

Début anormal.

Lors d'un éboulement de tranchée, le soldat L... est blessé : plaie superficielle mais étendue de la jambe. Il protège cette blessure avec un linge et ne renouvelle pas ce pansement sommaire que souillent pendant dix jours l'eau et la boue. Il peut enfin gagner le poste de secours. La plaie suppure, est entourée par des téguments violacés, macérés. De larges lambeaux épidermiques blanchâtres se détachent et s'éliminent ; ainsi est mise à nu une surface rouge inflammatoire, suintante, cerclée par une collerette épidermique, et qui, peu à peu, s'étend par ses bords.

Période d'état.

A la période d'état, la plaque de dermo-épidermite est prurigineuse.



Fig. 1. — Dermo-épidermite. — Plaque principale et lésions secondaires. (Cliché Schaller. Collection du Dr Sottas. Service du Dr Brocq).

Ce prurit, exagéré par l'état nerveux du sujet, est intermittent et loca-

lisé dans la zone voisinant la collerette épidermique, où les lésions sont en pleine activité.

La plaque a une *forme* généralement ovalaire ; son grand axe est dirigé parallèlement à celui du membre. Ses *dimensions* varient de quelques centimètres à 20, 25, 30 centimètres. Elle peut couvrir toute l'étendue de l'avant-bras ou de la jambe.

Les *bords* sont nets, irrégulièrement festonnés. De-ci, de-là, la ligne ondulente qu'ils dessinent présente une saillie brusque, angulaire ; mais, dans leur ensemble, ils sont formés par une succession d'arcs de cercle dont la convexité est tournée vers l'extérieur. Ces courbes sont de petite envergure ; dans quelques cas, elles possèdent un grand rayon et représentent alors, bien souvent, les limites des éléments primitifs qui ont concouru à la constitution de la plaque (deuxième mode de début).

Sur ces bords, s'attache la *collerette épidermique*. Partie de la couche cornée, la collerette épidermique est large de un à deux millimètres, mince et humide ; son bord interne, central, est libre, déchiqueté ; son bord externe se continue dans les assises cellulaires cornées de l'épiderme de la zone d'extension. Sa face supérieure est ridée, blanchâtre ; entre sa face inférieure et les plans épidermiques sous-jacents, on trouve soit de la sérosité claire, soit un liquide séro-purulent, soit encore un magma caséeux composé de débris épithéliaux et de pus.

Sérosité, liquide séro-purulent, magma caséeux, ne sont pas uniformément répartis. Absents en certains endroits, ils constituent, en d'autres, des amas qui boursoufflent et soulèvent la collerette. Autour de la plaque se forment donc, au dépens de cette collerette, des boursouflures ou bulles, isolées les unes des autres, indépendantes, dont le contenu variable passe par les différents stades, séreux, séro-purulent et enfin caséeux. Chaque bulle, formée par la collerette, a, en résumé, l'aspect et l'évolution d'un élément d'impétigo.

En dehors de la collerette, se trouve la *zone d'extension*. Elle a une largeur qui peut atteindre un centimètre et plus. Sa limite externe est, dans certains cas, assez nettement dessinée par une ligne brisée irrégulière. Bien souvent, elle est peu visible ; il y a passage insensible de la zone d'extension à la peau saine. Près de la collerette, le derme est rouge ; cette coloration s'estompe à mesure qu'on se rapproche de la peau saine. La couche cornée de l'épiderme est fripée, ridée ; avec facilité, une aiguille, glissée sous elle, la décolle des assises malpighiennes. Le moindre traumatisme s'exerçant sur cette région y détermine des hémorragies, du purpura, et une exosérose appréciable.

En dedans de la collerette, la plaque disparaît sous des croûtes épaisses, molles, jaunâtres, mélicériques, parfois malodorantes, qui reposent sur des nappes de sérosité purulente. Débarrassées de cet enduit croûteux et liquide, les dernières assises épidermiques qui revê-

tent le derme offrent l'aspect d'une surface lisse, enflammée, piquetée de taches minuscules purpuriques et hémorragiques (bouquets vasculaires des papilles dermiques congestionnés ou escoriés). En certains points, cette surface est de coloration vif, en d'autres, elle est recouverte par une très mince couenne grisâtre adhérente. Elle est criblée de multiples pertuis d'où s'échappent les grosses gouttes de sérosité claire et jaunâtre. Ces gouttes s'unissent, deviennent ultérieurement louches, séro-purulentes ; leur couche superficielle, au contact de l'air, se dessèche et se concrète : l'enduit séro-purulent croûteux et liquide, décrit ci-dessus, est reconstitué.

Le derme et le tissu cellulaire sous-cutané des plaques jeunes sont peu infiltrés ; ceux des plaques anciennes s'œdématisent, s'épaississent, s'immobilisent sur les plans profonds.

La dermatose est donc tout d'abord une lésion de l'épiderme ; elle se développe « en surface ». Secondairement, elle devient profonde.

Exceptionnellement, les ganglions correspondants à la région atteinte sont un peu douloureux et légèrement tuméfiés. En aucun cas, nous n'avons relevé un syndrome d'infection générale. L'affection cutanée reste donc *purement locale*.

*
* *

Lors de l'examen des malades, *la fistule* centrant la dermo-épidermite était ordinairement tarie et *la plaie* cicatrisée.

Leurs vestiges, qu'on avait peine parfois à discerner, formaient un bourrelet saillant, large de quelques millimètres, lisse, tendu, peu mobilisable ; ou bien encore, constituaient une dépression soit linéaire soit arrondie, soit étoilée, au fond de laquelle étaient amassés des débris épithéliaux agglomérés en un magma par de la sérosité purulente. De préférence, ils occupaient le centre de la dermatose ; mais ils pouvaient être rejetés sur l'un des bords, leur situation étant fonction de la régularité et du sens d'extension de la dermo-épidermite.

Dans quelques cas, fistule ou plaie existait. Son aspect et son évolution, fort variable, était indépendante de l'état de la plaque coexistante dont l'influence sur elle était nulle.

Évolution des lésions cutanées.

A. — *La première période* est donc caractérisée, après le décollement et la chute des assises cornées de l'épiderme, par l'existence d'une *exsudation considérable de sérosité claire*, issue des papilles dermiques enflammées. Cette sérosité s'*écoule à l'extérieur* par les puits nombreux creusés à travers les couches du corps muqueux qui,

macroscopiquement, ne paraissent pas dissociées. Parvenue et étalée à la surface de ce corps muqueux, elle devient *secondairement purulente*; sa partie supérieure se concrète en croûtes mélicériques pendant que sa partie profonde compose la couenne grisâtre adhérente.

B. — *Deuxième période.* — Débarrassées du revêtement corné, et soumises au contact de l'air, les couches superficielles du corps muqueux se sèchent rapidement et deviennent imperméables. La sérosité inflammatoire des papilles dermiques ne peut plus les traverser, et se déverser à l'extérieur; elle s'accumule sous elles, comme elle s'était primitivement amassée sous la couche cornée. Les bulles intra-épidermiques, ainsi constituées, sont d'abord isolées les unes des autres, puis s'assemblent pour former une véritable nappe liquide, séparant les assises profondes du corps muqueux des assises plus superficielles. Celles-ci composent une membrane rigide, mince, quoique résistante et transparente. Grâce à cette transparence, on aperçoit la nappe liquide dont il est possible d'apprécier les modifications: d'abord claire et séreuse, la nappe liquide peut devenir secondairement louche et purulente. Elle s'épaissit, soulève la membrane qui se craquelle et se déchire: par ces fissures, elle s'échappe à l'extérieur.

Lorsque les lambeaux membraneux sont arrachés et que la sérosité ou le liquide séro-purulent est étanché, les couches profondes du corps muqueux sont visibles; de petits orifices criblent leur surface et laissent sourdre des gouttes séreuses. A leur tour, ces orifices se ferment, l'exsudation s'arrête; l'épanchement intra-épidermique se reforme: les lésions ci-dessus décrites se reproduisent.

C. — *Troisième période.* — L'épanchement séreux extra et intra-épidermique est minime. Les lésions sont à peu près sèches et *squameuses.*

La squame, capricieusement découpée, a une largeur égale à un ou deux centimètres; ses bords sont légèrement décollés des tissus sous-jacents, le centre est adhérent. La face supérieure est blanchâtre, parfois grisâtre ou noirâtre, suivant les topiques employés. La face inférieure, convexe, présente un réseau de plis saillants et des reflets micacés. Dans son ensemble, la squame est mince, transparente et sèche. La pince la détache en bloc sans aucune difficulté, car il existe un véritable *plan de clivage* entre elle et la très délicate membrane lisse, luisante, sous-jacente.

Cette *membrane* est constituée par les dernières couches de l'épiderme; on peut constater à sa surface (au moyen du procédé du papier de soie), une exosérose plus ou moins accentuée.

Comme nous l'avons déjà dit, elle est d'abord lisse, luisante, molle, souple; transparente, elle laisse apercevoir le derme rouge jaunâtre, infiltré, presque turgescent. Bientôt, ses assises cellulaires les plus superficielles, desséchées au contact de l'air, se rident, s'épaissis-

sent, se craquellent et leurs lambeaux forment des squames qui, à leur tour, pourront être détachées des assises cellulaires plus profondes.

D. — Sous l'effet du traitement, les squames disparaissent, tombent et cessent de se reproduire. L'épiderme devient plus résistant, s'épaissit, présente un réseau de sillons plus accentués qu'à l'état normal. Le derme n'est plus infiltré, s'amincit, retrouve sa souplesse et son élasticité. La peau garde longtemps une coloration brunâtre.

Évolution de la plaque de dermo-épidermite.

La dermatose s'étale en *tache d'huile*; il s'en faut que cette tendance extensive soit égale en tous les points de la circonférence de la plaque. Bien souvent, elle reste localisée à l'un des bords : là, la collerette épidermique et la zone d'extension sont nettement perceptibles.

L'accroissement de la dermo-épidermite peut se faire avec une extraordinaire rapidité.

Chaque région cutanée envahie présente successivement les différents aspects décrits au chapitre précédent. Il s'en suit que l'on trouve étagées, de la collerette à la cicatrice, des lésions cutanées appartenant à telle ou telle période évolutive ; les plus anciennes sont contiguës à la cicatrice, point de départ de la dermatose ; les plus récentes se trouvent voisines de la collerette.

Sous l'action du traitement ou parfois spontanément, la dermo-épidermite cesse de progresser. 1° La rougeur dermique de la *zone d'extension* disparaît. La couche cornée de l'épiderme se sèche, se fissure, et les fissures, dessinant un réseau blanchâtre, limitent des lambeaux d'une extrême délicatesse. 2° La *collerette,* devenue sèche et rigide, s'effrite ; les bords de la plaque sont tracés par une ligne blanche, représentant le trait de rupture de la couche cornée de la zone d'extension. Dans quelques cas, la collerette persiste. 3° Au dedans de ses *derniers vestiges,* la configuration des lésions est celle de la troisième période.

Peu à peu, la plaque se recouvre d'un épiderme résistant et prend une coloration brunâtre ; cette teinte, foncée au centre de la dermatose, s'atténue à mesure qu'on se rapproche des bords. Cependant ceux-ci, pendant longtemps, conservent leur netteté et se détachent sur le fond rosé normal des téguments sains périphériques.

Aspect particulier que prend la dermatose au niveau des téguments dont le trophisme est diminué.

Une dermo-épidermite, développée sur un membre fortement trau-

matisé, se modifie et s'améliore sous l'influence du traitement. Bientôt, il est possible d'y déceler deux zones distinctes :

1° Une première région, périphérique, éloignée de la cicatrice, où les téguments revêtaient, avant d'être altérés, un aspect normal. Là, rapidement les lésions cutanées s'atténuent ; la peau redevient lisse, souple, prend une coloration brunâtre, mat, et, est mobilisée facilement. L'épiderme, quoique aminci, est résistant ; le derme n'est pas enflammé, contient des vaisseaux en bon état et des glandes qui paraissent régulièrement fonctionner. La sensibilité cutanée, tactile, thermique, douloureuse, est conservée.

2° L'autre région, cicatricielle ou juxta-cicatricielle, a une surface tomenteuse. Les lésions cutanées y sont tenaces, le tégument est prurigineux. L'épiderme est mince, peu résistant, sec, brillant ; il se fissure et se craquelle facilement. Le derme est épaissi, peu mobile, sur les plans profonds, a une coloration rouge qui devient violacée, lie de vin, lorsque le malade se tient debout. Les vaisseaux dermiques sont de mauvaise qualité, se rompent facilement ; quelques heures de marche provoquent un fin pointillé purpurique. La sudation paraît nulle. La sensibilité cutanée est altérée ; suivant les cas, on constate de l'anesthésie, de l'hypoesthésie ou de la paresthésie des téguments. L'intensité des troubles sensitifs décroît à mesure qu'on s'éloigne de la cicatrice où ils sont très accentués. Bien après la guérison des lésions situées dans la première région, la deuxième zone porte encore des vésiculettes dont les poussées se succèdent sans répit. Ces vésiculettes, isolées ou groupées en amas, ont un petit volume et des dimensions variables. Elles sont emplies d'un liquide citrin qui peut devenir purulent.

Ces accidents d'ordre trophique sont excessivement rebelles et ne disparaissent que lentement.

Leur guérison se produit lorsque s'améliore les troubles vasculaires et nerveux que nous avons signalés.

Durée de la plaque de dermo-épidermite.

La plaque de dermo-épidermite, pure, non compliquée, s'améliore rapidement sous l'action d'un traitement rationnel et si la plaie ou la fistule,, source d'infection, est cicatrisée. Nous avons assisté à de promptes guérisons, survenues au bout de deux ou trois semaines.

La persistance de la plaie et de la fistule a une influence néfaste sur l'évolution de la dermatose qui subit sans cesse un nouvel ensemencement. Par contre, la présence de la lésion cutanée ne paraît, en aucune façon, aggraver la plaie.

Très fréquemment les complications surviennent, et la dermo-épi-

dermite devient une affection tenace et de longue durée. C'est ainsi qu'elle a pu maintenir dans les hôpitaux des malades pendant 2, 7, 9 et même 11 mois.

Complications de la dermo-épidermite.

Certaines complications sont d'ordre infectieux : d'autres fois, sur la plaque de dermo-épidermite; lieu de moindre résistance, se greffe une manifestation d'une affection cutanée générale (d'ordinaire la parakératose psoriasiforme de Brocq et Fernet).

A. — *Complications d'ordre infectieux :*

1° Forme ulcéreuse de la dermo-épidermite. — Il ressort de la description clinique que la dermo-épidermite est superficielle, atteignant avant tout l'épiderme dont l'assise basilaire n'est pas détruite, puisque, sans cesse, le corps muqueux est reconstitué ; le derme est secondairement et fort peu modifié. Il n'y a pas, à proprement parler, d'ulcération.

Dans quelques cas, au contraire, les ulcérations se développent. Elles sont ordinairement contiguës à la collerette, n'existent que dans cette partie périphérique de la plaque où les lésions possèdent leur maximum d'acuité. Elles peuvent persister après la disparition de la zone d'extension, la chute de la collerette et la guérison des altérations épidermiques du voisinage. Tantôt, elles sont disséminées, tantôt elles dessinent une ligne festonnée, serpigineuse dont l'aspect rappelle, de très loin, celui des lésions ulcéro-croûteuses spécifiques.

Disséminées, elles ont une forme très irrégulière, des dimensions parfois égales à plusieurs centimètres, des contours fort nets que borde une zone inflammatoire linéaire, rouge vif, large de un à deux millimètres. Elles sont recouvertes par des croûtes jaunâtres, épaisses sous lesquelles on retrouve la sérosité purulente. Elles sont peu creusées ; et le fond de l'ulcération, tomenteux, présente quelques petits bourgeons charnus, saignants, entre lesquels des dépressions en godets sont enduits d'une couenne grisâtre adhérente.

Le pronostic de ces ulcérations est bénin. Elles guérissent rapidement par un traitement approprié. Sur la tache brunâtre qui succède à la plaque de dermo-épidermite, on distingue ultérieurement quelques plages blanches un peu déprimées où l'épiderme est lisse, mince et fripé. Ce sont les dernières traces de ces lésions (1).

(1) *Altérations tégumentaires, d'allure infectieuse, persistant après la guérison de la plaque de dermo-épidermite.*

Aux lieu et place occupés par la plaque guérie et très longtemps après sa disparition, on aperçoit, dans quelques rares cas, de très superficiels éléments, arrondis, d'un diamètre égal à un ou deux centimètres, d'une coloration rouge jaunâtre, et

2° Lésions infectieuses d'apparition secondaire (phlyctènes séro-purulentes, folliculites superficielles, profondes, furoncles).

A une date, tantôt très rapprochée, tantôt fort éloignée du début de la dermo-épidermite, ces accidents font leur apparition. Celle-ci, qui paraît très favorisée par les grands lavages et les pansements humides répétés, est, d'ordinaire, rapide, brutale : en une nuit, tout un segment de membre peut être couvert par de multiples *phlyctènes séro-purulentes* ou par des *folliculites*.

Les phlyctènes séro-purulentes sont d'ordinaire situées hors la plaque de dermo-épidermite dont elles sont parfois fort distantes. Véritables bulles d'impétigo, elles ont la configuration et l'évolution que nous avons déjà signalées (2e mode de début). Après destruction de leur toit épidermique, elles donnent naissance à des petites plaques secondaires qui, s'étalant en tache d'huile, peuvent s'unir par leurs bords ou se joindre à la grande plaque primitive.

Les folliculites, dues à l'infection des follicules pilo-sébacés, sont des complications fréquentes de la dermo-épidermite des régions pileuses, en particulier des jambes. Elles siègent soit sur la plaque elle-

squameux. Ces squames, fines, blanchâtres, adhérentes, esquissent à la périphérie une délicate collerette. De telles lésions sont excessivement tenaces, rebelles au traitement, disparaissent en un point pour reparaître en un autre, s'étendent en tache d'huile si on ne les traite pas. Ce sont probablement de très légères altérations épidermiques infectieuses qu'il faut supprimer avant de tenter sur la région une intervention chirurgicale.

Nous rapprochons de ces faits ceux recueillis chez un malade blessé au bras gauche le 8 novembre 1914. Sa plaie infectée est traitée par la méthode antiseptique. Vers le 15 août 1915, alors qu'elle suppure encore, la dermo-épidermite apparaît. Sous l'effet d'un traitement approprié, cette dermatose guérit rapidement ; la plaie se cicatrise.

Deux mois plus tard, le malade ressent du prurit ; au-dessus de la cicatrice, naît et s'étale en tache d'huile une plaque entourée d'une collerette épidermique sèche et blanchâtre. Elle a des dimensions atteignant quatre ou cinq centimètres, des contours sinueux, et est recouverte par une très mince membrane épidermique, finement ridée, transparente ; le derme est rouge jaunâtre, peu infiltré. En quelques points, sont irrégulièrement disséminés des petits pertuis d'où s'échappe une sérosité fort peu abondante. En dehors de la collerette, la zone d'extension est indiquée par un léger plissement de l'épiderme qui n'est accompagné d'aucune rougeur dermique.

Après prurit et grattage, le malade assiste à l'éclosion de plaques identiques sur la jambe gauche.

Enfin sur le bras droit, quelques jours avant l'examen, apparaît une petite lésion prurigineuse, arrondie, rose jaunâtre, squameuse. Le revêtement squameux, blanc, sec, peu épais, est détaché facilement en bloc avec la pince. Un véritable plan de clivage le sépare du corps muqueux sous-jacent dont la surface ainsi mise à nu, cerclée par une collerette, est lisse, luisante, rosée et présente quelques points exosérotiques.

On est frappé de l'analogie qui existe entre ces altérations cutanées et la plaque typique de dermo-épidermite parvenue à la troisième période. D'autre part, l'apparition successive de ces lésions donne l'impression d'inoculations répétées. On est tenté d'admettre l'existence d'une infection qui, après une période de latence, a produit une *dermo-épidermite atténuée* ; dermatose que le malade a ensuite inoculée en d'autres régions cutanées. La guérison fut, du reste, rapide.

même, soit hors d'elle ; il est assez fréquent de les voir se propager à grande distance, sur le tronc ou les autres membres. Dans certains cas, elles sont extrêmement nombreuses.

L'aspect clinique est généralement le suivant. La dermo-épidermite est parvenue à la troisième période ; les appareils pilo-sébacés n'ont pas été détruits dans la région qu'elle a envahie ; les poils persistent nombreux. Rapidement des folliculites apparaissent dans toute l'étendue de la dermatose ou, plus souvent, se localisent dans la zone voisine de la collerette. Elles se détachent sur le fond rouge squameux.

Superficielle, chacune d'elles est arrondie, entourée par un liséré rouge inflammatoire, a un diamètre égal à un, voire trois millimètres. La couche cornée, transparente, qui en constitue le toit, fait saillie, est tendue et perforée en son centre par le poil. Le contenu est épais, jaunâtre, franchement purulent. Après la rupture du toit et l'évacuation du pus, le plancher de l'élément prend la forme d'une cupule, rosée, lisse, luisante, suintante de sérosité et au centre de laquelle s'attache le poil. Très fréquemment, la folliculite est cachée par une squame qu'il est nécessaire d'enlever : on distingue alors, à travers la mince membrane épidermique sous-jacente, transparente, légèrement bombée, une petite collection purulente arrondie. En son centre est fixé le poil qui traverse et la membrane et la squame. Le pus de la folliculite ancienne se concrète en une croûte dure.

Tout autre est l'aspect de la *folliculite profonde.* « L'orifice d'où s'échappe le poil est rouge violacé ; le follicule s'entoure d'un léger œdème qui, examiné de profil, fait une légère saillie empâtée sur la peau voisine. Le toucher est douloureux. Le tégument autour du follicule prend une teinte lilas clair. De ces folliculites, les unes avortent sans suppuration ; d'autres peuvent fournir le *furoncle vrai* à élimination bourbillonneuse ou encore l'abcès furonculeux » (Sabouraud).

La guérison de la dermo-épidermite compliquée de folliculites est toujours tardive et difficilement obtenue. Ces lésions cutanées se reproduisent avec une extraordinaire rapidité et une désespérante ténacité. Peu à peu le derme et le tissu cellulaire sous-cutané s'infiltrent. L'infection des follicules pilo-sébacés se propage, hors la plaque et, dans quelques cas, se généralise à la totalité des téguments.

Phlyctènes séro-purulentes et folliculites peuvent coexister.

B. — *Dermo-épidermite compliquée de parakératose psoriasiforme.*

Sept des blessés dont nous avons recueilli l'observation présentent des lésions de parakératose psoriasiforme.

L'un d'eux est un névropathe dont le système nerveux a été ébranlé, quelques mois avant sa blessure (commotion par éclatement d'obus), puis soumis à de terribles épreuves : blessé, ce soldat est resté

dix jours dans l'eau et la boue, sous le bombardement. — Un autre est un saturnin avéré (liséré gingival, hypertension artérielle, anémie et néphrite chronique). — Un troisième obèse, intoxiqué, est un prurigineux ; depuis quinze ans, ses cuisses portent des traces de lichénification. — Un dernier est un alcoolique.

Tous ont fait un séjour prolongé au front ; leur alimentation a été défectueuse, leur système nerveux a subi des chocs répétés.

Autour de la blessure, se développe une dermo-épidermite ; elle parvient à la troisième période. Spontanément ou sous l'influence du traitement, elle devient moins inflammatoire. Cependant le prurit persiste, se localise en certains points ou se généralise à toute la plaque ; les zones prurigineuses prennent peu à peu l'aspect de la parakératose psoriasiforme.

Généralement, en même temps que se produisent ces transformations, naissent, *hors la plaque*, des lésions de parakératose psoriasiforme. Cette affection cutanée générale semble débuter après la blessure et le traumatisme. Ses manifestations sont voisines de la plaque de dermo-épidermite ou fort éloignées d'elle : dans ce cas, elles sont situées aux lieux d'élection, ombilic, plis inguinaux, creux axillaires, cuir chevelu..., etc.

Cliniquement, toutes les formes de parakératose psoriasiforme, décrites par Brocq et Fernet, peuvent exister : forme sèche, forme en apparence sèche, ayant tendance à la vésiculation, forme humide (eczéma séborrhéique vrai), parakératose compliquée de lichénification.

A. Forme sèche. — La plaque de parakératose psoriasiforme sèche qui succède à la dermo-épidermite, a une configuration irrégulière : ses contours sont assez nettement dessinés, bien que la collerette ait disparu. L'épiderme qui la borde est craquelé ; les lambeaux cornés, limités par les fissures, sont minces, secs, se décollent par leurs bords. « La coloration est variable ; tantôt d'un rouge assez vif, tantôt d'un rouge pâle ; l'infiltration des couches superficielles du derme est parfois assez marquée, parfois elle semble à peu près nulle. Les squames qui recouvrent la plaque sont blanches... ; par le grattage, elles deviennent nacrées et se détachent, soit par petits lambeaux, de grandeur variable, soit au contraire se résolvent en une fine poussière blanche ; elles sont épaisses, peu ou pas stratifiées ; elles n'ont pas l'aspect de tache de bougie... Le grattage méthodique montre que les premiers coups de curette détachent des squames plus ou moins abondantes, plus ou moins adhérentes suivant les points .. (1) » La couche squameuse ne se détache pas en bloc ; il n'existe pas de plan de clivage entre elle et

(1) FERNET, Les parakératoses psoriasiformes de Brocq. *Thèse de Doctorat*, Paris, 1910.

les assises cellulaires sous-jacentes. En conséquence, au cours du grattage, vers le trentième ou quarantième coup de curette, on trouve sur le même plan, à côté de régions où les squames persistent encore, des zones lisses, rosées, débarrassées de leur enduit squameux, piquetées fréquemment de taches purpuriques et hémorragies punctiformes. Ces différents îlots, de squames, de corps muqueux, de papilles ouvertes et traumatisées, sont irrégulièrement répartis. Le purpura traumatique se produit avec une grande facilité.

B. Forme en apparence sèche ayant tendance à la vésiculation. — « L'aspect objectif de cette dermatose est essentiellement le même que dans la forme que nous venons de décrire. Il n'y a ni suintement apparent, ni vésiculation perceptible à la vue... Quand on gratte méthodiquement la surface squameuse, alors qu'elle semble parfaitement sèche, on trouve à peu près les mêmes caractères que dans la forme précédente : on finit, après avoir enlevé les squames, par mettre rapidement à nu une surface d'un rouge vif ou simplement rosée, assez irrégulière, pouvant présenter çà et là quelques fines hémorragies, quelques points de purpura minuscules : mais on y remarque surtout, caractère pathognomonique, quand on la regarde avec attention de petites dépressions cupiliformes, arrondies ou ovalaires, de la grosseur moyenne d'une tête d'aiguille, au niveau desquelles sourd plus ou moins lentement un peu de sérosité transparente ou sanguinolente. Ce sont de fines vésicules qui, lorsque l'épiderme corné est intact, sont à l'état latent, non perceptibles sous les squames : le grattage méthodique les ouvre et en révèle ainsi l'existence ... » (Fernet).

C. Forme humide (eczéma séborrhéique vrai). — « La dermatose rougit, prend un aspect inflammatoire ; les squames disparaissent, la surface se recouvre de vésicules fines qui se sèchent en formant de petites croûtelles punctiformes ou qui s'ouvrent en donnant lieu à un suintement séreux, qui poisse au doigt, et qui empèse le linge. » (Fernet) « ...En un mot, c'est une éruption analogue à celle d'un eczéma vésiculeux vrai qui semble se surajouter à l'affection primitive ; la parakératose s'est eczématisée (1)... »

D. Forme lichénifiée. — Dans le cas qu'il nous a été permis d'étudier, il s'agissait d'une plaque de parakératose psoriasiforme ancienne et prurigineuse, du fait de l'état névropathique et de l'intoxication du sujet. Les lésions de lichénification occupaient toute l'étendue de la plaque. Celle-ci, de coloration rouge bistre, était recouverte de squames qui étaient, suivant les points examinés, fines et adhérentes, ou larges, minces et facilement décollables. La dermatose apparaissait sillonnée de quadrillages irréguliers, du reste peu accentués. Le corps muqueux était épaissi, et, cent cinquante à deux cents

(1) Brocq, *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, t. II, p. 374.

coups de curette étaient nécessaires pour provoquer du purpura. Le grattage se trouvait alors ramené au cas de parakératose ayant tendance à se vésiculer. Le derme était très infiltré, et, pincé, formait un bourrelet dur, saillant.

E. Un de nos malades, dont la dermo-épidermite, située dans la région mastoïdienne, et compliquée de folliculites nombreuses, avait pris un aspect parakératosique, présenta secondairement une lésion ombilicale, absolument analogue à la *plaque primitive du pityriasis rosé de Gibert*. Au bout de quelques jours, on assista à l'éclosion d'une véritable éruption où des éléments de parakératose psoriasiforme se mêlaient à des éléments de pityriasis.

La durée de la dermo-épidermite compliquée de parakératose psoriasiforme est toujours longue, surtout s'il existe des lésions de lichénification.

En résumé, cliniquement, la dermo-épidermite, simple et non compliquée, revêt l'allure d'une dermatose infectieuse. En effet :

1° C'est autour d'une plaie ancienne *infectée et suppurante* qu'elle apparaît, se développe, et se localise. Elle ne semble pas être due uniquement à l'action irritante des antiseptiques dont la suppression n'entrave en aucune façon son développement.

2° Dans des cas nombreux, elle résulte de la fusion de plusieurs *phlyctènes séro-purulentes*.

3° Quel que soit son mode de début, à sa période d'état, c'est une plaque — à contours polycycliques nets, bornée par une collerette, cerclée elle-même d'une zone inflammatoire, — de coloration rouge vif, suintante de sérosité abondante qui, secondairement, devient purulente, et se concrète en partie pour former, superficiellement des croûtes, profondément une couenne grisâtre adhérente, — s'étendant progressivement en tache d'huile, — ne cédant qu'aux applications de topiques antiseptiques, — s'accompagnant parfois d'adénite, mais ne déterminant jamais de réaction fébrile et d'état général.

De plus, la phlyctène séro-purulente du début ressemble à une bulle d'impétigo, tandis que la plaque de dermo-épidermite, parvenue à sa période d'état, est une reproduction agrandie de la petite lésion croûteuse qui succède à la destruction de cette bulle.

Donc, après l'étude clinique, on pouvait penser que l'agent pathogène de la dermo-épidermite était celui de l'impétigo vrai, c'est-à-dire le streptocoque. Mais, d'autre part, la transformation purulente secondaire de la sérosité excrétée, la présence, au niveau et autour de la plaque, de folliculites nombreuses, indiquaient la participation probable du staphylocoque doré. C'étaient là des conclusions de MM. Perrin, Brocq et Sabouraud. Sur ces bases cliniques a reposé l'étude bactériologique.

Coupe histologique.

Biopsie. — Région située en dedans de la collerette, zone de la collerette, et peau, d'apparence saine et normale, du voisinage. — Fixation au liquide de Bouin.

Si l'œil de l'observateur se déplace de la peau saine vers le centre de la plaque, il apprécie facilement l'évolution de lésions qui, d'abord



Fig. 2. — Ensemble de la coupe, vu à un faible grossissement.

esquissées, se précisent et s'accentuent. Les altérations sont à la fois épidermiques et dermiques ; celles de l'épiderme sont surtout intéressantes. Elles sont antérieures à celles du derme.

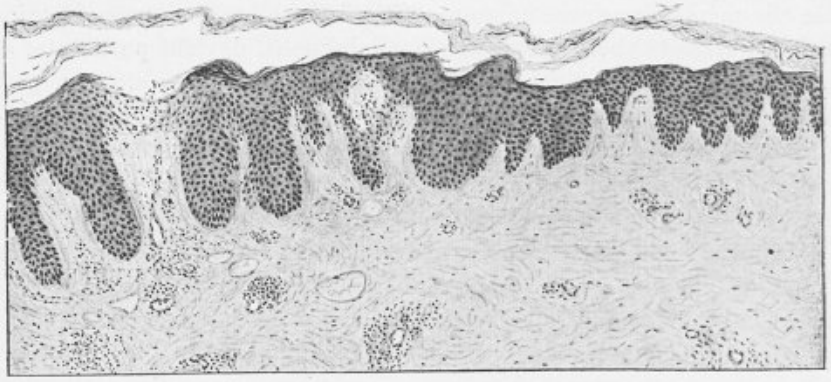


Fig. 3. — *Zone de la collerette.* — Décollement de la couche cornée par la sérosité inflammatoire. — Œdème des papilles dermiques ; formations des îlots de spongiose et début de l'hyperacanthose.

Afin d'éclairer la description, nous avons divisé schématiquement la coupe histologique (fig. 2), en plusieurs zones qui ne sont point nettement limitées. En fait, on passe insensiblement et progressivement de l'une à l'autre.

1° *Zone de la collerette* (fig. 3).

Primitivement, la couche cornée est soulevée, en sa presque totalité, par la sérosité et se décolle peu à peu du corps muqueux, pour constituer la collerette épidermique. Sur la coupe, un espace clair, de plus en plus large, existe entre elle et le reste de l'épiderme sous-jacent.

Secondairement, les papilles dermiques se gorgent de sérosité et se distendent. Puis, des îlots de spongiose se forment dans la portion du corps muqueux qui surmonte le sommet des papilles œdématiées, tandis que l'hyperacanthose se développe dans les prolongements interpapillaires. A l'exosérose se joint peu à peu l'exocytose.

Un espace clair sépare donc la couche cornée du corps muqueux.

Le stratum granulosum est peu visible au-dessus des îlots de spongiose. A mesure qu'on se rapproche de la zone suivante, on assiste à sa disparition progressive, tandis qu'apparaissent des cellules cornées parakératosiques, contenant des noyaux en bâtonnets. Elles constituent une couche mince.

Le corps muqueux présente deux altérations principales : il est hyperplasié (hyperacanthose), et œdématié.

L'hyperacanthose se cantonne dans les prolongements interpapillaires qui s'allongent, s'enflent, prennent fréquemment une forme massuée, et s'enfoncent plus ou moins profondément dans le derme. Elle ne s'étend pas à la portion du corps muqueux qui surmonte les papilles dermiques.

Au contraire, c'est là qu'est surtout marqué l'œdème intercellulaire et que se forment les îlots de spongiose.

Les îlots de spongiose sont très irrégulièrement distribués ; ils couronnent celles des papilles dermiques que distend le flux séreux. Leur nombre s'accroît à mesure que la réaction inflammatoire se précise. D'abord isolés, et très éloignés les uns des autres, ils se rapprochent jusqu'à devenir confluents. Chacun d'eux occupe à peu près tout l'espace compris entre la base du corps muqueux et sa surface. On peut ainsi suivre, de la profondeur à la surface, le cheminement de la sérosité issue des vaisseaux dermiques. Celle-ci s'infiltre entre les cellules malphigiennes dont les filaments d'union sont étirés et rompus ; les espaces intercellulaires deviennent plus nets, s'élargissent. Les cellules sont peu altérées. A un stade plus avancé, elles sont refoulées par le liquide séreux qui se collecte : une vésicule est ainsi formée au centre de l'îlot de spongiose.

La vésicule siège à une hauteur variable du corps muqueux : tantôt elle est située à l'étage moyen, tantôt, contiguë au sommet de la papille dermique, elle en est à peine séparée par une basale discontinue et déchirée ; d'autres fois, très superficielle, elle communique avec l'extérieur. En un point de la coupe, deux vésicules se superposent ; entre elles, persiste une mince cloison unicellulaire. La vésicule a une forme et des dimensions variables. L'état spongioïde du corps muqueux

voisin rend ses contours fort diffus. La sérosité qui l'emplissait a disparu au cours des diverses manipulations qui ont précédé la coloration de la coupe ; aussi sa cavité est-elle claire. On y distingue des cellules malphigiennes plus ou moins déformées, comprimées ou étirées. Dans certains cas, ces cellules sont isolées à la suite de la rupture de leurs filaments d'union : dans d'autres, au contraire, elles conservent entre elles quelques points d'adhérence et dessinent, en leur ensemble, un réseau capricieux. Peu à peu, se joignent à elles des polynucléaires, dont le nombre va croissant à mesure que l'exosérose s'accentue.

C'est l'œdème des papilles dermiques qui règle celui de l'épiderme.

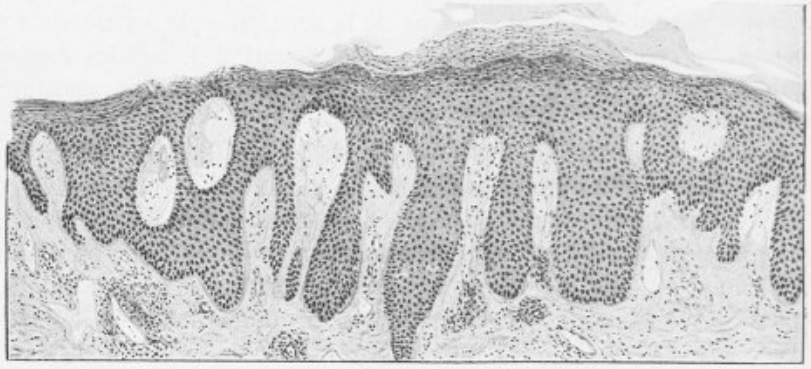


Fig. 4. — *Zone située en dedans de la collerette.* — Épaisse couche de cellules parakératosiques — Disparition du stratum granulosum. — Hyperacanthose très accentuée. — Œdème des papilles dermiques. — Infiltration cellulaire modérée surtout périvasculaire.

Il est d'abord localisé à quelques-unes d'entre elles, puis il se généralise à toutes et devient dans chacune d'elles plus marqué. La partie supérieure de la papille atteinte est fortement distendue par la sérosité issue des vaisseaux dilatés dont on distingue les sections à sa partie inférieure peu élargie. Les fibrilles conjonctives sont dissociées. Primitivement, comme dans l'épiderme, tout se borne à cet afflux séreux ; le nombre des éléments cellulaires est à peu près normal. Ultérieurement, il grandit. On distingue alors au sommet de la papille une petite quantité de cellules conjonctives hypertrophiées et de polynucléaires. Ces derniers, joints à de rares lymphocytes et matzellen constituent un feutrage épais autour des vaisseaux.

2° *Zone située au dedans de la collerette.*

La couche cornée a disparu complètement.

L'hyperacanthose et l'œdème intercellulaire du corps muqueux sont très marqués. Suivant les points considérés, l'une ou l'autre de ces altérations épidermiques prédomine.

A. Dans une première région (fig. 4), les lamelles cornées en para-

kératose forment une couche épaisse ; entre elles, existent des espaces clairs nombreux. On ne trouve aucune trace du stratum granulosum. L'hyperacanthose, très accentuée, est localisée de préférence dans les prolongements interpapillaires qui s'enfoncent profondément dans le derme, se rétrécissent à leur partie supérieure, tandis que leur extrémité inférieure augmente de volume, et prennent une forme massuée. Les cellules malphigiennes ne sont point altérées, et l'œdème intercellulaire est fort réduit. La longueur des papilles dermiques s'est accrue parallèlement à celle des prolongements interpapillaires du corps muqueux. Leur structure est telle que nous l'avons ci-dessus

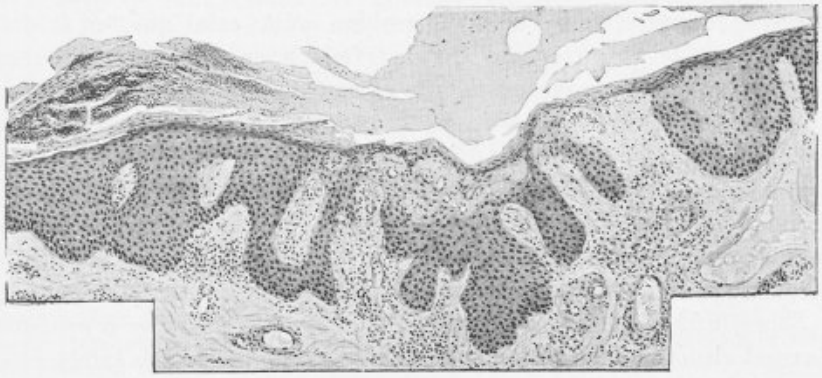


Fig. 5. — *Zone située en dedans de la collerette.* — Couche mince de cellules parakératosiques. — Ilots de spongiose et vésicules confluentes. — Exocytose très marquée. — Œdème énorme des papilles dermiques où les polynucléaires sont nombreux.

décrite : œdème marqué, infiltration cellulaire modérée surtout périvasculaire.

B. Dans une deuxième région (fig. 5), l'épiderme est recouvert par la sérosité où des polynucléaires nombreux se groupent en amas. La couche cornée en parakératose est plus mince que celle de la région précédente (3 à 4 assises), elle est soulevée et étirée, dissociée, rompue en certains points. L'œdème du derme et de l'épiderme est ici considérable. Les îlots de spongiose sont confluents et dilatent les prolongements interpapillaires ; les papilles dermiques tuméfiées font éclater les assises du corps muqueux qui recouvrent leur sommet. Ces dernières sont dissociées par la sérosité et les cellules malphigiennes déformées sont à peine reconnaissables. L'exocytose est énorme. Les polynucléaires, disséminés dans toute l'épaisseur de l'épiderme et du derme, s'assemblent de préférence à la partie supérieure des vésicules.

C. Plus loin, au-dessus du corps muqueux épaissi, hyperplasié, peu œdématié, on trouve une couche cornée parakératosique formant une sorte de disque lenticulaire dans lequel, en plus des noyaux en bâton-

nets, on trouve une grande quantité de noyaux leucocytaires agglomérés et altérés. Il s'agit vraisemblablement d'une ancienne vésicule en voie d'élimination.

Essai d'étiologie et de pathogénie.

L'association du streptocoque et du staphylocoque doré (1) domine l'histoire microbienne de cette affection cutanée. Ces microbes n'ont point une égale importance étiologique.

Certes, le *staphylocoque doré* apparaît rapidement sur la plaque de dermo-épidermite, mais l'agent microbien actif, celui qui fait la dermatose, est le *streptocoque*. Qu'observe-t-on en effet, dans la zone d'extension de la plaque où débute et se constitue la lésion cutanée? Absence de staphylocoques dorés, présence de streptocoques vivaces.

Les staphylocoques dorés *ne jouent aucun rôle dans la production des phénomènes inflammatoires initiaux* : congestion des papilles dermiques, exsudation de sérosité claire, contenant peu d'éléments cellulaires, qui s'accumule dans l'épaisseur de l'épiderme et décolle du corps muqueux les couches cornées superficielles (collerette).

Secondairement, ils interviennent et *leur rôle se borne à modifier l'aspect clinique de la lésion créée par le streptocoque* : ils infectent la sérosité claire emprisonnée sous la collerette, s'y multiplient, y attirent les polynucléaires, et le liquide séreux devient peu à peu louche et purulent.

L'association microbienne est faite; dès lors, elle est constatée à chacune des périodes évolutives de la dermo-épidermite.

A mesure que la dermatose vieillit (fin de la deuxième période, troisième période), le nombre de ses hôtes microbiens diminue. Les streptocoques perdent rapidement de leur vitalité ; les staphylocoques dorés conservent plus longtemps la leur : aussi les folliculites compliquant la dermo-épidermite sont-elles fréquentes. A un stade ultime, streptocoques et staphylocoques dorés peuvent disparaître.

Lorsque la dermo-épidermite est en voie de passer à la troisième période ou y est parvenue, *des petits diplocoques, microscopiquement semblables aux staphylocoques dorés* dont ils diffèrent par la coloration de leur culture, font leur apparition : à la surface de la gélose, leurs colonies *blanches porcelainées* sont accolées à celles des staphylocoques dorés.

Sur une plaque ancienne où les lésions avaient perdu depuis longtemps tout caractère infectieux et prirent ultérieurement l'aspect de la

(1) Nous n'avons jamais rencontré de mycose. Tous les ensemencements sur milieux spéciaux sont demeurés stériles.

parakératose psoriasiforme, *de gros diplocoques à cultures blanches* ou *grises* (*grosses formes du coccus polymorphe*) se joignaient aux staphylocoques dorés (1).

(1) Outre le *bacille pyocyanique* que nous avons rencontré exceptionnellement, nous avons trouvé très fréquemment sur la plaque de dermo-épidermite *un bacille à culture odorante*. Ce bacille paraît être, suivant les cas, aérobie ou anaérobie.

C'est au fond des trajets fistuleux suppurant et des dépressions cicatricielles, ou dans les lésions cutanées initiales, que nous avons décelé les bacilles les plus nombreux et les plus vivaces.

Après dix à douze heures d'étuve, les colonies de tels bacilles ensemencés sur gélose (glucosée, lactosée, à l'urée de Noiré) étaient visibles. Elles étaient d'abord distinctes les unes des autres, arrondies, bombées, blanches, présentant parfois en leur centre une bulle gazeuse. Très rapidement confluentes, elles formaient plaque. Vers la 24e heure, cette plaque recouvrait presque complètement la gélose et les cultures voisines : ses limites étaient nettes, ses bords étaient dentelés, très découpés, ornés parfois de prolongements épineux ramifiés, sa surface était tomenteuse ; la région centrale de la culture était épaisse, jaunâtre, tandis que la zone périphérique, mince, blanche, translucide, était fréquemment semée de bulles gazeuses. Du tube s'échappait une odeur plus ou moins accentuée rappelant celle d'un fromage fermenté. La consistance était crémeuse et la dissociation dans l'eau facile.

Microscopiquement, les bacilles se présentent sous la forme de bâtonnets rectilignes. Leurs extrémités sont ordinairement arrondies, parfois coupées à angle droit ou légèrement renflées ; plus rarement l'une d'elles est effilée. Leur longueur varie entre 0μ,5 et 2 μ ; la largeur est plus uniforme, égale en moyenne 0μ,3. Les bacilles sont colorés par le violet de gentiane avec une intensité moindre que les staphylocoques dorés et les streptocoques; et le sont généralement irrégulièrement. Ils prennent le gram.

Dans les cultures vieilles de 3 à 4 jours, existaient les formes suivantes qui paraissaient dériver les unes des autres : 1° des bacilles, de longueur égale à 2 μ, dont quelques points, irrégulièrement disséminés, étaient seuls colorés ; 2° des bacilles, longs de 5 voire 6 μ, larges de 0μ,5 dont la forme était variable : parfois bosselés, ils pouvaient être rectilignes ou légèrement incurvés, fusiformes ou posséder des extrémités massuées. Chacun d'eux contenait un ou, plus rarement, deux petits grains arrondis ou ovalaires, de contours nettement dessinés, d'un diamètre égal à 0μ,1, 0μ,2, très vivement colorés et situés au centre ou aux extrémités. Les autres régions du bacille étaient pâles, à peine teintées ; 3° des bacilles, de grande dimension, dont la teinte était uniformément pâle. Or, dans ces mêmes cultures, nous avons trouvé des bacilles très fortement et uniformément colorés, semblables aux petits grains intrabacillaires (deuxième forme). Il est permis de croire que c'est au dépens de ces petits grains que se constituent les bacilles de nouvelle génération.

Doués d'une grande vitalité, les bacilles existaient, à côté du streptocoque, dans les lésions cutanées initiales (sérosité claire soulevant la collerette). Ils étaient fréquemment associés aux streptocoques et aux staphylocoques dorés, sur la plaque de dermo-épidermite parvenue à la première, à la seconde ou à la troisième période. Dans tous ces cas, les cultures des staphylocoques dorés sur gélose étaient florissantes; vers le deuxième ou le troisième jour, parfois plus tardivement, au centre de la colonie lisse, plate, mince, jaune-or staphylococcique, faisait saillie un nodule nettement limité, arrondi, large de 1 à 2 millimètres, qui possédait une surface tourmentée, une odeur caséeuse et une coloration jaunâtre ou rose thé. Ce nodule était composé de bacilles.

Il est probable que, dans la plupart des cas, ce sont les bacilles de la fistule ou de la plaie qui infectent et la dermatose et la peau du voisinage sur laquelle ils existent du reste rarement. En quittant leur lieu d'origine, comme le streptocoque, le bacille perd quelques-uns de ces caractères et un peu de sa vitalité.

Bien que, doués d'une grande vigueur, ils puissent exister à côté du streptocoque, dans les lésions cutanées initiales, les bacilles ne semblent pas contribuer à la constitution de la dermo-épidermite.

*
* *

Il était intéressant de rechercher *la flore microbienne des fistules* ou *des plaies superficielles centrant les plaques de dermo-épidermite*. Son évolution rappelle celle de la flore microbienne de la lésion cutanée dont elle est cependant indépendante. Dans les cas étudiés, elle peut se résumer dans la forme suivante :

Fistules et plaies superficielles suppurantes : existence constante de streptocoques. Présence, sur les plaies superficielles, de staphylocoques dorés qu'il est parfois impossible ou très difficile de déceler au fond des fistules.

Plaies superficielles à peu près cicatrisées : absence de streptocoques, rareté des staphylocoques dorés.

Plaies superficielles cicatrisées : absence de streptocoques et de staphylocoques dorés ; présence de gros diplocoques (grosses formes du coccus polymorphe) et de petits diplocoques (microscopiquement semblables aux staphylocoques dorés) à culture blanche porcelainée.

*
* *

Les petits diplocoques (type microscopique staphylocoque doré) à culture blanche porcelainée et les gros diplocoques (grosses formes du coccus polymorphe) à colonies blanches ou grises, paraissent être les hôtes habituels de la peau (1) d'apparence saine et normale entourant la dermatose.

Quelquefois se joignent à eux des streptocoques et des staphylocoques dorés ; il s'agit dans ce dernier cas de dermo-épidermites compliquées de folliculites, situées hors la plaque.

Petits diplocoques ou gros diplocoques peuvent exister séparément. Ils peuvent coexister, leurs colonies sur gélose restant distinctes, être mêlés dans la même culture, ou s'y succéder ; dans ce dernier cas, ce sont les petits diplocoques qui apparaissent secondairement. Ils semblent résulter de la division des gros diplocoques.

Les petits diplocoques se trouvent de préférence sur les téguments à la surface desquels vivent les streptocoques ou qui sont infectés par les staphylocoques dorés (folliculites actuelles ou anciennes).

La flore microbienne de la peau avoisinant la dermatose diffère de celle du reste des téguments.

*
* *

Dans la plupart des cas, c'est le streptocoque de la plaie ou de la fistule qui, semble-t-il, produit la dermatose en infectant soit la cica-

(1) La peau située à 10 centimètres de la dermatose a été grattée ; les squames épidermiques et le sang issu des papilles dermiques excoriées ont été ensemencés.

trice, traumatisée par les antiseptiques, soit la peau normale du voisinage mise en état de moindre résistance.

En quittant son lieu d'origine, il perd quelques-uns de ses caractères: c'est ainsi que sa vitalité paraît diminuée et que ses cultures en pipette (bouillon ascite) cessent de prendre le gram.

Quelle est l'origine du staphylocoque doré? généralement il paraît venir lui aussi de la fistule ou de la plaie centrant la dermatose (1).

*
* *

On peut s'étonner que la dermo-épidermite ne complique pas toute plaie ancienne ou fistule dont le pus contient des streptocoques. Pourquoi tel épiderme est-il lésé par le microbe alors que tel autre résiste à l'infection? Nous en sommes réduits à faire des hypothèses.

Il faut chercher les raisons de cette apparente anomalie d'une part dans les caractères de l'agent pathogène, d'autre part dans ceux du terrain infecté. La connaissance des premiers peut expliquer la localisation *cutanée*; l'étude des seconds éclaire la localisation *épidermique*.

Il n'est pas douteux qu'on doive tenir compte de la *virulence* du *streptocoque*. Plus elle est grande, plus nombreuses sont les chances d'infection cutanée. C'est au moment où elle s'accentue, provoquant une réapparition ou une exagération de la suppuration de la plaie, que la dermatose survient.

Il est probable que le streptocoque agit à distance au moyen de ses

(1) Dans deux cas cependant, le staphylocoque doré ne fut décelé ni dans la zone d'extension où s'ébauchaient et débutaient les lésions cutanées streptococciques, ni sur la peau entourant la dermatose, ni dans le pus fistuleux. Il n'existait que sur la plaque et *seulement* dans la région où l'infection streptococcique avait produit son plein effet: en un mot, *il paraissait naître sur les lésions des première et deuxième périodes*.

D'autre part, les grosses formes du coccus polymorphe (gros diplocoques à culture, d'apparition précoce, blanche porcelainée ou jaune-or) se trouvaient dans la zone d'extension et sur la peau d'apparence normale et saine qui entourait la plaque. Elles étaient absentes des lésions streptococciques en pleine évolution (première et deuxième périodes), habitées par le staphylocoque doré. *Elles disparaissaient complètement là où le staphylocoque doré apparaissait*.

Le coccus polymorphe est apte à de grandes variations (thèse de Cedercreutz); cependant on n'a pas pu transformer sa culture en culture de staphylocoque doré. Cette transformation, que n'ont pu obtenir les procédés de laboratoire, se produit-elle sur le terrain cutané, milieu de culture naturel, au contact de l'infection streptococcique qui bouleverse l'épiderme et crée des phénomènes biologiques nouveaux? C'est là une *hypothèse*.

Au contact des phénomènes inflammatoires crées par le streptocoque, le coccus polymorphe, habitant normal de la peau humaine, et dont la forme primitive serait représentée par les gros diplocoques à culture grise ou blanche, se transformerait en staphylocoque doré (petit diplocoque à culture jaune-or). A mesure que l'activité streptococique diminuerait, et que s'atténuerait l'inflammation, le staphylocoque doré perdrait ses caractères, deviendrait petit diplocoque à culture blanche porcelainée, pour retourner finalement à la forme primitive.

toxines sur le tégument, avant de l'attaquer franchement. Il le sensibilise. Il effectue un véritable travail de préparation. Cette *sensibilisation* (Gougerot) paraît persister après la guérison de la plaie suppurante et celle de la dermo-épidermite : c'est ainsi qu'un blessé, guéri d'une première plaque de dermo-épidermite, en voyait une deuxième se développer, quelques mois plus tard, autour d'une plaie opératoire, et cela, alors que le chirurgien prévenu avait pris toutes les précautions nécessaires et n'avait employé aucun antiseptique.

Pourquoi les lésions se localisent-elles sur l'épiderme ? Pourquoi le streptocoque produit-il ici un érysipèle, là une épidermite ? Peut-être a-t-on à faire à une variété spéciale du streptocoque. Il n'en est pas moins vrai que l'épiderme, partie du tégument sensibilisé, est *particulièrement prédisposé* aux atteintes de ce microbe. En effet :

1° Il est *facilement traumatisable*.

Sur la cicatrice qui cercle la plaie, il est mince, lisse, recouvre un derme rougeâtre, violacé, mal irrigué, peu sensible, souvent adhérent au plan profond.

Autour de la cicatrice, il est ordinairement peu résistant.

Sa faible vitalité peut résulter du traumatisme local causé par la pénétration du projectile. Les vaisseaux sont comprimés ou sectionnés, la vascularisation et surtout la circulation veineuse sont mauvaises ; dans la station debout, le membre se cyanose et se refroidit. Les nerfs sont blessés ; la sensibilité cutanée, tactile, thermique, douloureuse, est diminuée ou a disparu ; le trophisme cellulaire est troublé. La sécrétion des glandes sudoripares et sébacées est peut-être absente ou modifiée dans sa quantité et sa qualité. Nous n'avons pas eu le loisir de faire une étude sérieuse et détaillée de cette sécrétion. Il est cependant indiscutable que le mauvais fonctionnement des glandes, qui fournissent à l'épiderme son enduit protecteur, doit entraîner une diminution de la résistance épidermique aux antiseptiques, à l'infection, ou même simplement à l'action de l'oxygène atmosphérique. Une altération de leurs produits de sécrétion peut être une cause d'irritation tégumentaire. Les muscles, broyés, sont remplacés par un noyau fibreux, rétractile, qui adhère, déprime et immobilise le derme et l'épiderme sous-jacents ; un cal osseux difforme les comprime, les soulève et les distend.

Dans d'autres cas, l'épiderme du segment de membre blessé, porteur de la dermatose, est de qualité mauvaise, comme la totalité de la peau du sujet.

2° *Il est traumatisé*.

Maintes et maintes fois, *l'abus des antiseptiques* a été noté, et, en février 1916, dans un article de la *Presse Médicale*, M. le Dr Sabouraud en signalait les causes. L'application de la méthode antiseptique en entraîne rapidement l'abus. Les badigeons, les lavages, les panse-

ments, sont renouvelés chaque jour, pendant des semaines et des mois. A profusion, les antiseptiques sont répandus et baignent non seulement la plaie, mais encore les téguments voisins : parmi eux la teinture d'iode et l'alcool paraissent être ceux dont on exagère le plus volontiers l'emploi.

L'action traumatisante de ces topiques s'exerce avant tout sur l'épiderme, qui peut présenter « une sensibilité spéciale » à l'application de tout antiseptique, voire à celle de certaines substances nettement déterminées. Elle est plus ou moins marquée. Très accentuée, elle aboutit à la chute de l'épiderme couvrant la cicatrice, qui prend une teinte rouge vif et suinte. Sur les lésions traumatiques se greffe l'infection (1er mode de début).

Les larges pansements humides, prolongés, font étuve, entretiennent une chaleur humide, propice au développement microbien, en même temps qu'ils déterminent la macération de l'épiderme.

Dans quelques cas, les rayons X, et même les effluves de haute fréquence semblent avoir joué le rôle de cause prédisposante.

*
* *

Le streptocoque se localise donc dans l'épiderme : la dermatose est primitivement une épidermite, au contact de laquelle secondairement le derme réagit.

Les vaisseaux des papilles dermiques se congestionnent ; la sérosité qui s'en échappe transsude à travers le corps muqueux, s'accumule entre lui et les couches cornées qui sont soulevées et décollées. C'est la lésion typique de l'impétigo. Après destruction du revêtement corné, la sérosité s'écoule en abondance à l'extérieur.

Peu à peu, les assises cellulaires superficielles du corps muqueux, mises à nu, et soumises au contact de l'air, se sèchent, forment une membrane imperméable sous laquelle la sérosité, issue des papilles dermiques, s'assemble. A l'exemple de la couche cornée, cette membrane devenue parakératosique, est décollée des assises profondes du corps muqueux, déchirée et détruite. Le processus recommence, etc.

Tardivement, l'exsudation s'atténue ; la dermatose ressemble, au premier abord, à la parakératose psoriasiforme *dont cependant elle diffère.*

La plaque de parakératose psoriasiforme est rouge squameuse. Les squames sont peu étendues, peu épaisses, adhérentes. Ordinairement stratifiées, elles s'enlèvent, par grattage méthodique, couche par couche. *Aucun plan de clivage* n'existe entre elles et le corps muqueux sous-jacent. Les dernières couches ne se décollent pas, par un coup de curette, en larges lambeaux, d'une surface lisse, rouge, luisante. Au contraire, après quelques coups de curette, on obtient sur le même

plan, des îlots squameux, des îlots de corps muqueux plus ou moins purpuriques ou hémorragiques.

Les lésions tardives (troisième période) de la dermo-épidermite, dans lesquelles nous avons trouvé l'agent pathogène, le streptocoque, étaient rouges et squameuses. Parakératosique, la squame était large, épaisse. Elle *était séparée par un plan de clivage* du corps muqueux auquel son centre seul adhérait peu. Un coup de curette suffisait à la détacher en bloc, et à découvrir la surface rouge, lisse, luisante du corps muqueux sous-jacent. Elle formait le toit d'une véritable bulle sèche.

*
* *

Fréquemment nous avons observé des lésions typiques de parakératose psoriasiforme, sèches, humides ou lichénifiées. Elles s'associaient tardivement à la dermo-épidermite streptococcique ou lui succédaient.

Etaient-elles d'origine microbienne ? Nos examens bactériologiques insuffisants ne nous permettent pas d'émettre une conclusion.

Les streptocoques semblaient ne point exister sur les rares lésions que nous avons pu étudier.

Ajoutons que les échanges nutritifs (1) de quatre malades ont été examinés. Chacun de ces sujets présentait les lésions de parakératose psoriasiforme, *apparues après la blessure*.

Un de ces malades présentait des plaques de parakératose psoriasiforme disséminées autour de la plaie et sur le thorax.

Un autre des plaques de parakératose psoriasiforme développées à quelques centimètres de la dermo-épidermite infectieuse.

Le 3e des lésions de parakératose psoriasiforme greffées secondairement sur la dermo-épidermite infectieuse et des éléments disséminés sur le menton, le cou, le creux des aisselles, autour de l'ombilic, etc...

Le 4e des lésions de parakératose psoriasiforme greffées secondairement sur la dermo-épidermite infectieuse.

Trois faits se dégagent des analyses faites par M. Chabanier, quel que soit l'aspect clinique :

1° Sous l'influence du régime carné, *la quantité des urines diminue et des traces d'albumine apparaissent.*

2° Quel que soit le régime, carné ou végétarien, le rapport $\frac{\text{Soufre total}}{\text{Azote total}}$ est élevé ; cette *élévation correspond à une grande élimination du soufre.*

(1) L'étude des échanges nutritifs repose uniquement sur l'analyse des urines, faite dans des conditions nettement déterminées. Nous reconnaissons avec MM. Brocq, Desgrez et Ayrignac que « les échanges nutritifs ne sont pas adéquates aux formules urinaires et qu'il eût été souhaitable de pouvoir analyser les déchets intestinaux, les éliminations pulmonaires et cutanées ».

NOTE SUR LA DIFFUSION DE LA SYPHILIS DANS LA RÉGION TOULOUSAINE PENDANT DEUX ANNÉES DE GUERRE

Par **Ch. Audry.**

On parle beaucoup de la diffusion et de la multiplication de la syphilis depuis le début de la guerre. Il y a lieu d'étudier la question avec des chiffres et des faits. Plus ils seront abondants, plus l'on aura des chances de conclure avec exactitude. Voici quelques documents pour Toulouse.

I

A la clinique et à la policlinique de l'Université de Toulouse, il s'est présenté depuis le 1er mars 1911 jusqu'au 1er mars 1913 :

602 syphilitiques, dont 196 femmes.

A cette même clinique, du 1er mars 1915 au 1er mars 1917, il s'est présenté 444 syphilitiques dont 199 femmes. Pour des raisons que l'on verra, j'y joins 143 cas d'une autre provenance ; au total, pour la population *civile* :

587 syphilitiques, dont 199 femmes.

II

Pendant la période mars 1911-mars 1913, l'hôpital militaire de Toulouse a traité

31 syphilitiques.

Pendant la période mars 1915-mars 1917, le centre de vénéréologie de la 17e Région a traité 851 syphilitiques ; mais de ce nombre, il faut défalquer d'abord 201 asiatiques ou africains ; j'en retire aussi 143 ouvriers mobilisés dans des usines privées ou des établissements industriels de l'État, que j'ai ajoutés au contingent civil de la clinique. Il reste :

497 syphilitiques.

III

Ainsi, *dans la population civile,* il n'y a aucune augmentation de la syphilis : or, il ne faut pas croire que la population toulousaine ait diminué de nombre : au contraire, depuis un bon nombre de mois, elle

est sensiblement plus considérable qu'en temps de paix : tant à cause du développement des diverses usines, qu'à cause de l'afflux des ouvriers étrangers.

IV

Dans la *population militaire*, l'augmentation paraît au contraire formidable : mais cette augmentation est purement « *absolue* ». Envisagée comme elle doit l'être, à un point de vue *relatif*, elle est beaucoup moindre : en effet, les hommes concentrés sur le centre de vénéréologie proviennent d'effectifs énormes (les blessés et malades des hôpitaux de la région y figurent en grand nombre) ; ils viennent de toute la région militaire, et d'ailleurs ! La clientèle privée masculine, les policliniques privées ont complètement disparu. Enfin, le chiffre des militaires traités en 1911-13 est sûrement très inférieur à la réalité.

V

En résumé, nous voyons que de 1911-1913, le centre universitaire et le centre militaire ont traité

633 syphilitiques

et de 1915-1917

1083 syphilitiques.

Cette augmentation qui paraît considérable au premier aspect, est réellement bien moins considérable si on compare les circonstances et les effectifs qui ont respectivement assuré le recrutement des centres vénéréologiques pendant l'une et l'autre période.

VI

Je crains que plusieurs des personnes, qui ont poussé des cris d'alarme, n'aient pas eu antérieurement des notions assez exactes sur la fréquence de la syphilis en temps de paix. Pour Berlin, Blaschko évoluait à 19000 le nombre des syphilis qui s'y contractaient en une seule année. Comparons. Pour ma part, j'ai toujours cru que 25 pour 100 de la population adulte masculine des villes était ou avait été infectée. A mon sens, la syphilis ne devra à la guerre actuelle qu'une assez faible multiplication ; il est juste de dire que les mesures prises auront contribué à ce résultat.

VII

Mais il ne faut pas en tirer une conclusion pratique béatement optimiste. En premier lieu, il faut continuer à appliquer les diverses mesures ;

parmi ces mesures, l'application exacte de la surveillance administrative et médicale des prostituées reste la plus efficace. J'espère qu'après la guerre, on ne l'oubliera pas.

En second lieu, si la *fréquence* de la syphilis n'est pas, à mon avis, très considérablement accrue, *sa diffusion est au contraire sensiblement accrue*. Comme il y a de nouveaux riches, il y a de *nouveaux syphilitiques* : c'est dans les classes agricoles, les territoriaux des petites villes qu'il faut les découvrir et les soigner. Quand nos confrères militaires auront retrouvé leur clientèle paysanne, ils feront bien de s'en souvenir.

RECUEIL DE FAITS

PSEUDO MILIUM COLLOÏDE PLUS EXACTEMENT CONJONCTIVOMES A DÉGÉNÉRESCENCE HYALINE

Par **G. Milian,**

Médecin-chef de l'Hôpital militaire 24 (Épernay).

F... Jean, 42 ans, cultivateur, mobilisé dans l'artillerie à pied, a été envoyé à l'hôpital 12 à V... avec le diagnostic d'érythème bulleux. L'affection, au dire du malade, aurait débuté sur les mains à l'âge de 13 ou 14 ans ; le malade croyait être atteint de verrues. Cela aurait gagné le visage vers 18 ans, le tout se développant sans phénomène fonctionnel, sans prurit.

La *lésion élémentaire* de l'affection est une petite tumeur arrondie et jaune (très rarement avec une tache rouge hémorragique) du volume d'une tête d'épingle à une lentille, et qui ressemble absolument à un petit kyste. Cette ressemblance est telle que le malade a été envoyé avec le diagnostic d'érythème bulleux (bien qu'il n'y ait d'ailleurs aucune trace d'érythème). J'ai moi-même porté tout d'abord le diagnostic d'hydrocystome, pensant qu'il devait s'agir de kystes sudoripares. Il paraissait absolument évident qu'en piquant chacun de ces éléments avec une épingle, il dût en sortir du liquide citrin. Or, en piquant la lésion, il ne sort rien. Si l'on presse, on obtient alors un produit grumeleux, jaune, semblable comme couleur et consistance à la gélatine des charcutiers. Il ne s'agit donc pas de kystes mais de petites tumeurs en dégénérescence. Fait curieux, elles seraient, au dire du malade, plus volumineuses au moment des chaleurs. Quand il fait bien chaud, elles gonfleraient en devenant un peu rouges comme pour percer, éventualité qui ne s'est d'ailleurs jamais produite. Il existe assez souvent un poil au centre de la tumeur, plus fréquemment à la périphérie.

Ces petites tumeurs sont arrondies, ou un peu aplaties, d'apparence multilobées quand elles atteignent un certain volume ; elles sont, d'une manière générale mais non absolument stricte, rangées en séries linéaires entre les plis de la peau (fig. 1).

Leur siège exclusif chez notre malade est à la face et au dos des mains.

A la *face,* elles occupent la partie inférieure du front surtout dans sa région médiane, le nez. et toute la région péri-orbitaire, particulièrement en avant de l'os malaire.

Aux *mains,* elles siègent uniquement à la face dorsale, spécialement au niveau du 1er métacarpien. C'est en arrière du 1er et du 2e espace interdigital que siègent les groupements les plus importants, à cheval sur l'espace.

F... présente quelques autres manifestations cutanées qu'il est intéressant de relater : d'abord des *nævi pigmentaires* de la dimension d'une petite lentille, disséminés sur la surface du corps et au nombre de 11, — trois *taches rubis,* — des *cônes pilaires* analogues à ceux du pityriasis rubra, sur le dos des premières phalanges et quelques-uns aux ailes et au dos du nez. Il a un léger degré de *kératose pilaire rouge* de la queue du sourcil, de la barbe et de la face antérieure des cuisses.

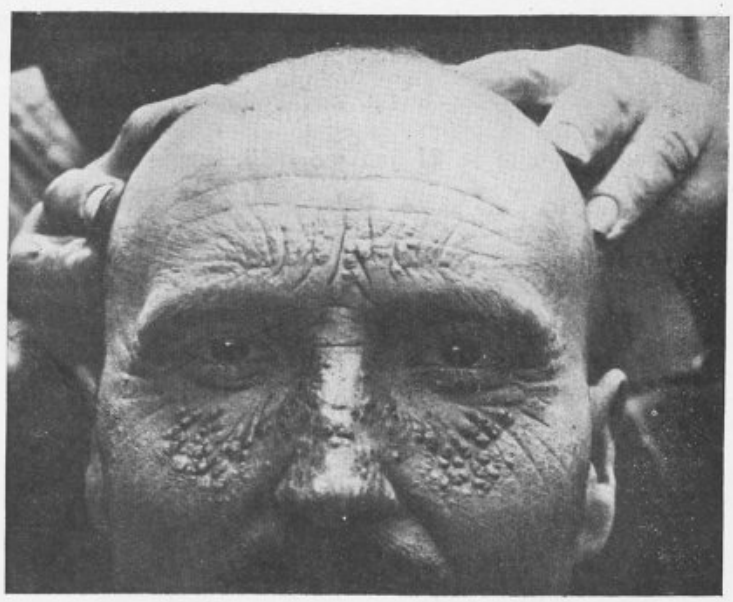


Fig. 1.

Il n'a pas d'acné du dos, ni du visage.

Il présente une calvitie assez marquée.

Il ne présente pas destigmates d'hérédo-syphilis, sauf la *soudure* très accentuée du *lobule de l'oreille.*

Les *organes* sont normaux : le poumon et le cœur n'offrent aucun signe pathologique. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Depuis l'entrée du malade, le 4 janvier 1916, à l'hopital, l'affection ne montra aucune modification pendant un mois, sinon une légère

diminution de volume des éléments sous l'influence du repos et de la sédation due à leur mise à l'abri du soleil et des intempéries.

Antécédents héréditaires : *Père* mort à 72 ans d'une attaque d'apoplexie. *Mère,* 70 ans, bien portante. Un seul enfant, le malade.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 10 ans. Pas de maladies tuberculeuses ou autres. Camptodactylie de l'annulaire droit à la suite d'une subluxation des phalanges qu'il contracta en tenant par la longe un veau qui réussit à lui échapper en tirant.

Femme bien portante, six enfants vivants, bien portants.

Aucune manifestation cutanée semblable à celle du malade ni même quelconque n'a été observée chez les ascendants, descendants ou collatéraux du sujet.

Une *biopsie* fut faite le 21 janvier 1916, sur le dos de la main

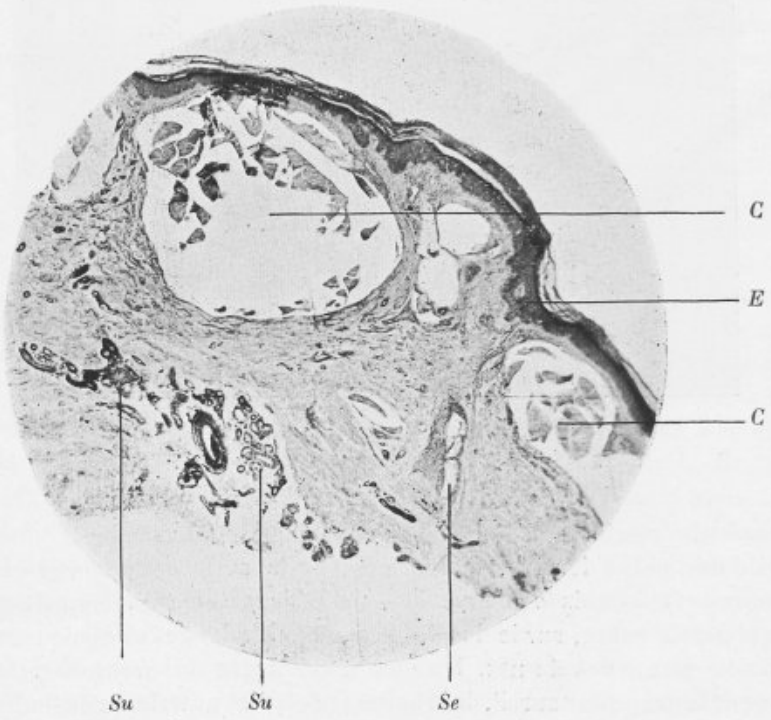


Fig. 2. — Coupe vue à un faible grossissement. *C.* Tumeurs colloïdes à apparence kystique ; *E.* Epiderme ; *Su.* Glandes sudoripares normales ; *Sc.* Glandes sébacées.

gauche, au niveau du premier espace interdigital, et fixée au formol à 10 pour 100.

L'*examen histologique,* à un faible grossissement (fig. 2), montre que les petites tumeurs, de volume extrêmement variable, siègent

sous l'épiderme presque immédiatement au contact de celui-ci, c'est-à-dire dans le derme papillaire. Elles se présentent comme des cavités arrondies, remplies non d'un liquide coagulé, mais d'un tissu, qui à un examen superficiel et à ce grossissement, à l'apparence du tissu musculaire, et s'est rétracté sous l'influence des réactifs et du chauffage de l'inclusion à la paraffine.

Il est immédiatement manifeste que les lésions n'ont aucun rapport avec les glandes sudoripares, ni avec les glandes sébacées. La multiplicité des éléments sur toute l'étendue de la préparation, bien supérieure en nombre à ce qu'il peut y avoir de glandes dans le champ du microscope, suffirait déjà à le prouver. Mais en outre, leur siège superficiel élimine d'une manière absolue, l'hypothèse d'une altération des glandes sudoripares. Enfin l'existence des glandes sébacées et sudoripares, en nombre normal et de structure normale dans la préparation prouve à l'évidence que les tumeurs sont formées indépendamment de celles-ci.

Autour des lèsions, il n'y a pour ainsi dire aucune réaction inflammatoire : l'épiderme est normal, il est seulement un peu aplati de dedans en dehors. Le tissu conjonctif du derme périphérique présente rarement quelques infiltrats cellulaires. Il est normal d'aspect à part peut-être un certain degré de prolifération des fibres élastiques.

Le tissu de la tumeur lui-même est formé de blocs à limite régulière disposés en faisceaux comme les fibres musculaires, et séparés par des fentes ou des espaces où courent des vaisseaux (fig. 3). On n'y trouve pas de fibres élastiques. Ces blocs ont une apparence vitreuse et prennent mal les colorants sauf la thionine qui les colore en bloc et d'un bleu opaque, empêchant de discerner toute structure. On distingue sur les préparations à l'hématoxyline éosine, des noyaux allongés à la périphérie des faisceaux. Il en existe également dans les faisceaux eux-mêmes, mais la plupart du temps non colorés, n'ayant pour ainsi dire laissé que leurs empreintes et paraissant comme de petites cavités ovoïdes analogues aux chondroblastes des cartilages débarrassés de leurs noyaux. Il serait difficile de dire exactement à quel tissu l'on a affaire si, de temps à autre, on ne découvrait un faisceau, peu touché par la dégénérescence et qui à un fort grossissement, montre les fibres conjonctives avec leurs noyaux agglomérées en faisceaux comme des torsades de cheveux,.

Les colorants ou réactifs divers essayés sur ces faisceaux ont donné les résultats suivants :

L'*éosine* les colore en rose pâle à peine marqué, au lieu du rose foncé du tissu conjonctif normal.

Le *van Gieson*, en jaune pâle au lieu du rouge vif qui caractérise les scléroses conjonctives, ce qui permet d'écarter ici toute hypothèse de sclérose inflammatoire.

L'*acide osmique* ne se fixe pas sur ces faisceaux qui restent pâles tandis que l'épiderme corné, et le tissu adipeux de l'hypoderme sont colorés en noir foncé.

La *thionine* se fixe en bloc sur ces faisceaux et les colore en bleu foncé très opaque empêchant de discerner toute structure. C'est là le seul de tous ces réactifs qui se fixe sur cette dégénérescence.

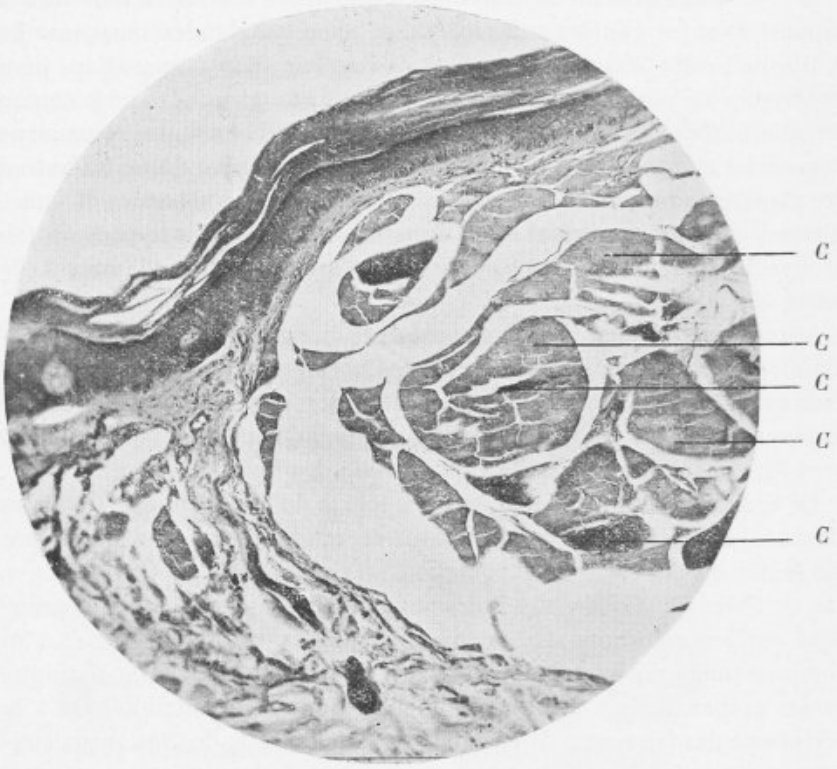


Fig. 3. — Coupe d'une tumeur vue à un fort grossissement. *C*. Faisceaux conjonctifs en dégénérescence colloïde.

Le *colorant de Weigert pour les fibres élastiques* les colore en gris violacé et n'y révèle aucune fibre élastique.

Il s'agit en un mot d'une véritable prolifération sous forme de petites tumeurs, exactement limitées sans qu'on y puisse cependant distinguer de capsule enveloppante, de blocs de fibres conjonctives à dégénérescence hyaline. Ce sont de petits *conjonctivomes à dégénérescence hyaline*, terme qui conviendrait mieux que celui de pseudo milium colloïde.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilis héréditaire.

Un cas de syphilis congénitale 20 ans après l'infection de la mère (Ein Fall von kongenitaler Syphilis 20 Jahre nach der Infektion der Mutter), par H. Boas. *Dermatologische Wochenschrift,* 28 mars 1914.

L'enfant mort de broncho-pneumonie présentait des lésions osseuses, pancréatiques et hépatiques. Dans ces dernières, on trouve de nombreux spirochètes. Pellier.

Maladie bleue d'origine syphilitique, par E. Jeanselme, *Bulletins et Mémoiresde la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 26 novembre 1915, p. 1093.

Fillette de 11 ans, présentant tous les signes fonctionnels et physiques de maladie bleue, apparus, à la suite d'une congestion pulmonaire, à l'âge de 8 ans. J. a assisté à l'évolution de la syphilis maternelle, depuis le stade initial jusqu'à ce jour, et en particulier pendant la grossesse, époque à laquelle la mère était atteinte d'accidents secondaires. L'enfant a elle-même été traitée pour des manifestations syphilitiques irrécusables, en particulier syphilides péri-anales et périonyxis. La réaction de Wassermann est positive. L'un des frères de la malade, âgé de 6 ans, est atteint de maladie bleue à l'état d'ébauche ; la réaction de Wassermann est chez lui aussi positive. Un autre frère âgé de 7 ans et demi n'offre aucun stigmate de syphilis, en dehors d'une réaction de Wassermann positive. Le plus jeune des enfants, âgé de 4 ans, paraît avoir échappé à l'infection syphilitique. R.-J. Weissenbach.

Chorée et réaction de Wassermann, par J. Comby, *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 30 juillet 1915, p. 666.

La réaction de Wassermann recherchée avec le sang et le liquide céphalo-rachidien chez sept enfants atteints de chorée de Sydenham s'est montrée une seule fois positive avec le sang et dans tous les cas négative avec le liquide céphalo rachidien. Ce liquide, 6 fois sur 7, était cytologiquement normal ; une seule fois il présentait de la lymphocytose (12 lymphocytes par millimètre cube).

C. a recherché 39 fois la réaction de Wassermann des choréiques : 28 fois elle fut négative, 7 fois franchement positive, 4 fois faiblement positive. C. conclut que chez la plupart des choréiques la syphilis est absente ; même dans les cas où elle est présente, on peut douter de son rôle étiolo gique. R.-J. Weissenbach.

Hémiplégie infantile chez un hérédo-syphilitique, par L. Babonneix et L. Tixier. *Bulletins de la Société de Pédiâtrie,* avril 1914, p. 198.

Enfant de 3 ans et demi, né à terme et n'ayant présenté aucun accident

ni aucune manifestation de syphilis jusqu'à l'âge de 3 ans. Il fut, à cet âge, pris brusquement de céphalée, puis de convulsions; 24 heures plus tard on constatait l'existence d'une hémiplégie gauche complète. Le traitement mercuriel fut institué. Actuellement l'enfant est atteint d'hémiplégie avec arrêt de développement des membres, mouvements athétoso-choréiques, exagération des réflexes; il existe de plus des troubles intellectuels nets. La réaction de Wassermann du sérum est positive chez l'enfant, négative chez la mère. R.-J. Weissenbach.

Radiographie d'un cas de maladie de Parrot, par P. Lombard et C. Viallet. *Revue Médicale d'Alger,* mai 1914, p. 262.

Observation d'un enfant de 8 mois atteint d'impotence fonctionnelle du membre supérieur droit. Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure de l'humérus. Syphilis paternelle.

La radiographie met en évidence une hyperostose diffuse du radius et du cubitus avec en certains points des taches claires, indices de raréfaction osseuse; une légère augmentation de volume de l'extrémité inférieure de l'humérus dont l'épiphyse décollée demeure invisible, parce qu'elle est entièrement cartilagineuse.

L'intérêt spécial de cette observation réside dans le résultat de l'examen aux rayons X; la radiographie annexée est, avec celle qui est reproduite dans le *Traité de Chirurgie infantile* de A. Broca, la seule radiographie publiée de cas de maladie de Parrot. R.-J. Weissenbach.

Syphilis osseuse héréditaire tardive, par Paul Vital-Badin. *Presse Médicale,* 28 mars 1914, p. 240.

Observation de syphilis osseuse héréditaire tardive chez une enfant de 6 ans; il s'agit d'ostéite de l'extrémité inférieure du fémur droit avec grosse tuméfaction du genou. L'examen clinique et l'examen radiographique révèle des lésions de raréfaction osseuse du péroné, du tibia, de l'aile iliaque, des os des mains. Réaction de Wassermann positive. Traitement mercuriel. Grosse amélioration. R.-J. Weissenbach.

Cas remarquable d'hérédo-syphilis tardive, régionale, tertiaire d'emblée et résistant au traitement (Notable caso de heredosifilis tardia regional, terciaria d'emblée y resistente al tratamiento), par Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1913, p. 160.

A propos d'un cas de syphilis héréditaire avec gommes miliaires ulcérées et confluentes limitées au bord des lèvres, respectant absolument la peau et presque absolument la muqueuse labiale survenue depuis l'âge de 21 ans chez une femme de 43 ans, prises pour de la tuberculose, et guéries par le traitement spécifique. A. insiste sur la nécessité d'examiner souvent le malade et les lésions, la guérison spontanée de quelques lésions syphilitiques, bien détergées et cautérisées, la fréquence de l'hérédo-syphilis tardive à laquelle on doit toujours penser ce qui évitera beaucoup d'erreurs de diagnostic et d'interventions chirurgicales inutiles, la fréquence des lésions tertiaires d'emblée surtout chez les femmes, la tendance à la localisation régionale de ces lésions, la grande valeur du traitement topique par les solutions de salvarsan (attouchements ou compresses), la nécessité des

injections de salvarsan en série, de manière à obtenir la guérison de la syphilis par stérilisation fractionnée. Travail intéressant à lire dans l'original. J. Méneau.

Le salvarsan et la loi de Profeta (Salvarsan and Profeta's Law), par Ravogli. *Sixty-fourth Annual Session of the American medical Association (Section in dermatology)*, Minneapolis, juin 1913. *The Journal of the American medical Association*, 12 juillet 1913, p. 95.

R. discute les travaux récents sur la loi de Profeta. Il a observé le cas suivant : une femme donne naissance à un enfant présentant nettement les stigmates de la syphilis. Elle se fait soigner par l'arsénobenzol au moment de sa deuxième grossesse et le second enfant naît parfaitement sain. Elle le nourrit elle-même. Au bout de quelques mois, elle a de nouvelles plaques muqueuses et contamine l'enfant qui présente un chancre typique du menton. Ce cas paraît prouver nettement que l'enfant n'était nullement immunisé. Fernet.

Observations cliniques sur l'action du salvarsan et de la combinaison du salvarsan avec le mercure sur le fœtus (Klinische Beobachtungen über die Einwirkung des Salvarsans und der Kombination von Salvarsan und Quecksilber auf den Fötus), par K. Hedén. *Dermatologische Wochenschrift*, 28 mars 1914.

Les observations de H. portent malheureusement sur un nombre de cas restreint. Elles montrent cependant l'avantage considérable au point de vue de l'enfant d'un traitement mixte — arsénobenzol et mercure — sur le seul salvarsan. Pellier.

L'intestin des hérédo-syphilitiques, par Gaucher. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 23 mai 1916, p. 641.

G. déclare de façon formelle que l'entéro-colite de l'enfance est une dépendance de l'hérédité syphilitique. Chez les jeunes enfants qui lui étaient amenés pour phénomènes d'entéro-colite ayant résisté à tous les changements de régime, il a souvent pu relever des dystrophies ou des tares hérédo-syphilitiques non douteuses : asymétrie crânienne ou faciale, ébauche de strabisme convergent, prognathisme, dents fragiles se gâtant facilement, les incisives médianes supérieures de la 2e dentition écartées. Souvent la réaction de Wassermann s'est montrée positive, ou bien l'interrogatoire des parents fait découvrir chez eux une ancienne syphilis. Enfin, le traitement mercuriel améliore beaucoup l'état de ces petits malades.

Les lésions peuvent gagner le tissu réticulé appendiculaire, aboutir à l'appendicite. Cela se voit fréquemment. G. renvoie à ses publications de 1904 sur l'origine syphilitique de cette dernière maladie, qui est justiciable elle aussi du traitement mercuriel.

Dans la discussion qui suit cette communication, Hayem fait remarquer que l'opinion de Gaucher ne s'appuie sur aucune donnée anatomo-pathologique, Jalaguier, Routier, Quénu et Monod protestent contre l'affirmation de Gaucher qui considère comme admise par tous son opinion (formulée en 1904) relative à l'origine syphilitique de l'appendicite; ils affirment

n'avoir jamais pu établir dans leur clientèle aucun rapport pathogénique entre ces deux affections. On peut constater leur superposition, mais cela se rencontre aussi chez les tuberculeux. Chez ceux-ci, il peut exister parfois une tuberculose de l'appendice facilement reconnaissable à l'examen anatomo-pathologique. Jamais on n'a constaté de cas comparables de syphilis de l'appendice.

Gaucher répond à ces observations : 1° qu'un de ses élèves a trouvé des spirochètes dans le tissu réticulé de l'appendice ; 2° que, dans bien des maladies qui reconnaissent la syphilis comme cause, on ne peut établir l'étiologie anatomo-pathologiquement ; cependant, on ne discute plus cette étiologie, par exemple pour la leucoplasie linguale ; 3° que, dans des services de chirurgie, deux de ses élèves ont trouvé, chez des malades qu'on était sur le point d'opérer d'appendicite, la réaction de Wassermann positive dans 43 pour 100 des cas.

Jalaguier maintient son opinion. M. Govaerts.

L'hérédité syphilitique paternelle, par Gaucher. *Annales des maladies vénériennes,* janvier 1916, p. 1.

G. rappelle les preuves cliniques et sérologiques de l'hérédité syphilitique paternelle exclusive ; exceptionnellement la mère peut être contaminée par son enfant, chancre du sein observé chez la mère d'un hérédo-syphilitique virulent qui nourrit son enfant. La réaction de Wassermann peut être négative chez la mère d'un hérédo-syphilitique pour lequel cette réaction est positive. Il en signale les conséquences qu'il groupe de la manière suivante : 1° hérédo-syphilis secondaire et tertiaire ; 2° affections parasyphilitiques et dystrophies, devenant héréditaires par elles-mêmes pour les générations suivantes sans syphilis nouvelle (exemple l'épilepsie hérédo-syphilitique) ; 3° tares vulgaires, sujets chez lesquels l'hérédité spéciale n'est pas appréciable, mal constitués sans être difformes, peu intelligents sans être arriérés.

En raison de la fréquence et de la gravité des conséquences de l'hérédité syphilitique paternelle, G. conclut à la nécessité absolue d'un traitement appliqué au syphilitique immédiatement avant son mariage, même si sa maladie est très ancienne et a été très bien soignée au début. Ce traitement devrait être répété avant chaque procréation. M. Govaerts.

Syphilis héréditaire virulente vingt ans après la syphilis de la mère, par Gaucher, Bizard, Bralez et Delcamp. *Annales des maladies vénériennes,* avril 1915, p. 193.

Femme de 39 ans. Syphilis contractée à 19 ans, soignée par des pilules. Pas d'accidents après la 1re année. A eu 3 enfants : le 1er né des rapports infectants ; le 2e né (d'un mariage) 9 ans après la syphilis ; le 3e né (d'un remariage avec un homme sain ayant un enfant bien portant) 20 ans après la syphilis. Le 1er mourut à six mois de méningite syphilitique. Le 2e présente des dystrophies. Le 3e a présenté, 40 jours après sa naissance, des manifestations de syphilis secondaire : plaques muqueuses, syphilides papulo-érosives, pemphigus. Il dépérit et mourut quatre semaines plus tard. Les cas de syphilis héréditaire virulente chez les enfants de femmes dont la syphilis remonte à 20 ans sont certainement exceptionnels, et cette observation est probablement unique. M. Govaerts.

Traitement de la syphilis.

Sur l'évolution de la syphilis traitée au début par le mercure (Weitere Mitteilung über den Verlauf der mit Quecksilbers frühlbehandelten Syphilisfälle), par Scherber. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 50, p. 2074.

Sur 29 malades traités par le mercure dès le chancre, et suivis pendant un temps minimum de 2 ans et maximum de 7 ans, 7 sont restés indemnes de tout accident clinique et sérologique. 2 autres offrirent seulement et d'une manière passagère une réaction de Wassermann faiblement positive. Les 20 autres présentaient des manifestations spécifiques, habituellement localisées ; il y a donc assurément intérêt à faire un traitement aussi hâtif que possible.

S. ajoute la mention d'un cas de l'excision où du chancre a paru promettre une guérison durable et peut-être définitive, mais ce cas est unique sur plus de 20 malades. Ch. Audry.

Pour augmenter la tolérance et l'efficacité du traitement mercuriel dans la syphilis, par Bouveyron. *Gazette des Hôpitaux,* 30 avril 1914, p. 824.

B., se basant sur l'étude de 41 observations, préconise l'emploi du soufre colloïdal pour éviter les accidents de la mercurialisation intensive en particulier la stomatite mercurielle. R.-J. Weissenbach.

Action des injections intraveineuses de hautes doses de sublimé ou d'oxycyanure de mercure sur les processus syphilitiques (Uber die Wirkung hochdosierter intravenöser Sublimat und Hydrargyrum oxycyanatum Injektionen auf luetische Prozesse), par R. Fischl et H. Huht. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 118, p. 813.

F. et H. ont administré, en injections intraveineuses de 0,02 à 0,04 de sublimé ou d'oxycyanure de mercure.

L'action sur les chancres, les macules, les papules, les gommes était comparable à celle du salvarsan par sa rapidité, mais les récidives furent relativement fréquentes et rapides. Comme accidents : thrombose locale, diarrhée, fièvre, albuminurie.

Peut-être cette action sera-t-elle utilisable, associée au salvarsan ou à d'autres traitements mercuriels assurant la rémanence pour traiter les paralysies. Ch. Audry.

Sur la résorption du mercure dans la cure de frictions (Zur Quecksilberresorption bei der Schmierkur), par H. Boruthau. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 29, 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 le mercuronucléïnate de soude dans la syphilis secondaire (Über quecksilbernukleinsaures Natrium bei sekundärer Syphilis), par I. Almkvist. *Dermatologische Wochenschrift,* 27 septembre 1913, n° 39, p. 1147.

La plupart des dérivés organiques du mercure qui ont été récemment étudiés n'ont apporté aucun progrès thérapeutique. A. a estimé qu'il était

préférable de porter ses recherches sur des composés organiques de constitution différente en ce que le mercure n'y soit point lié à l'élément carbone.

Le mercuronucléïnate de soude, déjà employé dans la paralysie générale par O. Fischer, se montre d'une activité médiocre dans la spirillose des poules. Injecté à l'homme, par doses de cinq à dix centigrammes, il exerce sur les accidents secondaires une influence très nette. Il semble cependant que ce médicament ait peu de chances d'entrer dans la pratique, étant donné les vives réactions générales et locales qu'il détermine. PELLIER.

Essai de traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de benzoate de mercure, par L. BIZARD et Mlle R. KLEIN. *Annales des maladies vénériennes,* décembre 1915, p. 741.

Cette méthode paraît devoir être rejetée, particulièrement en raison de l'extraordinaire action irritante et sclérosante qu'exerce le benzoate de mercure sur les veines. M. GOVAERTS.

Etude des excipients ou véhicules pour injections mercurielles insolubles (Estudio de los excipientes ó vehiculos para injecciones mercuriales insolubles), par E. SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas,* octobre-novembre 1915, p. 17.

De cette étude basée sur l'essai de onze excipients, qui a donné lieu à 227 expériences, S. d. A déduit qu'au point de vue des résultats biologiques, l'excipient de choix devrait être la vaseline solide seule ou associée à la vaseline liquide. Reste à savoir si elles permettent d'obtenir des préparations stables, homogènes, pouvant être employées en injections intramusculaires et de dosage simple et parfait. Ces recherches ont besoin d'être continuées. J. MÉNEAU.

Sur un cas d'hémorragies multiples après injection de calomel (Ueber einen Fall von multiplen Hämorrhagien nach Kalomelinjektionen), par DI FAVENTO. *Muenchener medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 15, p. 824.

Un homme de 24 ans, porteur d'un chancre induré, reçoit une injection de calomel, puis 0,60 de néosalvarsan, puis 2 injections de calomel; 17 jours après l'injection de néosalvarsan, 5 jours après la dernière injection de calomel (qui est la troisième) érythème scarlatiniforme ; 6 jours après, pétéchies, puis, épistaxis; puis hématuries, puis ecchymoses, fièvre, etc., hémorrhagies rétiniennes, etc. Guérison.

6 mois plus tard, une récidive papuleuse peut être traitée sans inconvénient par le néosalvarsan seul.

F. met les accidents hémorragiques sur le compte du calomel ce qui est douteux. Ch. AUDRY.

Un cas de mort par l'huile grise (Un caso de muerte por el aceite gris), par COVISA. *Actas dermo-sifiliográficas,* décembre 1914-janvier 1915, p. 85.

Une femme de 39 ans est traitée dans une clinique par 6 injections d'huile grise. Elle entre à l'hôpital pour de graves lésions bucco-pharyngées d'origine mercurielle, sans symptômes abdominaux ni albuminurie, ni lésions osseuses. La langue tuméfiée, grosse d'environ 3 centimètres est

fortement sortie de la bouche, limitée au niveau de l'arcade dentaire par un sillon profond déterminé par les dents enfoncées dans sa surface ; son aspect est sec, rude, de couleur rose pâle ; la salivation progresse au dehors, s'écoule par petits jets à travers les interstices dentaires et les petits espaces libres que la tumeur linguale laisse dans l'ouverture de la bouche : la figure de la malade montre de l'anxiété. Un traitement local par lavages et cautérisations amène une amélioration rapide, mais les difficultés de la déglutition augmentent, avec grands accès de toux, dyspnée, tirage et symptomes de sténose respiratoire. L'exploration difficile fait voir une propagation jusqu'à l'épiglotte de l'ulcération de la langue. On se tient prêt à pratiquer la trachéotomie ; la mort arrive par un accès de suffocation provoqué la nuit en prenant un verre de lait. J. Méneau.

Deux cas de mort par huile grise (Dos casos de muerto por aceite gris), par Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* décembre 1914-janvier 1915, p. 90.

I. Une servante de 35 ans, contagionnée à une époque indéterminée par son mari, ne présente aucun symptôme jusqu'en 1914. Surviennent alors des douleurs lombaires, des œdèmes, puis éclate une méningo-myélite dorsale pour laquelle on lui pratiqua 5 injections d'huile grise, mais comme on n'avait pas auparavant examiné l'urine, le rein déjà malade fut fortement lésé par le mercure, une néphrite grave se déclara qui nécessita la cessation du traitement mercuriel. La malade s'améliore, mais il était trop tard ; au bout de peu de temps, apparut une stomatite grave avec gangrène des plaques, puis des crises d'œdème pulmonaire. Amélioration des lésions nerveuses et rénales par 2 injections de 0,10 de salvarsan. Puis surviennent des hémorragies pharyngées, du melæna, la mort survint par septicémie et anémie.

II. Femme de 26 ans, syphilis conjugale datant de 3 mois. Injections d'huile grise, stomatite mercurielle intense, albuminurie de 0,5 pour 1 000 ; amélioration rapide de la stomatite par traitement local. Aggravation subite de l'état local, salivation extraordinaire, tuméfaction énorme de tout le voile du palais, œdème des joues et des paupières. L'albumine monte à 1 gramme par litre, ostéite des maxillaires et des palatins. Toute la face est gonflée. Trachéotomie ; la mort survint au bout de seize jours par intoxication mercurielle, compliquée de néphrite, entérite et septico-pyohémie consécutive à l'absorption des produits gangreneux. J. Méneau.

Intoxication mortelle par l'huile grise, par Gaucher. *Annales des maladies vénériennes,* septembre 1915, p. 513.

Relation d'un cas de mort due à une intoxication mercurielle médicamenteuse ayant amené une stomatite grave compliquée d'un phlegmon diffus du plancher de la bouche ; on a constaté également une myocardite légère.

Les dents de ce malade étaient en mauvais état, il n'avait pas observé les soins de la bouche qui lui avaient été prescrits, et G. ne dit pas à quel moment du traitement par l'huile grise s'est déclarée la stomatite, ni si on a suspendu le traitement dès son apparition, comme le recommandent tous les syphiligraphes qui emploient l'huile grise. M. Govaerts.

Cas d'intolérance mercurielle (Caso de intolerancia mercurial), par Fernandez Viquez. *Actas dermo-sifiliográficas,* décembre 1914-janvier 1915, p. 121.

Chez une prostituée de 27 ans, syphilitique, tuberculeuse et hystérique, traitée à plusieurs reprises par le mercure et le salvarsan, ce dernier a toujours été bien toléré tandis que les sels de mercure ont produit des réactions violentes (diarrhée, mucus, coma, etc.) à chaque tentative de traitement. Le salvarsan et le néosalvarsan ont non seulement amélioré la syphilis, mais la tuberculose en a retiré des avantages manifestes au point de vue du relèvement de l'état général. Cet heureux effet serait dû à la propriété du salvarsan de fixer et de rendre insolubles momentanément les grains des tissus comme le croit Martinetti. J. Méneau.

Grippe mercurielle et autres formes non communes d'intolérance mercurielle thérapeutique (Grippe mercurial y otras formas no comunes de intolerancia mercurial terapeutica), par Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1915, p. 235.

1° *Formes aiguës.* — *a*) fébriles. Après des injections de sels insolubles ou des frictions, mouvement fébrile. T = 38°, un peu de pesanteur et d'amaigrissement — disparition spontanée au bout de 3 jours au plus, se répète à chaque reprise du traitement, forme très bénigne ; *b*) asthénique, mêmes causes. Débute le jour même de l'injection, dure 3 ou 4 jours. Dépression, apathie, somnolence, dégoût du travail, fatigue. Les malades sans fièvre ni souffrance sont moulus, épuisés, jamais de gravité ; *c*) forme à algies multiples. — Suite d'injections surtout de sels insolubles, de frictions, solutions bioodurées. La différence des douleurs rhumatoïdes en ce que celles-ci sont antérieures au traitement mercuriel ou sans rapport avec lui : les algies dues à l'intolérance pour le mercure n'existent qu'avec le traitement et suivent ses variations. Les douleurs suivent le degré d'intolérance. Dans la réaction Jarisch-Herxheimer, les douleurs n'apparaissent qu'au siège des lésions, les syphilides deviennent plus colorées, transparentes et les adénopathies plus sensibles. Les algies prédominent aux reins, à la ceinture, aux articulations. Il n'y a pas de localisations des symptômes. Pas de gravité. La maladie se termine quand on cesse la médication mercurielle. *d*) Thoracique. Débute peu après l'injection, constriction intense, angoisse, seule douleur thoracique, inspiration difficile, d'où dyspnée intense ou plutôt polypnée (60 R. à la minute) avec douleur empêchant les respirations profondes ; mais ni toux, ni expectoration. Douleur à la percussion située dans la région précordiale. Rien d'anormal à l'auscultation. Durée 6 à 8 jours. Les malades restent faibles, abattus, jamais mortelle. La répétition des accès affaiblit le malade. *e*) Forme mixte ou grippe mercurielle. Combinaison multiple des symptômes précédents. Durée 3 à 15 jours. Jamais mortelle.

2° *Forme chronique* (Saturation mercurielle de Sommer père). — Amaigrissement progressif, pâleur, tachycardie, anémie, faiblesse, endolorissement diffus, etc., augmentant à mesure que la médication est continuée. Rétablissement, dès qu'on le cesse. Aucun symptôme d'intoxication mercurielle, ni trouble fonctionnel du foie et du rein.

Par ordre de fréquence on note la forme mixte ou vraie grippe mercu-

rielle, la forme thoracique, la forme à algies multiples, puis la fébrile, l'asthénique et enfin la chronique de saturation mercurielle. L'intolérance pour les mercuriaux est surtout accusée pour les composés insolubles et en premier lieu pour l'huile grise. Puis viennent les composés insolubles (surtout en injections intraveineuses), et les frictions. Le traitement consiste à changer 1° de préparation (salicylate ou calomel au lieu d'huile grise ou vice-versa ; 2° de médications (sels solubles au lieu de préparations insolubles, injections au lieu de frictions, etc.); 3° à supprimer absolument la médication mercurielle. J. Méneau.

Intoxication mercurielle mortelle après injections d'huile de mercuriol (Ein Fall von tödlich verlangener Quecksilber-Intoxikation nach Injektionen von Mercuriolöl), par H. Löhe. *Charité-Annalen,* XXXVII[e] année.

Femme de 37 ans, syphilitique depuis 1899, reçoit en automne 1911, deux injections mercurielles hebdomadaires. En décembre, stomatite, entérite, néphrite mercurielle. Réaction de Wassermann positive. Morte le 22 décembre, d'intoxication mercurielle compliquée de broncho-pneumonie.

La malade avait reçu en tout 9 injections d'huile de mercuriol (2 par semaine, dosage inconnu). Ch. Audry.

Nouvelle simplification de la technique des injections intraveineuses concentrées d'arsénobenzol, par P. Ravaut. *La Presse Médicale,* 11 octobre 1915, p. 398.

Nouvelle simplification de la technique des injections intraveineuses de solutions concentrées d'arsénobenzol, proposée par R. le 6 février 1913 à la Société de Dermatologie.

Faire bouillir pendant un quart d'heure dans de l'eau ordinaire une seringue en verre de 2 centimètres cubes, une bonne aiguille et un peu de coton hydrophile. Ne pas employer d'eau stérilisée par un procédé chimique, qui pourrait altérer l'arsénobenzol. Aspirer dans la seringue, tout en filtrant, 2 centimètres cubes d'eau : pour cela, comprimer le coton entre le fond de la casserole et l'extrémité de la seringue et aspirer l'eau lentement. Laisser refroidir la seringue contenant l'eau. Lorsque celle-ci est bien froide, ce qui est nécessaire, car l'eau chaude altère le médicament, ouvrir le flacon d'arsénobenzol et y projeter lentement l'eau goutte à goutte en agitant le flacon pour éviter la formation de grumeaux. Lorsque la dissolution est achevée, aspirer avec l'aiguille la solution dans la seringue.

L'injection demande a être faite avec beaucoup de soin, car l'introduction dans le tissu cellulaire est d'autant plus douloureuse que la solution est plus concentrée. Enfin, elle doit être poussée très lentement, pour diluer le plus possible dans le sang la dose injectée.

Ce procédé à été employé par R. pour toutes les doses de 0,30 centigrammes à 0,90 centigrammes ; les plus fortes doses sont solubles dans cette minime quantité d'eau et sont très bien tolérées. R.-J. Weissenbach.

Accidents graves épileptiformes et délirants dus au néosalvarsan, par M. Langevin. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 5 mai 1916, p. 647.

Malade de 25 ans, porteur d'un chancre induré de la verge datant de

quinze jours et n'ayant subi aucun traitement. Aucun antécédent morbide. Il reçoit 4 injections intraveineuses en solution concentrée de 0 gr. 15; 0,30; 0,45; 0,60 de néosalvarsan à 7 jours d'intervalle avec cinq injections intraveineuses de 0 gr. 01 de cyanure de mercure entre chaque injection de néosalvarsan. Les 3 premières injections sont parfaitement supportées. 48 heures après la quatrième, sans qu'on puisse incriminer une erreur de technique, fièvre, céphalée, douleurs rhumatoïdes, vomissements bilieux. Le lendemain brusquement accidents convulsifs épileptiformes, suivis de coma: les urines contiennent 0 gr. 30 d'albumine, le liquide céphalo-rachidien est normal. Une saignée de 250 grammes est pratiquée. Le malade reste trois jours dans le subcoma; quand il en sort il a pendant 3 jours de l'agitation et du délire avec hallucinations visuelles et auditives. La guérison est complète au bout d'une semaine.

L. discute la pathogénie des accidents présentés, conclut à une action toxique du néosalvarsan sur les centres nerveux, éliminant l'hypothèse d'un phénomène analogue à la réaction de Herxheimer. Les accidents comateux consécutifs aux injections de néosalvarsan se sont toujours terminés par la mort. Le malade de l'observation ci-dessus fait exception. Dans l'issue favorable L. attribue de l'importance à la saignée pratiquée dès le début des accidents et à l'irrigation intestinale à laquelle le malade a été soumis pendant toute la durée du coma. R.-J. Weissenbach.

Cinq ans de pratique de la médication par l'arsénobenzol (Cinco años de práctica de medicación salvarsánica), E. Alvarez Saínz de Aja et M. Senano. *Actas dermo-sifiliográficas,* décembre 1915, janvier 1916.

A. et S. déclarent que l'on doit toujours employer l'arsénobenzol et chez tous les syphilitiques, à moins de contre-indications formelles. C'est un tort de ne l'employer qu'après échec du mercure ou que dans les cas graves. L'arsénobenzol étant le premier et le plus puissant moyen de guérir la syphilis, il doit toujours être employé d'abord; il a une supériorité immense, incontestable sur le mercure, sauf en de bien rares cas particuliers : et il est supérieur non seulement en raison de son plus grand pouvoir curateur, mais de sa moindre toxicité (!). Employé seul, l'arsénobenzol guérit tout aussi bien la syphilis que le faisait autrefois le mercure seul.

Les cas de mort sont dus pour une grande partie aux quantités exagérées, trop souvent répétées de liquide injecté ou bien à l'emploi de la méthode chez des malades désespérés, près d'entrer en agonie, ou bien à des fautes de technique. J. Méneau.

Le 102 ou Luargol, par G. Milian. *Paris Médical,* 6 mai 1916, p. 446.

M. étudie un nouvel arsénobenzol découvert par Danysz, l'arsénobenzol bromo-argentique-antimonié. Les expériences de Danysz montrent que ce corps est plus actif que les divers autres arsenicaux dans les trypanosomiases. Contre la syphilis Danysz conseille d'injecter des doses progressives de 15, 20, 25, 30 centigrammes jusqu'à un total de 1 gr. 20 à 1 gr. 50 en moyenne, par voie intraveineuse, en mettant un intervalle de 2, 3 ou 4 jours entre chaque injection. La dissolution du 102 se fait au moment même de l'emploi. Les réactions fébriles et générales consécutives à l'injection de 102 sont moindres qu'avec l'arsénobenzol; les intolérances sont moins

nombreuses ; la réaction de Herxheimer s'observe comme avec tous les antisyphilitiques puissants. L'activité thérapeutique est grande : les accidents syphilitiques disparaissent avec une rapidité parfois plus grande qu'avec l'arsénobenzol et le novarsénobenzol. R.-J. Weissenbach.

Traitement de la syphilis par le galyl (1116) (Tratamiento de la sífilis por el galyl (1116), par Covisa. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1913, p. 152.

De 13 observations personnelles, C. conclut : le galyl est d'un usage plus commode que l'arsénobenzol, mais il est d'un maniement plus difficile, en raison de sa solubilité moindre, que le novarsénobenzol. Les injections concentrées de navarséno-benzol suivant la technique de Ravaut ne sont pas améliorées quant à la commodité de la technique et aux effets médicamenteux par celles de galyl, recommandées par de Beurmann ni même par les mêmes injections concentrées de galyl proposées par Dupont. L'efficacité thérapeutique est parfaitement comparable dans les deux médicaments (galyl et novarsénobenzol). C. n'a pas observé de cas de lésions des nerfs crâniens, mais le petit nombre des observations ne lui permet aucune affirmation à ce sujet. J. Méneau.

Contribution expérimentale à l'étude de l'action chimiothérapeutique des préparations organiques d'antimoine dans les spirochætoses et les trypanosomiases (Experimentelle Beitrage zur chemotherapeutischen Wirkung von organischen Antimonpräparation bei Spirochaeten und Trypanosomerkrankungen), par G. Hugel. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1913, t. 118, p. 1.

C'est sur la spirillose des poules que H. a étudié tout d'abord un grand nombre de sels sodiques de l'antimoine. La plupart d'entre eux n'ont montré vis-à-vis de cette infection que peu ou point d'activité. Seuls les dérivés acétyl-p-aminophényl, benzosulfon-p-aminophényl et p-uréthanophényl ont fourni des résultats préventifs et curatifs. Il est d'ailleurs difficile d'obtenir des produits d'efficacité et de toxicité constantes.

Les deux derniers de ces sels d'antimoine se sont montrés d'activité presque nulle vis-à-vis des trypanosomes de la dourine. Le dérivé acétyl-p-aminophényl, également inefficace contre la dourine, a fait preuve d'une réelle valeur thérapeutique chez les souris infectées de nagana, et dans la syphilis du lapin. Injecté à l'homme, il paraît moins efficace que les sels mercuriels solubles et la douleur assez vive déterminée par son injection sous-cutanée persiste de 3 à 5 jours. Les deux autres antimoniaux sont mieux tolérés mais leur valeur thérapeutique semble bien inférieure. Pellier.

Technique des injections intraveineuses, par Clément Simon. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 10 juin 1916, tome 87.

S. expose clairement la technique pratique des injections intraveineuses dans les cas simples. Il signale ensuite les difficultés possibles, et la conduite à tenir s'il s'en présente.

Lorsqu'on a à se servir d'une seringue volumineuse, l'aiguille ne peut aborder la veine que sous un angle assez grand, en raison de l'épaulement considérable ; la pointe risque de perforer la paroi postérieure de la veine

au moindre mouvement de l'opérateur. Pour éviter cet accident, S. remplace l'embout droit usité pour toute grande seringue, par un embout coudé qui permet d'aborder la veine en tenant l'aiguille presque parallèlement à sa direction. M. GOVAERTS.

Comment devons-nous traiter aujourd'hui la syphilis ? Mercure, 606, 914 ou 1116 ? par PETRINI (Galatz). *Annales des maladies vénériennes,* avril 1916, p. 209.

Pour P., le mercure doit rester la base du traitement antisyphilitique. Il recommande surtout le benzoate de mercure et le calomel dans les syphilis graves. Pour le calomel, il préfère à la suspension huileuse l'émulsion dans l'eau distillée.

Le traitement d'une syphilis doit toujours être prolongé et poursuivi pendant 5 années. Au début, 6 semaines de traitement: puis pendant 2 ans, 1 mois de traitement, 1 mois de repos et ainsi de suite. Dans les 3e et 4e années, 5 mois de traitement par an, entrecoupés de repos. Dans la 5e année, 4 mois de traitement, chacun suivi de 2 mois de repos. A cette époque, un peu d'iodure. P. injecte toutes les semaines en une fois 14 centigrammes de benzoate de mercure dans le tissu sous-cutané profond. Cette dose s'élimine complètement en 2 ou 3 jours et ne présente pas de dangers.

L'arsénobenzol et le novarsénobenzol sont surtout des cicatrisants plus que des médicaments spécifiques et ne préviennent pas les récidives. Le galyl paraît plus aisé à manier et moins toxique. M. GOVAERTS.

Du traitement rationnel de la syphilis, par E. JEANSELME. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 18 avril 1916, p. 447.

D'après J., la méthode de traitement de la syphilis par l'arséno- et le novarsénobenzol est préférable à la méthode classique, à un triple point de vue : 1° *Prophylaxie sociale* : elle est plus rapide : trois injections de novarsénobenzol faites à 6 jours d'intervalle suffisent à blanchir le syphilitique pendant de longs mois (intérêt pour le traitement périodique des prostituées, pour le traitement rapide des armées on campagne); dans certains cas elle est curative (on a observé des réinfections). 2° *Traitement de la syphilis jeune* : *a*) primaire : 4 à 6 grammes au total de novarsénobenzol, en 6 à 10 injections, à doses progressivement croissantes de 0 gr. 30 à 0 gr. 75, peuvent arrêter net l'évolution de l'infection qui n'est plus transmissible ensuite, d'où sauvegarde de l'individu : pas d'accidents ultérieurs, sauvegarde de la race : pas de syphilis héréditaire, sauvegarde de la société : la contagion est surtout fréquente à la période secondaire; *b*) secondaire : plusieurs séries d'injections peuvent être nécessaires pour vaincre l'infection. Contrôler par la réaction de Wassermann 2 ou 3 mois après la 1re série, puis de 3 en 3 mois, ensuite de 6 en 6 mois aussi longtemps que possible. Si cette réaction redevient positive, recommencer le traitement même en l'absence de signes cliniques. En cas de persistance de réaction positive, craindre une localisation méningée. Si cette hypothèse est vérifiée par la ponction lombaire, le traitement sera intensifié : 15 injections pour chaque série, celles-ci répétées jusqu'à disparition des signes anormaux révélés par l'analyse du sang et du liquide céphalo-rachi-

dien. Répéter cette dernière dans la suite, à plusieurs reprises. 3° *Sauvetage des enfants menacés par l'hérédo-syphilis* : les arsenicaux nouveaux enrayent l'action fœticide de la syphilis : les femmes enceintes traitées pour syphilis dans le service de J. ont en général accouché d'enfants à terme, dont un certain nombre paraissait avoir échappé à la syphilis maternelle. M. Govaerts.

Du rôle des dispensaires de l'hôpital Broca dans la lutte contre la syphilis, par E. Jeanselme et L. Hudelo. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 28 mars 1916, p. 364.

J. et H. ont diminué notablement le nombre des syphilitiques hospitalisés dans leurs services en transformant une partie de leurs salles de malades en *dispensaire* auquel est annexé un laboratoire, et où sont soignés par la cure ambulatoire tous les malades non atteints d'accidents contagieux. Les médicaments employés sont l'arsénobenzol et le novarsénobenzol. Sont admis dans les salles les malades atteints de lésions jeunes et virulentes; la durée d'hospitalisation est réduite pour eux à un minimum, grâce aux mêmes agents thérapeutiques, qui permettent de blanchir un malade en une semaine en moyenne.

Dès que ce résultat est atteint, c'est-à-dire dès que le malade est débarrassé de ses accidents contagieux, il peut quitter l'hôpital, où il revient ensuite une fois par semaine pour continuer son traitement, qui est fait sous le contrôle de la réaction de Wassermann et éventuellement de la ponction lombaire; dès sa première visite, il a été averti des dangers de sa maladie pour lui, son entourage et sa famille, et de la nécessité de poursuivre son traitement avec continuité et persévérance.

Les résultats thérapeutiques et prophylactiques sont excellents. Au point de vue pécuniaire, économie notable tant pour l'Assistance publique, la réduction du nombre de jours d'hospitalisation compensant et bien au delà le prix élevé de la nouvelle médication arsenicale, que pour les malades (perte de temps réduite au minimum ; en outre pas de risque de perdre leur gagne-pain du fait d'une trop longue absence). M. Govaerts.

Sur le traitement précoce de la syphilis (Zur Frühbehandlung der Syphilis), par O. Sachs. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1913, n° 46, p. 1896.

Sur 40 cas traités de diverses manières depuis 1908 :

16 porteurs de chancres (2 traités par le mercure seul, 3 par les arsenicaux seuls, 9 par l'arsenic et le mercure sont restés sains pendant un temps variant de 13 à 31 mois.

6 (2 traités par le mercure, 3 par l'arsenic, 1 par l'arsenic et le mercure) ont présenté des accidents secondaires qui n'ont plus récidivé.

3 ont présenté seulement une réaction de Wassermann positive.

10 ont présenté des accidents secondaires qui n'ont pas récidivé, mais qui ont présenté à nouveau une réaction de Wassermann positive.

4 ont présenté des accidents secondaires.

Un traitement aussi précoce que possible par le mercure et l'arsenic associés donne des résultats meilleurs que le mercure seul et que l'arsenic seul. Ch. Audry.

La cure de retouche ou de vernissement des syphilitiques (La cura de retocádo ó vernizado de los sifilíticos), par J. Peyri. *Revista clinica de Madrid,* 15 mai 1914, n° 9, p. 321.

Une fois la réaction de Wassermann devenue négative, la conduite du médecin doit varier suivant les cas : A. Récidives : traitement intensif, changer de médicaments et de mode d'administration, repos, 2e traitement par le médicament qui a rendu la réaction négative, cure hydrominérale d'eaux chlorurées sodiques sulfureuses, qui facilitent l'absorption et l'élimination du mercure et possèdent une action lymphagogue. Repos de plusieurs mois, nouvelle réaction de Wassermann. Cessation de traitement pendant 3 ans, puis dernier traitement. — B. Individus soumis au traitement abortif : la guérison par le 606 et le calomel associés donne 30 pour 100 de réactions de Wassermann négatives. Traitement mercuriel (huile grise ou salicylate) espacé et prolongé, accompagné d'iodure ou de traitement hydrominéral. — C. Cas en pleine infection : traitement par l'arsénobenzol et le mercure doux et long. Réaction de Wassermann éloignée, qu'on renouvellera au bout de 2 ans. — D. Parasyphilitiques : traitement doux, avec espaces de repos prolongé jusqu'à réactions négatives répétées. Celles-ci obtenues, ne plus recourir qu'aux toniques et modificateurs symptomatiques, laisser de côté les antisyphilitiques. J. Méneau.

Sur la possibilité de récidives des infiltrats locaux de spirochètes malgré le traitement combiné par le mercure et le salvarsan (Ueber die Widerstandsfahigkeit lokaler Spirochätenherde gegenülar kombinierte Lues-behandlung), par F. Fischl. *Wiener medizinische Wochenschrift,* 1913, n° 37, p. 1456.

I. Homme de 22 ans. En décembre 1911, syphilis traitée par le mercure, récidive d'accidents secondaires sous forme de plaques muqueuses. Traitement par le mercure en frictions et 4 injections de néosalvarsan. Guérison apparente à peu près totale le 28 février ; le 29 on excise ce qui reste d'une plaque muqueuse ; au microscope spirochètes nombreux entre les bandes de tissu cicatriciel. Inoculation au lapin positive.

II. H de 57 ans. Chancre syphilitique datant de 3 semaines. Réaction de Wassermann —. 4 injections de néosalvarsan du 14 février au 5 mars et 30 frictions mercurielles. Le 22 mars excision de la cicatrice : spirochètes à l'examen ; inoculation au lapin positive.

III. H. de 28 ans. Chancre syphilitique ; Réaction de Wassermann +; angine spécifique. Du 15 mai au 18 juin, 4 injections de néosalvarsan et une frictions mercure de curielles.

Le 1er juillet excision de la cicatrice du chancre : spirochètes à l'examen ; sans spirochètes sur les coupes ; inoculation un lapin négative.

Tous ces faits concordent entièrement avec les recherches antérieures montrant la permanence larvée des spirochètes et la possibilité des réviviscences au niveau d'anciens foyers guéris en apparence. Ch. Audry.

Syphilide palmaire bilatérale à type corné, datant de près de six ans, rebelle à tout traitement et guérie en six semaines par 2 gr. 10 d'arséno-benzol (Présentation de moulage et de malade),

par L. Queyrat. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 17 décembre 1915, p. 1231.

Homme de 43 ans, atteint depuis 6 ans de syphilide palmaire bilatérale, considérée comme un eczéma palmaire chronique à forme cornée, en raison de l'inefficacité du traitement mercuriel antérieurement suivi. Les lésions irritées entraînant une incapacité fonctionnelle importante, le malade mobilisé avait été renvoyé temporairement dans ses foyers. Leucoplasie linguale et génienne. Réaction de Wassermann positive. Les lésions disparurent complètement en six semaines par six injections intraveineuses d'arsénobenzol, au total 2 gr. 10 de médicament. R.-J. Weissenbach.

Syphilides papuleuses non modifiées par le 606, par L. Giroux et Patte. *Annales des maladies vénériennes,* janvier 1914, n° 1, p. 40.

Une observation de syphilides papuleuses améliorées par le traitement mercuriel. L'état reste stationnaire malgré un traitement par cinq injections de 0 gr. 45 et 0 gr. 60 d'arséno-benzol. Une cure d'injections de benzoate de mercure améliore rapidement les lésions. R.-J. Weissenbach.

Syphilide ulcéro-serpigineuse du gland rebelle à 4 gr. 65 de néosalvarsan, guérie par le mercure et l'iodure de potassium (Sífilido úlcero-serpiginouse del glando rebelle à 4 gr. 65 de neosalvarsan, curada por el Hg y Y), par Boliña. *Revista dermatológica de la Sociedad dermatológica argentina,* 1914, n° 5, p. 113.

Un homme de 32 ans présente une ulcération syphilitique de la moitié droite du gland qui envahit jusqu'à la face interne du prépuce sur une longueur de plus de 35 millimètres et une largeur de 3 à 7. Fond rouge et lisse, bords taillés à pic, base indurée, scléreuse. Pas de tréponème à son niveau. Réaction de Wassermann négative. Pas d'adénopathie inguinale. Un traitement énergique par le navarséno-benzol (4 gr. 65 en 8 mois) ne donne aucun résultat. B. prescrivit alors 0,13 de bicyanure de mercure en 4 injections endoveineuses, 22 suppositoires de 0,04 de mercure et 60 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur. Un mois et demi après, le malade était complètement guéri. Depuis lors, il ne continue que l'iodure. La cicatrisation s'est maintenue parfaite. J. Méneau.

De la précocité des accidents nerveux syphilitiques graves après le traitement par le 606, par Gaucher. *Annales des maladies vénériennes,* février 1916, p. 65.

G. envisage non les accidents nerveux résultant de l'intoxication arsenicale, mais ceux de nature syphilitique qui lui semblent « provoqués, favorisés par l'imprégnation du système nerveux par le 606 ».

Chez des malades ayant été soignés au début de syphilis banales par le 606, il a observé : 2 cas de céphalalgie tenace ayant débuté 1 an après le début de la maladie. 1 autre cas de céphalalgie très intense, 10 mois après l'infection ; cette céphalalgie aboutit 2 mois plus tard à une paralysie générale indubitable. 1 cas de tabès confirmé, 3 ans après la contamination.

Les deux premiers malades semblent avoir évité des accidents plus graves grâce au traitement mercuriel et ioduré. M. Govaerts.

Mariage des syphilitiques.

Le mariage des syphilitiques, par L. Brocq. *Bulletin Médical,* 21 et 25 février 1914, p. 183 et 195.

B. après avoir envisagé et discuté les principaux cas qui se présentent dans la pratique, formule au sujet du mariage des syphilitiques les conclusions suivantes :

1° On ne saurait interdire le mariage et la procréation d'une famille à tout individu qui a eu la syphilis ;

2° On doit interdire le mariage à tout syphilitique qui n'a pas été bien soigné, qui a présenté depuis moins de deux ans des accidents syphilitiques nets, qui présente des tares sérieuses ou des affections graves dépendant de la syphilis ;

3° Un syphilitique qui a été rigoureusement traité dès l'apparition de son chancre, qui n'a jamais eu d'accidents secondaires appréciables, qui a toujours eu des réactions de Wassermann négatives, peut, à la rigueur, se marier avant l'expiration des délais autrefois exigés, à la condition d'être mis en surveillance pendant un laps de temps d'au moins deux ans ;

4° Un syphilitique qui a eu une réaction de Wassermann positive et des accidents d'infection secondaire, s'il veut se marier, doit tout d'abord se traiter très vigoureusement pendant au moins deux ans si ses réactions sont rapidement devenues complètement négatives, sinon jusqu'à ce qu'elles soient devenues complètement négatives ;

5° Il devra, en outre, pour pouvoir se marier, ne pas avoir eu d'accidents syphilitiques depuis deux ans au moins ;

6° Il ne pourra se marier avant l'expiration des délais autrefois exigés que si, après deux ans de traitement très rigoureux, la réaction de Wassermann est négative, et reste négative malgré des réactivations, pendant une période de surveillance d'au moins un an et demi. (Il ne pourra donc, en aucun cas, se marier que trois ans et demi ou quatre ans après l'apparition du chancre) ;

7° Il est plus prudent, pour tout syphilitique qui a eu des accidents secondaires et des réactions de Wassermann positives, de s'en tenir, pour se marier, au moins aux règles anciennement établies ;

8° Il est également prudent de ne lui permettre de se marier que lorsque ses réactions de Wassermann seront devenues bien nettement négatives, et resteront négatives malgré une réactivation ;

9° Dans certains cas exceptionnels, si un syphilitique, qui aurait été vigoureusement et régulièrement traité, qui n'aurait eu, depuis plus de deux ans, aucun accident syphilitique, et qui serait arrivé au bout de la sixième année de sa contamination, continuait à avoir quand même une réaction de Wassermann positive, on pourrait, après lui avoir fait subir une médication sérieuse pendant deux ans encore, lui permettre de se marier, bien que la réaction de Wassermann restât positive ou redevînt positive après une période de repos ou après une réactivation, mais que ce ne sont là, pour le moment encore, que des hypothèses, et B. n'a jamais encore observé de cas analogues.

R.-J. Weissenbach.

REVUE DES LIVRES

La syphilis et l'armée, par G. Thibierge. 1 vol. de la collection horizon, 196 p., Paris, Masson, éditeur, 1917.

Le petit livre de Thibierge paraît à son heure. Il répond exactement à son titre et remplit une lacune.

Des six chapitres qui le constituent, le premier est consacré à la fréquence de la syphilis dans l'armée ; le second étudie l'origine des contagions ; le troisième montre que la syphilis constitue un danger vraiment national par ses suites immédiates et lointaines. Le quatrième fait un tableau rapide de la maladie telle qu'on la rencontre dans l'armée, le plus habituellement du moins, c'est-à-dire des accidents précoces. Le cinquième décrit la thérapeutique, c'est naturellement le plus étendu ; T. recommande le novarsénobenzol, associé au traitement mercuriel. Après quelques pages consacrées à l'hygiène, l'auteur s'occupe de la prophylaxie. Le livre clair, précis, et complet est rédigé avec soin par un homme tout à fait autorisé et compétent.

Il faut souhaiter sa diffusion, car il mettra tous les médecins à même de soigner les hommes, et il peut servir de base à la connaissance d'un sujet singulièrement important : au point de vue militaire et social.

Il n'y a pas que les médecins qui puissent s'y instruire utilement. J'en ai souvent recommandé la lecture aux officiers. Ch. Audry.

Anatomie pathologique des leishmanioses dermiques (Anatomia patológica de los Leishmaniosis dérmicas), par G. Aimenara, in-8, 41 pages. Lima, 1916.

Les altérations de l'épiderme consistent en proliférations exagérées, hyperkératose, parakératose, hyperacanthose, paracanthose, vésiculation parenchymateuse, altération cavitaire et destruction épidermique ; celles du derme en congestion, hémorragies intra-dermiques, destruction plus ou moins complète du stroma conjonctif avec altérations cellulaires de ce tissu, œdème dermique, altérations vasculaires spéciales et infiltration cellulaire diffuse, mais marquée, qui se répartit entre les mailles que laissent ces restes du stroma ; infiltration constituée par des lymphocytes et de grands mononucléaires, plasmazellen, leucocytes polynucléaires neutrophiles et mastzellen.

Les altérations histologiques des muqueuses ont au fond le même caractère que celles de la peau : à la première étape de l'inflammation, il y a épaississement de la muqueuse, desquamation épithéliale, dégénérescence vasculaire de ces cellules, infiltration leucocytaire abondante avec prédominance des grands mononucléaires et de plasmazellen, dilatation et congestion vasculaire. Dans les cas d'ulcération étendue, il y a sur les bords hyperplasie épithéliale et, au centre, destruction de l'épithélium remplacé par

une couche de fibrine coagulée qui englobe des restes de cellules, divers leucocytes et germes ; le derme présente la même infiltration que la peau avec altérations un peu plus marquées des vaisseaux.

Dans tous les cas étudiés, A. a pu vérifier l'existence de leishmanias à l'intérieur des tissus, soit englobées dans les grands mononucléaires et les cellules conjonctives altérées, soit libres dans le plasma.

Les lésions histologiques permettent de ranger l'affection dans le groupe des métaplasies composées à type lymphoïde et plasmatique.

Ce caractère joint à l'absence de foyers de nécrose et de cellules spéciales, comme celles de la lèpre, du rhinosclérome, etc., à l'absence de processus artériels syphilitiques, à l'absence de champignons ou d'autres parasites et à la présence de leishmanias dans les coupes, peut servir de base à un diagnostic histologique.

La lymphe extraite contient toujours le germe, la leishmania, des hématies, des leucocytes mononucléaires grands, des polynucléaires neutrophiles, des éosinophiles, des mastzellen, des cellules embryonnaires, des cellules épithéliales dégénérées, des restes conjonctifs, des granulations graisseuses, des fibres élastiques et des germes de contamination en grandes quantités.

Le sang de la périphérie dans les leishmanioses cutanées et muqueuses, présente toujours une réaction leucocytaire à grands mononucléaires, qui est encore plus exagérée dans le sang extrait du voisinage immédiat de la lésion. L'éosinophilie n'est ni marquée ni constante. J Méneau.

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

NOTE SUR UN CAS DE LICHEN PLAN (FORME SCLÉRO-ATROPHIQUE)

Par le **Dr J. Pellier,**
Médecin Aide-Major.
(Service du Dr Thibierge, a l'Hôpital Saint-Louis.)

Une femme de 58 ans présente sur la face antérieure du thorax, suivant à peu près la direction du rebord costal, un placard de teinte blanche un



Fig. 1.

peu violacée, franchement brillant à jour frisant, entouré d'une zone diffuse de pigmentation au sein de laquelle se distinguent de petits îlots blan-

châtres, les uns vaguement arrondis, les autres en traînées plus ou moins irrégulières. Certains de ces éléments semblent déprimés par rapport au niveau de la peau saine. Les bords du placard central présentent un aspect singulièrement découpé (voir le schéma fig. 2). La surface est recouverte d'un épiderme qui se laisse finement plisser ; elle est semée de petites

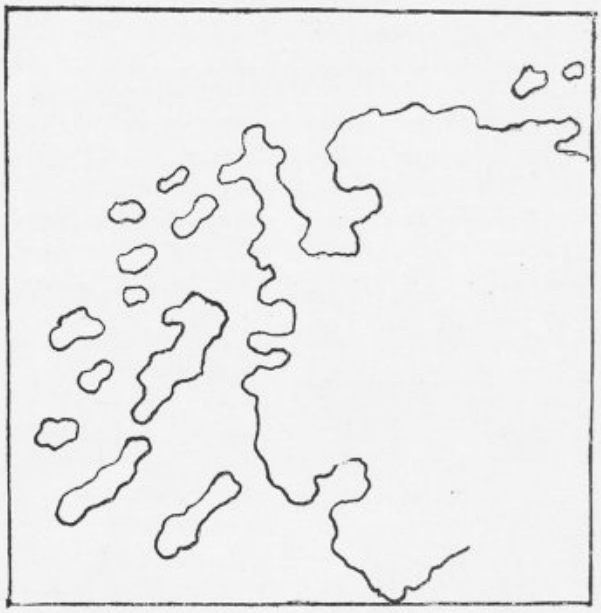


Fig. 2.

dépressions punctiformes. A la palpation et à la pression latérale le placard donne une sensation de dureté.

La partie qui remonte en arrière est surtout pigmentée, semée seulement de quelques traces d'atrophie cutanée.

Au dire de la malade, la lésion a été autrefois plus dure, « épaisse comme du carton » et beaucoup plus blanche, « comme si elle avait été recouverte d'un enduit ». Elle a été très prurigineuse ; actuellement le prurit a perdu tout caractère de régularité.

A la base du cou, disposées sur deux lignes convergeant vers l'axe du sternum, s'observent des traînées blanchâtres longues de 3 et 12 centimètres. Au dire du sujet, l'évolution de ces lésions a été la même que celle du placard thoracique, sans avoir cependant atteint le même degré de dureté. Il n'en subsiste d'ailleurs qu'une atrophie cutanée mal limitée et entourée d'une zone de pigmentation diffuse.

La malade ne présente aucune modification de la muqueuse buccale.

J'ai pu faire l'examen de deux fragments que je désignerai sous le nom de A et B : A correspondant à la lésion du cou, B à celle de la région thoracique. Ces fragments ont été prélevés par le Dr Mathias trois ou quatre mois avant que j'aie pu relever l'observation clinique.

Fragment A. — La couche cornée est peu épaisse, sans noyaux. Le corps muqueux se compose de 3 ou 4 rangées de cellules, le stratum granulosum est formé de cellules très aplaties; il a conservé son éléïdine. La couche basale montre à un faible grossissement quelques lacunes, qui apparaissent à un fort grossissement comme la conséquence d'une forte altération cellulaire par œdème péri-nucléaire. Le derme présente quelques ébauches de structure papillaire. Sa partie supérieure est formée d'un feutrage serré de fibres conjonctives grêles ; on y observe quelques capillaires dilatés, entourés de cellules d'origine vraisemblablement conjonctive. Au-dessous, de gros faisceaux conjonctifs ont conservé leur tissu élastique tandis qu'à la limite dermo-épidermique les fibres élastiques ont pris un aspect pelotonné.

Fragment B. — La couche cornée, sans noyaux, est nettement augmentée. Dans le corps muqueux on peut distinguer une zone supérieure de tuméfaction trouble, avec cellules granuleuses (éléïdine) et au-dessous une zone dissociée par un œdème intra et extra-cellulaire de degré variable. Quelques cellules migratrices tendent à le pénétrer. Dans la couche basale quelques cellules conservent un fort degré de pigmentation.

Dans le derme la réaction des cellules fixes et l'abondance des amas cellulaires sont sensiblement plus marquées que dans le fragment A. Les infiltrats de faible étendue mais relativement serrés présentent leur maximum au niveau des points les plus nets de l'altération épidermique ; ils sont toujours séparés du corps muqueux par une zone libre.

Le tissu élastique se retrouve à la limite inférieure du corps muqueux sous le même aspect pelotonné que dans les coupes du fragment A. Mais au-dessous s'étend toute une zone, comprenant les infiltrats périvasculaires et dans laquelle l'élastine a totalement disparu ou se réduit par endroits à quelques fibres à peine teintées par l'orcéine. Enfin, le tissu élastique retrouve sa structure dans les couches dermiques sous-jacentes qui présentent seulement quelques traces de réaction périvasculaire.

Le diagnostic de forme scléro-atrophique de lichen plan semble s'imposer. Je préfère cette dénomination mixte à celles de forme scléreuse ou de forme atrophique qui ont été alternativement employées puisque l'observation réunit les deux types évolutifs. Quoi qu'il en soit, le cas est nettement conforme à la description de Hallopeau qui signale des « plaques polycycliques, dues à la confluence de taches saillantes ou non, décolorées, à contours polygonaux, creusées dans leur partie centrale d'une dépression qui remplit un bouchon corné ou un comédon ».

Ce dernier caractère est d'ailleurs à peine indiqué dans l'observation par la persistance de quelques dépressions sur le placard principal.

On peut objecter que les altérations histologiques que j'ai exposées ne sont pas celles de la papule type de lichen plan. Elles s'y rattachent néanmoins par des modifications épidermiques et, si l'état du derme en diffère quelque peu, je ne puis que rappeler la phrase de Darier : « Il y a dans ces cas comme dans le lichen plan une infiltration embryonnaire, mais au lieu de siéger dans la région superficielle, cette

zone infiltrée est séparée de l'épiderme par une couche de tissu sclé-reux. » Vignolo-Lutati, à propos d'une observation tout à fait sem-blable, a signalé que ces différences histologiques variaient suivant le stade évolutif des points de biopsie. Je ne pense donc pas qu'il y ait lieu de s'y arrêter ni d'émettre à ce sujet un doute sur la nature lichénienne de cette affection.

Il m'a paru intéressant de reproduire ici par la photographie, un moulage du Musée de l'hôpital Saint-Louis datant de quelques mois.

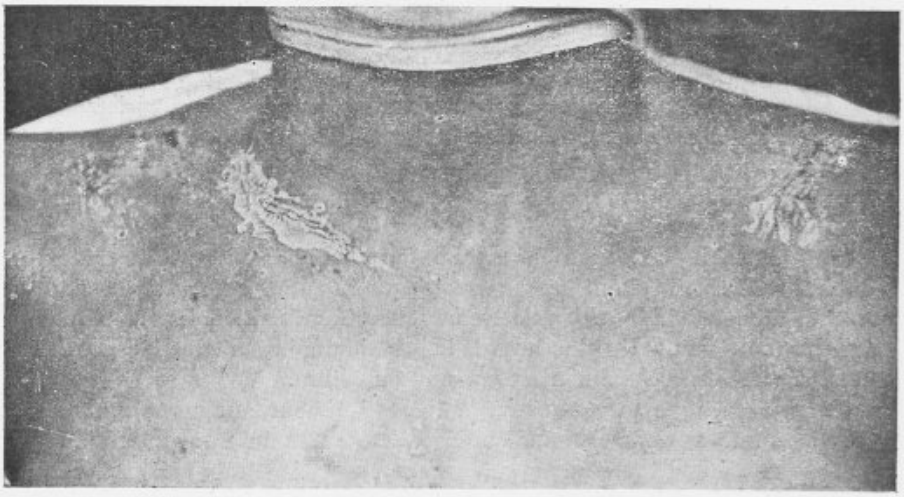


Fig. 3.

On y retrouve de façon très nette les papules à bouchon corné décrites par Hallopeau. Je transcris l'étiquette qui accompagne le moulage « Lichen atrophique (?) fait de passage entre le lichen atrophique et la morphée ; aucun élément de lichen plan sur le corps (Dr Brocq). »

Sans entrer dans l'historique de la question ni dans la voie si inté-ressante de ses rapports avec les atrophies, je crois devoir rappeler que le caractère de cette variété, si différente en apparence de la forme type du lichen de Wilson, a été nettement affirmé par les observations où des lésions typiques de lichen plan buccal ont été constatées (Hal-lopeau, Ormsby).

L'observation ci-dessus correspond donc à un cas d'une rareté rela-tive mais parfaitement classé. Existe-t-il quelques rapports entre elle et la variété récemment décrite par Gougerot sous le nom de « lichen porcelainé (1) » ?

Le tableau clinique de cette forme peut se résumer en une « plaque

(1) Gougerot, Lichen porcelainé. *Paris Médical*, 30 décembre 1916.

porcelainée, dure, formant une légère saillie ..... en placards souvent très irréguliers de forme, à contours tantôt vaguement arrondis tantôt angulaires, parfois parfaitement arrondis et ovalaires ..... qu'entourent des papules isolées ou groupées soit en archipel soit en presqu'île déchiquetée » et en « papules polygonales ..... isolées ou groupées. Ce qui caractérise ce lichen c'est sa teinte blanche, brillante. opaque, de porcelaine ou d'émail blanc ». Ayant trouvé dans ces cas la papule typique du lichen plan, Gougerot rattache à juste titre son lichen porcelainé au lichen plan. Il évite ainsi l'erreur de v. Zumbusch (2) qui, observant en 1906 un cas absolument semblable, le considéra comme une dermatose nouvelle et proposa pour elle le nom de Lichen albus.

L'observation de v. Zumbusch nous montre des placards prurigineux, polygonaux ou ovalaires, dépassant nettement le niveau de la peau, de couleur lilas pâle ou rose, de surface parfaitement lisse. D'autres éléments de dimensions plus grandes présentent, à part une zone périphérique de couleur rose violacé, une coloration « tout à fait remarquable. Ils sont blancs comme de la porcelaine, comme une escarre due à une solution phéniquée concentrée ». Parfois, au milieu des placards, se rencontrent des bouchons cornés de un quart à demi millimètre de hauteur. A côté de ces éléments caractéristiques, Zumbusch en note d'autres en voie de régression qui semblent avoir pour stade terminal une légère pigmentation et un léger degré d'atrophie.

L'absence de papules isolées rendait ce cas moins lichénoïde que celui de Gougerot. De plus les lésions microscopiques observées par v. Zumbusch ne correspondaient pas à l'histopathologie commune du lichen plan. Il fut ainsi conduit à y voir un fait nouveau et cette opinion ne rencontre guère que des contradicteurs.

Je ne crois pas que l'on puisse douter de l'identité du lichen albus et du lichen porcelainé. En les comparant soit avec l'observation ci-dessus soit avec celles que Vignolo-Lutati (3) a citées dans son beau travail, on retirera sans nul doute l'impression que tous ces cas correspondent à un même ordre de faits. Il me semble donc justifié d'adopter, comme Vignolo-Lutati et en l'étendant au lichen porcelainé, l'opinion de Hallopeau (1): « La très remarquable étude de M. v. Zumbusch se rapporte à un beau type de la forme scléreuse du lichen de Wilson ; il est donc inutile de créer pour la désigner une nouvelle dénomination de lichen blanc d'autant mieux qu'elle n'est pas rigoureusement exacte puisque les éléments peuvent être au début d'un rouge vif. »

(1). v. Zumbusch, Ueber Lichen albus, eine bisher unbeschriebene Erkrankung. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. 82, p. 331.
(2) Vignolo-Lutati, *Société Italienne de Dermatologie*, 17 décembre 1911.
(3) Hallopeau, Sur la nature du lichen blanc de v. Zumbusch, *Bulletin de la Société française de Dermatologie*, avril 1907, p. 106.

LANGUE NOIRE ET KÉRATOCHROMOGLOSSITES (1)

Par le **Dr Lebar,**

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Malgré la richesse des documents relatifs à la langue noire pileuse, la nature de cette curieuse lésion reste encore entourée d'une grande obscurité.

Étudiée pour la première fois, au début du siècle dernier par Portal (2), qui en donna une description caractéristique dans sa brièveté, elle fut peu après observée par Rayer (3), Eulenburg (4), Saint-Germain (5), qui l'attribuèrent à une pigmentation anormale de l'épithélium lingual. Maurice Raynaud (6), le premier, suggéra la théorie parasitaire, aussitôt critiquée d'ailleurs qu'émise, par Gallois (7), Ferreol (8), Richter (9), etc... Depuis Raynaud jusqu'à nos jours, l'histoire de la langue noire n'est qu'une suite ininterrompue de discussions pathogéniques entre partisans et adversaires de la doctrine parasitaire. Et la controverse ne semble pas près d'être close.

Je me propose d'exposer dans ce travail :

1° Un résumé des *notions positives* que nous possédons sur la langue noire : symptomatiques, histologiques, bactériologiques.

2° Les théories invoquées pour expliquer la *nature de cette lésion.*

3° Une *critique d'ensemble* de ces théories.

4° Mes *recherches personnelles :* cliniques, anatomiques, bactériologiques et expérimentales.

5° *Conclusion doctrinale* et ma manière d'envisager la question pathogénique.

(1) Je dédie ce travail à la mémoire de mon regretté maître, le Dr L. Jacquet, qui encore, quelques jours avant d'être frappé par le terrible mal qui l'a emporté, me donnait des conseils précieux pour la rédaction de ces pages.

(2) Portal, *Anatomie médicale.* Paris, 1804, t. IV, p. 527.

(3) Rayer, *Traité théorique et pratique des maladies de peau,* 1835, t. III, p. 573.

(4) Eulenburg, Ein schwarzer Zungenbelag, *Arch. f. phys. Heilkunde,* 1853, t. 16, p. 490.

(5) Bertrand de Saint-Germain, Nigritie de la langue en dehors de tout état fébrile. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences,* 1855, t. XII, p. 932.

(6) Maurice Raynaud, *Société médicale des hôpitaux,* 1869, p. 1.

(7) Gallois, *Comptes rendus de la Société de Biologie,* 7 août 1869, p. 276.

(8) Ferreol, *Société médicale des hôpitaux,* 25 juin 1875, p. 197.

(9) Richter, *Schmit's Iahrbücher,* 1871, t. 151.

NOTIONS POSITIVES.

1° *Clinique.* — Le malade atteint de cette lésion, présente sur la face dorsale de la langue un placard de dimensions variables, plus ou moins saillant, situé presque toujours en avant du V lingual. La couleur en est sombre, d'un noir qui peut aller jusqu'à la teinte de l'encre la plus foncée. D'autres fois, elle est uniformément brune. On peut enfin, observer toutes les gammes de couleur intermédiaires entre le jaune brun plus ou moins accusé et le noir le plus affirmé. On a décrit des langues pileuses, blanches, vertes, etc...

Ce placard est essentiellement constitué par un chevelu caractéristique, formé de poils plus ou moins épais, colorés, de longueur variable pouvant atteindre 1 et même 2 centimètres. Très longs au centre, ils se raccourcissent d'ordinaire sur les bords où ils n'ont plus que des dimensions de 1 à 2 millimètres. Ce chevelu est constitué, comme le confirme l'examen anatomique, par l'allongement et l'hypertrophie cornée des papilles filiformes. *Fait caractéristique et constant,* leur coloration va progressivement croissant, de la base qui est jaune clair à l'extrémité qui est franchement noire.

Ainsi constitué, le placard présente, suivant la comparaison classique, l'aspect d'un champ de blé où d'herbes versés, ou encore d'un « chapeau de soie mouillé et brossé à rebrousse-poils (1)».

Il n'est pas rare d'observer tout autour de la lésion un aspect *saburral* de la langue, qui est recouverte d'un enduit gris sale. Un examen un peu attentif montre que les papilles filiformes de la région sont allongées et hypertrophiées. C'est en miniature, la couleur exceptée, l'aspect clinique et anatomique de la langue noire elle-même.

Les phénomènes subjectifs sont à peu près nuls ; c'est à peine si le sujet se plaint d'une sensation légère d'empâtement buccal ; parfois, c'est une gêne plus ou moins marquée de la langue, avec impression désagréable de cheveux sur la surface muqueuse.

2° *Histologie.* — Après section aux ciseaux fins, ou raclage de la surface papillaire, dissociation et éclaircissement à la potasse, on voit à un faible grossissement des filaments allongés à extrémité effilée, les uns isolés, plus ou moins épais, d'autres enchevêtrés. La surface en est irrégulière, rugueuse, comparable à un épi de blé barbu, ou à un « stipe de palmier » encore hérissé des pétioles des feuilles tombées (Surmont). Ces filaments sont de couleur jaune diffuse, ambrée, café au lait clair. Fait remarquable, la valeur de la teinte observée est toujours identique, à peu d'exceptions près, même quand l'examen porte

(1) SURMONT, La langue noire. *Gazette des hôpitaux,* 1890, p. 940.

sur un filament prélevé dans un placard du noir le plus foncé. La zone périphérique est plus sombre que la portion centrale.

Il est nécessaire, pour l'emploi d'un grossissement plus fort, de dégraisser préalablement les filaments à l'aide de la potasse, de l'alcool et de l'éther. On fait alors agir les colorants appropriés.

Chaque filament présente des cellules épithéliales soudées les unes aux autres et ayant subi la transformation épidermique. Les cellules périphériques forment autour du filament une couronne de lamelles plus ou moins plissée, adhérant à la tige par une de leurs extrémités et donnent à l'ensemble un aspect hérissé caractéristique. Ces cellules ont perdu leur noyau. Les cellules centrales ont conservé le leur, ovalaire, allongé, et parmi celles qui ont été détachées par la dissociation, on en rencontre qui présentent les crêtes d'empreinte caractéristiques des couches profondes de l'épithélium.

Dans les cellules épithéliales superficielles, A. Mathieu (1) a signalé la présence de graisse, et c'est à la présence de cet élément que l'auteur attribue la coloration foncée du gazon papillaire.

L'examen le plus minutieux est impuissant à déceler la présence de grains pigmentaires. C'est là un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord.

3° *Bactériologie.* — La préparation fourmille en général de microorganismes divers. Vibrions, bactéries, zooglées, spores d'oïdium albicans, de leptothrix, microcoques, etc. Et quand on fait le recensement de ces formes microbiennes si nombreuses et si variées, on n'éprouve aucune surprise à parcourir la liste des parasites tour à tour rendus responsables de la langue noire. Raynaud (2) a décrit des spores qu'il range dans la classe des *trichophytons* et les croit très voisins de ceux de la teigne tonsurante.

Laveau (3), Lancerceaux (4), Dessois (5), retrouvent ces mêmes éléments microbiens, et ce dernier leur donne le nom de *glossophyton*.

Rayer, ayant observé des spores semblables chez les individus sains, et leur absence dans certains cas de mélanoglossie, conclut à l'existence de langues noires avec et sans spores.

Vignal (7) décrit, dans la *bouche des sujets sains*, un nombre considérable de microorganismes dont l'un serait le parasite de la langue noire et qu'il nomme *coccus*. Il existerait aussi bien dans les langues

(1) Mathieu, Un cas de langue noire. *Société anatomique*, 15 décembre 1882, p. 535.
(2) Raynaud, *loco citato*.
(3) Laveau, De la langue noire. *Thèse Paris*, 1876.
(4) Laucereaux, Note sur un cas de langue noire. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 8 décembre 1876, p. 365.
(5) Dessois, *Thèse de Paris*, 1878, n° 470. De la langue noire.
(6) Rayer, *loco citato*.
(7) Vignal, *Archives de physiologie*, 1886, p. 325.

avec hypertrophie papillaire sans coloration noire, que dans les cas types de nigritie linguale, l'un serait le coccus à variété blanche, le deuxième à variété noire.

Cornil et Ranvier (1), Brochin (2), Lannois (3), Ciaglinski (4), d'autres encore, sans preuves bien décisives, se font les défenseurs du parasitisme de la langue noire, qu'ils attribuent soit au champignon de Raynaud, soit au coccus de Vignal, soit à tout autre microorganisme mal identifié.

Le travail de Lucet (5) marque une date dans l'histoire de la mélanoglossie, en raison de sa précision et de sa riche documentation expérimentale. Pour lui, l'agent causal de la langue noire est un végétal de la classe des blastomycès, le *saccharomycès linguæ pilosæ*. Ce champignon a été plus tard isolé, par Roger et Weill (6), des végétations papillaires d'un homme atteint de mélanoglossie.

Pour Gastou et Nicolau (7), l'agent pathogène serait le leptothrix buccalis.

Gueguen (8) a incriminé un nouveau parasite, champignon non décrit jusqu'alors et qu'il désigne sous le nom d'*oospora lingualis*.

Thaon (9) retrouve cet organisme dans un cas de langue noire en symbiose avec le parasite décrit par Lucet.

Enfin, tout récemment, Gueguen (10) a rapporté le résultat de ses recherches dans 2 cas de mélanoglossie, et confirmé ses premières conclusions : « L'oospora lingualis, dit-il, est le véritable parasite de la maladie. »

Au total, la liste des agents provocateurs de la lésion est impressionnante par sa variété et n'a pas manqué de soulever la critique des auteurs.

Nature de la maladie.

Hyde Salter (11), le premier, explique la coloration noire des papilles

(1) Cornil et Ranvier, *Histologie pathologique*, 1884, t. II, p. 228.
(2) Brochin, Nigritie de la langue. *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 217.
3. Lannois, Sur la langue noire. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1888, p. 568.
(4) Ciaglinski, Ueber die sogenannte schwarze Zunge. *Zeitschrift f. klinische Medizen*, 1893, t. 22.
(5) Lucet, Sur le parasite de la langue noire. *Archives de parasitologie*, juillet 1901, p. 296.
(6) Roger et Weill, Note sur le parasite de la mélanoglossie. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et syphiligraphie*, 5 novembre 1903.
(7) Gastou et Nicolau, Note sur un cas de langue noire. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et syphiligraphie*, 5 février 1903.
(8) Gueguen, *Archives de parasitologie*, février 1909.
(9) Thaon, Sur le parasite de la langue noire. *Bulletins de la Société de Biologie*, mars 1910.
(10) Gueguen, *Archives de parasitologie*, juin 1911.
(11) Hyde Salter, *Todds Encycloplaedie of Anatomy and physiology*, t. 6, 1852

par la présence de *granulations* analogues à celles des peaux pigmentées. Saint-Germain, qui adopte les mêmes idées, prétend établir une identité entre la langue noire et la coloration noirâtre de cet organe chez certains animaux : chat, perroquet, girafe .

Avec Gallois intervient l'*élément tinctorial extrinsèque* : « Ce sont, dit-il, les substances étrangères introduites dans la bouche qui colorent les papilles. »

Brosin (2), le premier, met en relief le rôle de l'*hyperkératose* dans la langue noire. Sur des coupes intéressant la longueur des papilles, il vit que la base de leur revêtement épithélial était constituée par des cellules riches en eleïdine. Au-dessus, les gouttes d'eleïdine deviennent de plus en plus nombreuses. Pour lui, ce processus de kératinisation cellulaire explique la coloration des papilles. Le vieillissement des cellules non desquamées donne à celles-ci une coloration brunâtre.

Cette théorie a été acceptée par de nombreux auteurs, Wallerand (3) en particulier, qui ajoute le dépôt de particules charbonneuses, ce serait là une sorte d'anthracose linguale.

Charpy (4) met le processus d'hyperkératose sous la dépendance d'un trouble du système nerveux, et cite des cas de langue noire développés au cours de tabès, névralgie faciale, mal de Pott, etc.

Le mémoire récent de Blegrad (5) est une contribution importante à l'étude de la question. L'auteur suédois n'adopte aucune des théories émises par ses devanciers. Pour lui, les papilles filiformes s'allongent, soit par irritation locale, soit sous l'influence d'une inflammation voisine, nez, gorge, amygdale, gencives, etc. Dans les deux cas, il se produit une irritation légère de la muqueuse, une *glossite*, avec allongement des papilles. Celles-ci, dans un deuxième stade, se coloreraient en vertu de réactions purement chimiques par les ingesta, vin, etc., ou par les médicaments pris par la bouche. La conclusion doctrinale qu'il tire de ses recherches est, à notre avis, capitale : « *La langue noire ne diffère pas essentiellement de la langue chargée dont elle n'est que le grossissement.* » Je reviendrai par la suite sur ce point.

Critique d'ensemble.

La théorie parasitaire de la langue noire se fonde uniquement sur la présence d'éléments organisés isolés par la culture de débris de végé-

(1) Gallois, Sur un cas de coloration noire de la langue. *Bulletin de la Société de Biologie*, 7 août 1869, p. 276.
(2) Brosin, Ueber die schwarze Haarzungue. *Monatschrift Dermatologie*, 1888, t. VII.
(3) Wallerand, De la langue noire. *Thèse Paris*, 1890.
(4) Charpy, La langue noire. *Thèse Paris*, 1904.
(5) Blegrad (de Copenhague), Lingua villosa negra. *Archiv f. Laryngologie*, 1907, t. XX, p. 197.

tations papillaires. L'argument n'a qu'une valeur très relative. La cavité buccale et la surface de la langue, nous le savons, hébergent une grande quantité de germes microbiens que décèlent l'examen direct et la culture en milieux artificiels. Cocci, spirilles, sarcines, champignons, etc., et la liste connue s'allongerait sans doute, si des recherches patientes étaient entreprises à ce sujet.

Cette valeur serait augmentée, si l'élément isolé était toujours le même. Or, chaque auteur a le sien : spores de Raynaud, glossophyton de Dessois, coccus α et β de Vignal, coccus δ de Muller, oïdium albicans, leptothrix buccalis retrouvés par d'autres auteurs. De l'aveu même de l'auteur, le saccharomyces linguæ pilosæ décrit par Lucet, paraît jouer un rôle problématique dans la genèse de la langue noire. Il conclut, à la suite de ses tentatives infructueuses d'inoculation : « Il est impossible, dans ces conditions, d'affirmer que ce champignon joue un rôle essentiel dans la production de la nigritie linguale. »

L'oospora lingualis décrit par Gueguen, seul ou en symbiose avec le champignon de Lucet, il a une valeur pathogène plus grande? Rien encore ne permet de l'affirmer.

Au total, autant d'auteurs, autant de parasites. Voilà qui est pour nous mettre en méfiance.

La présence à la surface des tissus lésés de microorganismes, n'implique pas nécessairement qu'ils sont le ou les agents de la maladie; c'est là une notion banale sur laquelle il me paraît inutile d'insister.

La répartition des éléments microbiens est singulière. Brosin avait remarqué, le premier, que certains filaments papillaires sont dépourvus de germes, alors que d'autres en sont régulièrement tapissés. Bien plus, j'ai vu des papilles fortement colorées sans aucun germe, et d'autres, en fourmiller, alors qu'elles étaient plus courtes, claires, et prélevées assez loin de la lésion.

Il est un peu étonnant aussi, que jamais les cultures de ces champignons ne sont noires. On a bien, il est vrai, signalé le fait de colonies prenant au bout de quelques jours un aspect furfuracé noir. Il s'agit, dans ces cas, de moisissures banales accidentellement poussées sur les milieux : l'aspergillus niger, fumigatus, mucor niger, etc.

Le seul cas décrit de contagion de la langue noire est celui de Rostazew (1). Il s'agit de deux conjoints diabétiques atteints en même temps de nigritie linguale. L'observation est unique et partant peu probante.

L'insuccès général et constant des inoculations est encore un argument décisif contre l'idée de parasitisme. Toutes les tentatives des auteurs, Rayer, Dessois, Chantemesse et Podwyssotsky (2) et d'autres encore,

(1) Rostazew, Les poils noirs de la langue. *Gazette de Botkène russe*, 1896.
(2) Chantemesse et Podwyssotski, *Les processus généraux*, 1896, p. 294.

sont restées sans résultat. J'ai moi-même, comme on le verra plus loin, repris ces expériences sans aucun succès.

Blegrad observe avec raison que les prétendus champignons de la mélanoglossie ne poussent en milieux artificiels qu'à la température du laboratoire. Mis à l'étuve, leur vitalité est annihilée ou considérablement amoindrie. Il est permis de se demander pourquoi la température buccale favorise leur développement, alors que celle de l'étuve l'entrave?

Toutes ces objections sont, à notre sens, très sérieuses et ôtent toute valeur à la doctrine parasitaire.

Voyons si les autres théories sont à l'abri de la critique.

La *Théorie pigmentaire*, qui prétend expliquer la coloration noire des papilles par la présence de grains de pigment dans les prolongements filiformes, n'est qu'une vue séduisante de l'esprit. On sait que les pigments sont d'origine hémoglobinique et généralement décelés par les réactions histo-chimiques du fer. Or ces grains n'ont jamais été vus ou décelés par les auteurs. N'oublions pas que la coloration noire est *exclusivement terminale*; comment comprendre, dès lors, l'absence de pigmentation à la base des papilles précisément dans leur portion attenante à la muqueuse?

La *Théorie de l'hyperkératinisation*, développée par Brosin, met en relief un fait important dans l'histoire de la langue noire. Le premier, il montre la coloration du filament commencer au point exact de séparation entre la partie vivante de la papille et sa portion cornée. Celle-ci seule est colorée en noir. Brosin conclut que, plus les cellules évoluent vers le stade corné, plus elles tendent à brunir. Unna avait déjà montré que la coloration noire des cellules épidermiques était en raison directe de leur âge; c'est ce que l'on voit dans certaines affections cutanées, l'ichthyose, certains épithéliomas. C'est la présence de ces cellules kératinisées à l'extrémité du filament papillaire qui est cause de la teinte noire.

Le fait étudié et mis en évidence par Brosin est incontestable, et l'interprétation qu'il en donne satisfaisante. Mais, si nous admettons que la coloration noire est fonction de la présence de cellules cornées vieillies, nous ne savons pas pour quelles raisons les filaments papillaires prennent ce développement hypertrophique inusité. Brosin explique la couleur noire des papilles et passe sous silence l'autre symptôme fondamental de la lésion : l'hypertrophie papillaire. Or, toute théorie de la langue noire doit satisfaire à ces deux points : 1° explication de l'hypertrophie papillaire; 2° explication de la couleur noire.

Dire que la couleur noire est due à une imprégnation accidentelle des extrémités filamenteuses par les substances ingérées, vin, artichaut, etc., etc., comme le soutenait Gallois, ne répond pas à la réalité des faits. Certes, toute substance colorée introduite dans la bouche,

imprègne et teinte les papilles; mais c'est là une coloration superficielle, à fleur de peau, pour ainsi dire, et il suffit dans ces cas de laver et frictionner la muqueuse pour la faire disparaître. Rien de semblable dans la langue noire vraie, où l'abrasion des papilles seule est opérante. Dans cette théorie d'ailleurs, la question de l'origine de l'hypertrophie papillaire est complètement laissée dans l'ombre.

Blegrad combat dans son travail la doctrine du parasitisme et repousse les conclusions de Brosin. Pour lui, il y a à l'origine de la langue noire un facteur décisif: l'inflammation plus ou moins marquée de la muqueuse ou *glossite*. D'après lui, enfin, il y a identité clinique et anatomique de la langue noire et des langues saburrales.

Mes recherches confirment, en ce qu'elles ont d'essentiel. les conclusions de l'auteur suédois. Nous verrons, par la suite, en quoi elles en diffèrent.

Recherches personnelles.

Faits cliniques. — Dans son excellente revue générale, Surmont (1) note que la langue noire est une lésion d'une rareté extrême, dont il compte 49 cas dans la science. La réalité paraît tout autre, puisque j'ai pu en deux années en réunir 19 cas. Blegrad a observé 10 faits de langue noire en quelques mois. Cet écart si impressionnant n'est, selon moi, qu'une apparence. Dans les classiques, en effet, on n'étudie sous le nom de langue noire, que les cas présentant au maximum les deux phénomènes fondamentaux de la lésion : l'allongement hypertrophique des papilles, la coloration noire. Or, les observations de Blegrad et les miennes, montrent, sans discussion aucune, l'existence de langues noires à des degrés moins prononcés. Entre les cas classiques, et l'état normal, il y a place pour toute une série de faits intermédiaires, de faits de passage, depuis la langue dite saburrale, où l'allongement papillaire et la couleur de leurs extrémités sont ébauchés, jusqu'aux faits d'hypertrophie papillaire énorme avec couleur très accusée. On verra, au cours de ce travail qu'il y a de bonnes raisons d'admettre cette manière de voir, dont la plus décisive est le passage fréquemment observé de la langue saburraale à la langue noire la plus légitime, avec toutes les transitions désirables, et réciproquement. C'est en vertu de ces constatations que j'ai intitulé ce travail, *Langue noire et kératochromoglosites*, indiquant par là la *parenté* de ces deux sortes de lésions. Et je crois devoir ajouter que, pour comprendre la langue noire, il faut partir des langues saburrales, dites chargées, qui n'en sont, à mon sens, que des stades ébauchés. C'est ce que je vais essayer de montrer.

(1) Surmont, La langue noire. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 941.

Les malades dont l'observation m'a fourni les éléments de cette étude sont au nombre de 19 et présentaient, mais à des degrés variables, les deux symptômes capitaux de la lésion : l'allongement des filaments papillaires, la coloration noire de leurs extrémités.

17 fois la langue était plus ou moins noire; 2 fois la langue était de coloration foncée brunâtre avec une teinte verte plus ou moins accusée.

Dans 10 cas, la lésion est survenue au cours d'un épisode aigu, affection locale de la cavité bucco-pharyngée, ou d'un organe de voisinage, a évolué en quelques jours et a disparu définitivement avec cette affection.

Dans tous les autres, la langue noire avait une évolution essentiellement lente, torpide, durant depuis des mois ou des semaines et chez des malades porteurs d'affections chroniques des organes voisins, ou du système nerveux.

Les 10 premiers cas se décomposent ainsi : angine syphilitique aiguë, de la période secondaire; phlegmon suppuré de l'amygdale rhino-pharyngite aiguë (2 cas); stomatite aiguë, embarras gastrique avec stomatite d'origine dentaire (2 cas); pneumonie aiguë avec lésions dentaires et pyorrhée; purpura hémorrhagique, lichen plan buccal, épisode aigu d'un lichen plan généralisé.

Les autres observations ont trait à des malades porteurs d'affections chroniques locales ou de voisinage : syphilis ulcéreuse du pharynx (2 cas), tuberculose laryngée, tuberculose du pilier gauche du pharynx, laryngite chronique probablement d'origine bacillaire, syphilis ulcéreuse de la langue, épithéliome du maxillaire inférieur gauche, paralysie faciale ancienne, acromégalie.

La longueur des papilles hypertrophiées était différente dans les deux grandes catégories de cas. D'une manière générale, au cours des épisodes aigus, les filaments papillaires atteignaient des dimensions variant entre 1 millimètre au minimum et 3 ou 4 millimètres au maximum.

Au cours des affections chroniques, leurs dimensions étaient parfois surprenantes : chez notre malade acromégalique elles avaient 1 centimètre à 1 centimètre et demi de longueur. Le malade atteint d'épithélioma du maxillaire inférieur gauche était porteur de papilles dont quelques-unes mesuraient jusqu'à 18 millimètres.

L'intensité de la coloration noire ne paraît pas proportionnée à la longueur des papilles. A des papilles démesurément allongées correspond quelquefois une coloration brunâtre de leurs extrémités : tel est le cas de notre malade atteint d'épithélioma du maxillaire. Au contraire, la teinte était d'un noir intense, profond chez la malade atteinte de lichen plan, dont les papilles mesuraient 1 millimètre et demi à 2 millimètres de longueur.

Un assez grand nombre de malades, 8, appartenant aussi bien à

l'une qu'à l'autre catégorie, avaient l'habitude de sucer et laisser fondre dans leur bouche des pastilles médicamenteuses, que vendent les pharmaciens à tout venant, et dont les soi-disant vertus bienfaisantes pour les maux de gorge, les font priser fort du public. Ces pastilles sont à peu près toutes composées des mêmes produits : cocaïne, menthol, acide borique, chlorate de potasse. D'autres se sont gargarisés avec des liquides contenant soit du menthol, soit du chlorate de potasse.

Un malade s'est gargarisé avec un produit qui « sentait fortement la menthe » et causait chaque fois une sensation importante de cuisson et de picotement dans la bouche. Elle prenait aussi des pastilles de cocaïne, menthol, une huitaine par jour.

Dans un cas, les pastilles dont j'ai eu la boîte sous les yeux, contiennent : menthol, cocaïne, borax ; le malade en a pris une douzaine par jour pendant une semaine.

Un malade a ingéré une dose quotidienne de 8 à 10 pastilles, borate de soude cocaïne, pendant 6 jours.

Un tuberculeux avait l'habitude de sucer des pastilles « chloro-boratées-cocaïnées ».

Une malade, atteinte de lichen plan buccal, suit un traitement local prescrit par un pharmacien d'une abondance médicamenteuse peu ordinaire : gargarismes au moins trente fois par jour avec une solution, pavot, romarin, sureau additionnée de 2 cuillérées à café d'une « poudre », sucer fréquemment des pastilles « soufrées », sirop phosphaté avant les repas, pilules prises en même temps, cachets de terpine collutoire avec tanin additionné d'oxyde jaune de mercure.

Un tuberculeux se gargarisait fréquemment avec une solution de chlorate de potasse, et suçait de nombreuses pastilles au même produit.

Une malade s'était fait badigeonner plusieurs fois la langue avec un collutoire contenant du sulfate de fer.

J'ai pu, dans quelques cas, suivre l'évolution de la lésion depuis le début jusqu'à la fin. D'abord, au milieu des phénomènes généraux qui caractérisent le début de l'affection causale, fièvre, courbature, etc., la langue est blanche, saburrale, les papilles sont nettement allongées ; au voisinage du V lingual, elles prennent un aspect pileux plus prononcé, et leurs extrémités se colorent d'une teinte brun clair ; puis, les jours suivants la teinte est plus foncée, et en certains points franchement noire.

La période de régression de la maladie s'accompagne d'une régression parallèle de la lésion linguale : les papilles se décolorent graduellement, blanchissent et diminuent peu à peu de longueur. La langue s'est nettoyée. C'est ainsi que les choses ont pu être observées dans les cas 1, 2, 3, 4, 6, 9, 7.

Un malade, acromégalique, est porteur d'une langue noire depuis 4 mois ; c'est un placard grand comme une pièce de un franc situé au-devant du V lingual. Le reste de la langue est normal. Les choses persistent en cet état plusieurs semaines. A la suite de deux badigeonnages de la muqueuse à l'aide d'un collutoire formé de glycérine et carbonate de chaux, dans la proportion 5 pour 1, il se fit du jour au lendemain une extension considérable de la lésion. Toute la langue devint d'un noir d'encre. Cet état a duré 5 ou 6 jours, puis la langue s'est peu à peu nettoyée. Seul le placard primitif est resté immuable.

J'ai essayé à plusieurs reprises le même badigeonnage sur lui et d'autres malades sans résultat aucun. Et toutes mes recherches pour démêler les raisons d'un phénomène si surprenant sont restées infructueuses.

Un malade atteint de pneumonie aiguë gauche, offrit à mon observation une *hémi-langue noire du côté droit*. Sur une langue sèche, étalée, saburrale, on voyait, strictement localisée à droite et à égale distance du raphé médian et du bord de l'organe, un placard longitudinal de 2 centimètres environ de long sur 1 de large. Filaments papillaires hypertrophiés, extrémités terminales d'un noir d'encre, l'ensemble symptomatique était complet. Les choses restèrent en l'état jusqu'au 6e jour, date de la mort. La bouche de ce malade était dans un fort mauvais état. Les dents *à droite* étaient en partie cariées, en partie branlantes ou absentes, les gencives rouges, saignantes, présentaient un maximum d'inflammation du côté *droit*. Un fragment de cette lésion a été prélevé pour l'examen microscopique.

Voici, maintenant un cas de nigritie linguale survenu en des conditions vraiment exceptionnelles. Une jeune fille de 27 ans, nerveuse, sujette à des accès de mal comitial, est atteinte, à la suite d'un grave choc moral, d'hémorragies cutanées, utérines, digestives, rétiniennes, etc. Au cours de ce syndrome de purpura la langue et les gencives ne cessent pas de suinter, et 15 jours avant la mort la surface muqueuse de la langue devient *pileuse,* et prend nettement un ton de plus en plus ardoisé. Je discuterai plus loin la pathogénie de ce cas vraiment curieux et singulier.

J'ai observé 2 cas où les papilles hypertrophiées étaient teintées de vert. Une jeune femme est atteinte d'infiltration syphilomateuse de la paroi postérieure du pharynx depuis un mois. Elle consulte pour sa dysphagie un pharmacien, qui lui conseille des pastilles de menthol, borate de soude, cocaïne à la dose de 10 par jour. Au bout de six jours, elle cesse la prise de ces pastilles et prend des bonbons verts « sentant assez fortement l'absinthe ». La langue se dépouille par places ; sur la ligne médiane, on voit quelques îlots de papilles nettement hypertrophiées dont les extrémités sont colorées en vert. La friction et le lavage ne modifient en rien cet état. Traitée par le mercure et ayant cessé la prise des bonbons, elle guérit rapidement, et sa langue devient normale.

Le deuxième cas a trait à une malade qui se plaint depuis plusieurs semaines de mal à la gorge. A l'examen, le spécialiste constate de la rhino-

pharyngite chronique avec stomatite d'origine dentaire. Elle prend depuis trois mois des pastilles (15 à 20 par jour) vertes au borate de soude et à l'eucalyptol. A son entrée, la région située en avant du V lingual présente des papilles hypertrophiées de 1 millimètre et demi à 2 millimètres de long, à extrémités teintées de vert. Le lavage et la friction ne modifient en rien cette coloration que je vois durer des semaines sans changement appréciable.

Noire ou verte, la langue pileuse existait 5 fois depuis plusieurs semaines, plusieurs mois même : 14 fois la lésion était récente, généralement ignorée des malades, et apparue nettement au cours d'une affection aiguë ou subaiguë de la cavité buccale, du rhino-pharynx, ou d'un organe voisin, larynx, ou éloigné, estomac, poumon. Elle évolue avec ces affections, en suit les vicissitudes, et disparaît généralement avec elles.

Il est également impossible de ne pas être frappé par la fréquence des prises de pastilles diverses, de composition à peu près constante, menthol, cocaïne, borate de soude, etc., et dont le rôle étiologique ne doit pas à mon sens être négligé. J'ai cherché à connaître, sur moi-même, l'action locale de ces produits. J'ai donc sucé et laissé fondre dans la bouche une dizaine de ces pastilles par jour et voici ce que j'ai observé : à la cinquième ou sixième pastille, je perçois, mêlé plus ou moins à la sensation de fraîcheur due au menthol, un léger degré d'anesthésie de la surface linguale et palatine. Puis il s'ajoute une sensation d'empâtement de la langue analogue à celle qui est sentie au réveil, sensation surtout accusée sur la ligne médiane, là où s'exerce le maximum d'effet dans l'effort de la succion. Les jours suivants, la muqueuse est le siège de cuisson légère, de picotements, et l'on voit le gazon papillaire plus apparent, plus dru, donner un aspect blanc saburral à la langue. Prises isolément, les papilles sont nettement plus allongées, et leur extrémité se colore d'une teinte ambrée de plus en plus évidente. Si l'on racle ces prolongements papillaires, même avec douceur, la sensation est désagréable, voire un peu douloureuse. Les parties abrasées sont d'un rouge vif, les papilles fongiformes volumineuses, comme gorgées, et plus saillantes qu'à l'ordinaire. Il y a là comme on le voit, tout un ensemble de symptômes objectifs et subjectifs, qui indiquent un certain degré d'inflammation superficielle de la muqueuse, disons le mot, de *glossite*. On verra l'importance de ce facteur dans notre manière de comprendre la pathogénie de la langue noire.

D'autre part, l'apparition de la langue noire au cours d'un des épisodes inflammatoires aigus ou subaigus signalés ne laisse pas que d'être impressionnant ; ce fait nous amène à soupçonner une relation entre ces deux ordres de phénomènes. Impression rendue plus forte par l'évolution de la lésion, sa disparition progressive avec l'affection

causale. L'observation 2 est tout à fait décisive à cet égard : angine aiguë avec dysphagie, fièvre, courbature ; la langue est *blanche*, puis *saburrale*. Les papilles au-devant du V s'allongent, atteignent 2 millimètres, deviennent brunâtres, et en certains points franchement *noires*. Au bout de 3 à 4 jours il y a ouverture spontanée d'un abcès amygdalien, une détente complète, la langue se nettoie peu à peu et reprend son aspect rosé habituel.

Voici encore un autre exemple frappant (obs. 6) : c'est un homme de 56 ans, syphilitique, qui est pris de malaise, courbature et dysphagie légère. La langue *blanche, saburrale* au début, devient d'un *brun très foncé,* les filaments papillairees sont allongés et mesurent 1 à 2 millimètres de long. Puis la langue se dépouille et devient normale au bout de quelques jours.

Dans ces deux cas, nous voyons la lésion apparaître, s'installer en quelque sorte sous nos yeux, langue saburrale, dont les filaments papillaires s'hypertrophient, brunissent, se teintent de noir ; nous la voyons évoluer, et quand l'affection aiguë causale est en voie de décroissance, la langue se nettoie, les papilles s'affaissent et se décolorent graduellement.

Ce fait n'avait pas échappé à l'attention de divers auteurs qui en méconnurent la haute signification doctrinale. Ainsi Dessois (1), pour qui la langue noire était d'origine parasitaire, rapporte le cas d'un malade dont la langue d'abord blanche, passa peu à peu au jaune, au brun puis au noir. Roth (2) a observé un cas de langue *pileuse incolore,* qu'il distingue nettement de la langue pileuse noire ; les deux affections, par ailleurs, étant d'origine parasitaire. Malassez (3), également partisan de la doctrine parasitaire, rapporte le cas d'une langue pileuse *blanche* devenue *noire* par la suite. Bénard (4) rapporte l'histoire d'un homme de 42 ans, qui, au cours d'un syndrome de rhino-pharyngite subaigu, vit pousser sur sa langue un chevelu blanc jaunâtre d'abord, qui devint peu à peu brun, puis noir. La lésion récidiva dans les mêmes conditions quelques mois après.

Blegrad, le premier, comprend toute la signification de ces faits. Il note la relation causale entre l'affection aiguë ou subaiguë d'un organe de la cavité bucco-rhino-pharyngée, et l'allongement papillaire. Il a vu les filaments papillaires hypertrophiés, d'abord incolores, puis bruns et noirs. L'examen histologique lui a montré l'identité d'aspect des cellules cornées superficielles de la langue dite « chargée » et celles de la langue noire : « abstraction faite de la longueur des papilles, il n'y a pas de différence essentielle entre les préparations provenant d'une

(1) (2) *Loco citato.*
(3) Malassez, cité par Vignal, *loco citato.*
(4) Benard, Note sur un cas paradoxal de langue noire pileuse blanche. *Annales d'Hydrologie,* 1903.

langue chargée, et celles d'une langue noire ». Il fait jouer à l'inflammation superficielle de la muqueuse, LA GLOSSITE un rôle dont il souligne toute l'importance pathogénique.

Pour Blegrad, au total, et j'adopte ses conclusions en ce qu'elles ont d'essentiel, la langue noire, dans un certain nombre de cas, procède de la langue blanche, saburrale, dont elle ne serait qu'un degré exagéré. Langue saburrale, elle-même résultat d'une glossite superficielle, dont la mise en jeu est une inflammation d'un organe voisin ou éloigné, cavum, nez, pharynx, larynx, sinus de la face, estomac, etc...

Nous verrons plus loin en quoi nous nous séparons de l'auteur suédois.

Faits bactériologiques. — La technique employée est celle de toutes les recherches mycologiques bien codifiée par Sabouraud. Eau peptonée-gélosée, liquide de Raulin. Après raclage ou abrasion aux ciseaux fins les fragments noirs sont ensemencés, les tubes obturés, et laissés à la température du laboratoire.

OBSERVATION I. — Au commencement du 3e jour, enduit blanc grisâtre, filamenteux, qui se dispose bientôt en disques légèrement surélevés. L'examen révèle des filaments enchevêtrés, entre-croisés, avec des éléments ovoïdes, allongés de 4 à 6 μ de diamètre, à espace central clair, les uns groupés, les autres soudés bout à bout en chapelet. Après repiquages successifs, cet élément est isolé à l'état pur. Il est disposé en chapelets, à contour cellulaire très net, ne se décolore pas par le Gramm. Ces caractères permettent de l'identifier avec le *saccharomycas linguae pilosae* de Lucet, étudié par Roger et Emile Weill.

Nous faisons quelques jours après un nouvel ensemencement, dans les mêmes milieux, dans les mêmes conditions de technique. Le 2e jour apparaissent, au contact de la gélose et du verre, de fins et filaments de 1 à 2 millimètres, à apparence de givre.

C'est un feutrage mycélien avec spores terminales de *mucor Rhizomucor*. En certains points de la culture on découvre des éléments ovoïdes analogues à ceux décrits précédemment.

Dans un autre tube, la culture a un aspect farineux à surface peu à peu duveteuse. Ce sont de gros éléments arrondis, de 10 μ environ, en amas, en grappes, sans mycelium apparent.

Une autre culture est d'aspect jaune chamois composée d'éléments arrondis, de la taille d'un globule rouge, groupés bout à bout, ou en rangées simples de 3 à 4 éléments.

Enfin, dans un 4e tube, la culture a un aspect duveteux, formé de fins filaments à apparence de feuille de fougère. C'est un feutrage mycélien sur les branches duquel sont semés et accolés des grains arrondis et opaques, *d'endomycès albicans*. Ces diverses cultures ont une vitalité médiocre et ne tardent pas à être envahies par les moisissures diverses.

En somme, chez le même porteur, avec un même milieu artificiel

en des conditions de technique rigoureusement semblables des fragments papillaires de même origine ont donné naissance à des champignons dont l'aspect de culture, la morphologie microscopique étaient le plus souvent différents.

Observation II. — Apparition le 3e jour d'une culture blanc jaunâtre à surface humide. Au microscope, petits éléments allongés, fusiformes, en navette, de grandeur inégale, en amas, sans mycélium.

Une autre culture, à surface chagrinée grisâtre, montre de petits éléments ovoïdes de 3 à 5 μ, éparpillés sans aucun ordre.

Observation III. — Culture à aspect duveteux, surélevé. Grande quantité de staphylocoques, au milieu desquels sont semés des groupes de cellules ovoïdes, groupés en amas, à grains centraux nombreux.

Dans un autre tube, cellules arrondies de 6 à 8 μ, agglomérés en mosaïque, uniformément colorées.

Observation IV. — La culture pousse au bout de 48 heures, taches blanchâtres aplaties, grenues. Au milieu de staphylocoques, cellules arrondies, isolées, ou disposées bout à bout à surface faiblement colorée ne prenant pas le gramm. Quand la langue de cette malade se nettoya, des produits de raclage ensemencés donnèrent les mêmes éléments ci-dessus.

En somme, autant de sujets d'observation, autant de champignons différents ; bien plus, sur le même malade, à des intervalles variables, la culture décèle presque toujours des éléments différents. Voilà qui est bien fait pour nous inspirer le doute, sur la valeur pathogène de ces champignons. D'autre part, on sait que la cavité buccale héberge un nombre considérable de microbes et champignons. En partant de sujets sains, j'ai retrouvé dans les cultures des éléments absolument analogues aux précédents.

Séro-diagnostic. — Widal et Abrami ont montré que le sérum des malades porteurs de lésions sporotrichosiques ou actinomycosiques, agglutinait les spores des champignons, agents de ces maladies, et prouvé d'une manière aussi simple qu'élégante la spécificité de ces germes. J'ai entrepris des recherches sur ce point avec les différents germes cultivés. *Il n'y eut dans aucun cas l'ébauche même d'une agglutination.*

(*A suivre.*)

TACHES PIGMENTAIRES « PHYSIOLOGIQUES » DES MUQUEUSES ; LEUR HISTOLOGIE

Par le Dr J. Montpellier,

Chef de clinique des maladies cutanées et vénériennes à la Faculté d'Alger.

Il fut un temps, encore peu lointain, où l'on attachait à la présence de taches pigmentaires sur les muqueuses, en particulier sur la muqueuse buccale, une importance fort grande. Après Addison (1885) qui en faisait un des symptômes cardinaux de l'insuffisance surrénale, Bouchut et Jeannin (1891) les signalent dans la cachexie tuberculeuse, Mœbius et Sibley (1895) dans le goitre exophtalmique, Besnier, Thibierge, Danlos, Duplantier, dans la « maladie des vagabonds », Audry (1906) et Boyreau dans la sclérodermie, Lazarus, Halé White (1907), dans l'anémie pernicieuse, Gouget (1912) dans la cirrhose hypertrophique pigmentaire, etc., etc...

En résumé, jusqu'à Eichlorst, cette pigmentation est rattachée dans tous les cas à un processus pathologique déterminé. C'est ce dernier auteur, dans son *Traité de Pathologie interne* qui le premier enlève à ces taches leur valeur constamment symptomatique.

Après lui, Sabaréanu (1908), dans la *Revue de Médecine*, mentionne la fréquence de cette pigmentation chez des sujets roumains indemnes d'affections à manifestations hyperchromiques.

En 1909 L.-M. Bonnet (de Lyon) fait les mêmes constatations et attire l'attention des auteurs sur ces taches pigmentaires *physiologiques*.

Nous-même (1914), en collaboration avec notre regretté maître le Pr J. Brault, nous sommes attaché au même sujet. Dans une série de publications, reprises dans sa thèse inaugurale par notre ami le Dr Achour, nous avons étudié chez nos Indigènes de l'Algérie : — la fréquence vraiment très grande de ces taches ; — leurs différentes particularités, notamment leur abondance en rapport direct avec l'âge du sujet et le degré de pigmentation de sa peau ; — la valeur symptomatique, on peut dire à peu près nulle, qu'il faut ici leur accorder.

Nous avons pensé qu'il n'était pas sans intérêt de faire l'étude histologique de ces placards pigmentés, étude au sujet de laquelle nous n'avons trouvé aucunes publications précises et détaillées.

Seuls, Dufour et Alardo, dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* (1912), donnent quelques brefs renseignements histologiques sur un cas de pigmentation de la muqueuse buccale paraissant se rattacher à notre sujet. Disons immédiatement que nos constatations ne concordent d'ailleurs pas avec celles de ces auteurs.

Un lambeau de muqueuse est prélevé sur la gencive marbrée de

taches bleuâtres, ardoisées, d'un indigène *physiologiquement* pigmenté. Examinée à l'état frais, la muqueuse présente une surface granitée et pointillée, donnant l'illusion d'un tatouage irrégulier. Sur la tranche de la pièce, entre le derme et l'épiderme, une bande brun noirâtre.

Au petit grossissement (figure 1) : après fixation à l'alcool et colorations diverses (giemsa, thionine, phéniquée, orange G. et bleu de toluidine, Weigert-Van Gieson, etc.) on constate que le pigment se

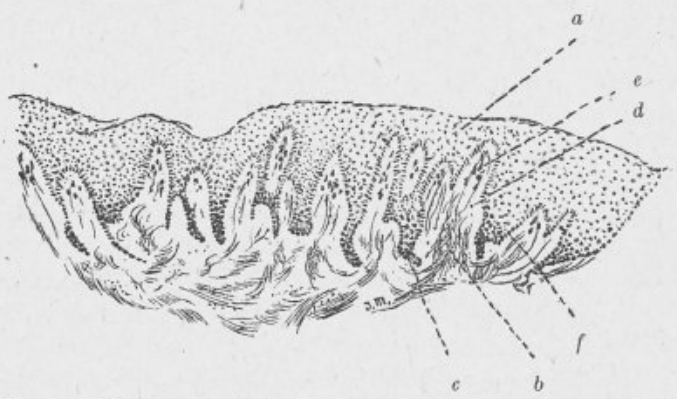


Fig. 1. — *a*, épiderme. — *b*, derme. — *c*, prolongement épidermique interpapillaire. — *d*, papille. — *e*, mélanoblastes groupés au sommet d'une papille. — *f*, couche basale hyperpigmentée.

trouve *à peu près exclusivement dans les couches profondes de l'épiderme* ; comparativement, le derme paraît en être presque entièrement dépourvu.

Nous retrouvons ici cette même disposition topographique que Darier a notée dans l'étude histologique de la bordure hyperchromique des placards de vitiligo : l'abondance du pigment dans la couche germinative, abondance d'autant plus grande que l'on s'éloigne davantage du sommet des papilles. Aussi, à ce grossissement, la zone épithéliale basale se détache sous l'aspect d'un ruban fortement vallonné (il s'agit ici d'une muqueuse dermo-papillaire), épaissi et noir au bout des espaces interpapillaires, mince et très estompé au niveau du sommet des papilles.

Au fort grossissement (figure 2) : l'*épiderme* de la muqueuse ne présente aucune particularité anormale autre que sa pigmentation.

Le pigment est amassé dans les couches malpighiennes les plus profondes et surtout dans la couche germinative (*e*). A ce niveau les cellules sont bourrées de pigment brun noirâtre. Tantôt celui-ci se trouve rejeté à la périphérie de l'élément cellulaire sous forme d'un croissant ou d'un anneau encerclant plus ou moins complètement le noyau intégralement respecté, tantôt il est tellement abondant que la cellule prend l'aspect d'un véritable bloc noirâtre dans lequel on devine à peine l'amas nucléaire qui paraît lui-même envahi.

Cette pigmentation poussée à l'extrême s'observe uniquement au bout des longs tractus épithéliaux interpapillaires et surtout dans la couche basale (*e*). Au fur et à mesure que l'on se rapproche des zones épithéliales coiffant le sommet des papilles, l'abondance du pigment

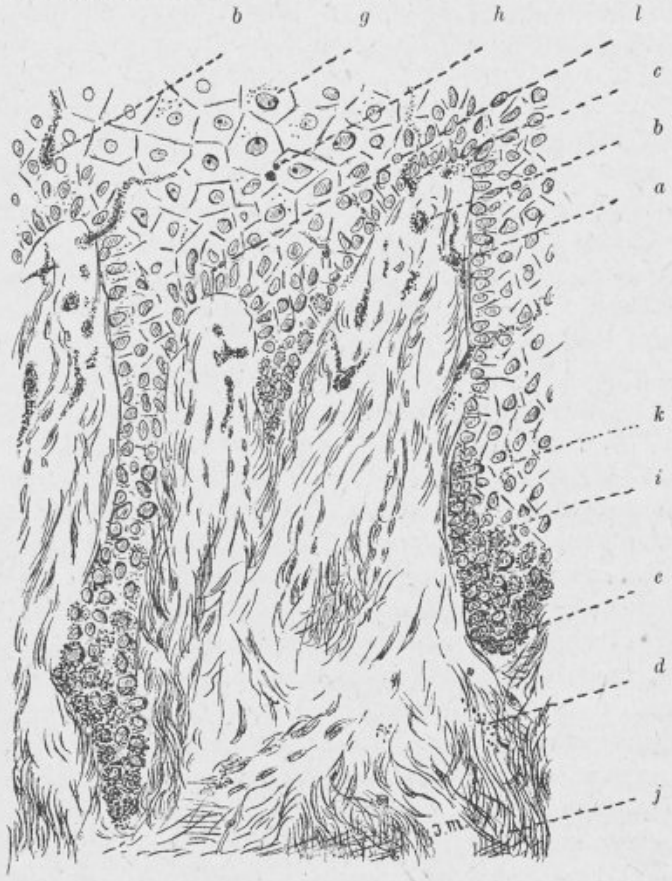


Fig. 2. — *a*, mélanoblaste. — *b*, leucocyte, à noyau multilobé, chargé de pigment. — *c*, mélanoblaste en partie insinué entre les cellules de la couche basale. — *d*, granulations pigmentaires disséminées dans le derme. — *e*, cellules de la couche basale chargées de pigment. — *f*, mélanoblaste en migration entre les assises malpighiennes. — *g*, cellules malpighiennes contenant quelques fines granulations de mélanine. — *h*, gros grains de pigment. — *i*, prolongement épithélial interpapillaire. — *j*, derme. — *k*, traînée pigmentaire intercellulaire. — *l*, région de la couche basale coiffant le sommet d'une papille et dont le pigment a été résorbé par les mélanoblastes sous-jacents.

décroît à tel point que *dans ces dernières régions les éléments de la couche génératrice n'en sont que peu ou pas pourvus.* Au reste, le pigment ne se rencontre pas exclusivement dans la couche mère. Les cellules malpighiennes des prolongements interpapillaires en contiennent notablement ; et cela d'autant plus qu'elles sont plus rapprochées de la couche basale. On en retrouve encore, mais de moins en moins

abondant, et sous formes de grains irréguliers et très fins, dans de nombreuses cellules épithéliales plus superficielles et même dans les strates cellulaires en voie de desquamation.

En outre il faut noter que *les grains de pigment rencontrés dans l'épiderme ne sont pas exclusivement intracellulaires.* On trouve entre les cellules, et distinctes d'elles, des traînées plus ou moins cohérentes, présentant parfois l'aspect de longs rubans mycéliens irréguliers, contournés, ou de chaînes de microcoques (*k*). Toutefois ces traînées pigmentaires, qui paraissent au premier coup d'œil indépendantes, m'ont donné l'impression d'être souvent les fins prolongements protoplasmiques de mélanoblastes en migration, dont la plus grosse partie ne se trouve pas dans la coupe.

Le *derme* ne présente aucune modification importante ; *on y trouve seulement quelques mélanifères* et quelques grains pigmentaires isolés et disséminés.

Ces mélanifères sont des cellules essentiellement polymorphes. Suivant le point où est passé le rasoir, tantôt elles paraissent allongées, ramifiées, étoilées (*a*) (cellules rameuses de Erhmann), tantôt plus condensées, régulières, rondes. J'ai rencontré plusieurs éléments du type leucocytaire (*b*) à noyau multilobé, également chargés de pigment.

Il n'est pas sans intérêt de noter que ces *mélanoblastes se trouvent groupés à peu près uniquement à l'extrémité des papilles, juste en face de la zone épithéliale la moins pigmentée.* Les parties papillaires et sous-papillaires du derme qui correspondent aux prolongements interpapillaires en sont presque complètement dépourvues. A peine si de loin en loin on distingue dans ces régions du derme et plus profondément quelques rares éléments mélanifères mal définis, déformés, et quelques amas de grains brunâtres disséminés (*d*).

On voit des mélanoblastes envoyer des prolongements entre les cellules de la couche basale. Certains y sont même en grande partie insinués (*c*) et quelques rares sont perdus dans les couches malpighiennes (*f*). Je n'en ai point trouvé dans les capillaires sanguins ni lymphatiques.

Pas la moindre réaction cellulaire dans le derme. Cela seul prouve que la pigmentation de la muqueuse n'est pas due à un pigment pathologique, mais à un pigment en quelque sorte normal, puisque sa présence n'entraîne aucun phénomène irritatif ayant un but de défense.

Les amas de pigments, qu'ils soient intra-cellulaires ou disséminés entre les cellules, peuvent le plus souvent, à un grossissement suffisant, être décomposés en granulations fines, rondes, régulières, de la grosseur constante de 1 μ. Parfois cependant, soit entre les couches épithéliales, soit dans les parties non papillaires du derme, on trouve quelques blocs plus épais, foncés, véritables boules de 2 à 5 μ (*h*). Par

contre, dans les cellules épithéliales superficielles, le pigment est réduit à une poussière très fine, peu abondante (*g*).

Les diverses réactions chimiques (degré de solubilité dans différents liquides, réactions colorantes du ferrocyanure de potassium et acide chlorhydrique et du sulphydrate d'ammoniaque), démontrent qu'il ne s'agit ici ni de pigment ocre, ni de pigment palustre, mais de mélanine proprement dite.

Telles sont les particularités histologiques que j'ai constatées et tenté de rendre rigoureusement exactes dans les deux figures dessinées à la chambre claire.

Je tiens à insister de nouveau sur ce fait que c'est au *sommet de la papille*, par conséquent dans la partie la plus ténue, la plus délicate, et la plus riche en capillaires sanguins et lymphatiques, c'est-à-dire au point où les échanges entre le derme et l'épiderme sont apparemment le plus actif, que se trouvent groupés les mélanoblastes; et que par contre *c'est à ce même niveau que la couche mère de l'épiderme est le moins pigmentée*. D'ailleurs, ces constatations concordent, d'abord avec celles d'Audry qui a remarqué l'abondance du pigment en général autour des capillaires, et aussi avec celles de Metchnikoff qui a noté l'absence de ses « pigmentophages » dans les tissus pigmentés et leur abondance dans ceux en voie de dépigmentation.

Je n'ai certes pas la prétention de résoudre le problème ardu que soulève la question de l'origine, l'évolution et le devenir du pigment mélanique en général.

Cependant il me paraît que ces dernières constatations sont, tout au moins dans le cas particulier, un argument de valeur en faveur de l'origine autochtone du pigment dans la couche basale et de son élimination presque totale par les « pigmentophages » de Metchnikoff.

En effet, *si le pigment, comme le veut la théorie hématique soutenue par Dufour et Alardo dans leur communication, était apporté du derme à l'épiderme par l'intermédiaire d'éléments mélanifères, les cellules épidermiques les plus pigmentées seraient certainement voisines des sommets des papilles, foyers dermiques des mélanoblastes*. Or, nous avons vu que c'est exactement le contraire qui existe.

Il me paraît donc évident que le pigment est une « sécrétion » même de la cellule germinative, et en second lieu que le « courant » de pigment suit une direction centripète et non centrifuge.

Quoiqu'il en soit de ces brèves réflexions, ce qu'il importe avant tout de retenir, c'est que l'étude histologique de ces taches pigmentaires des muqueuses chez nos indigènes de l'Algérie, confirme ce que nous enseignait déjà la clinique : c'est qu'il s'agit là d'une pigmentation vraiment « physiologique » à rapprocher des dyschromies hyperpigmentaires évolutives (éphélides, etc.....) et non de taches obéissant à un processus pathologique quelconque.

RECUEIL DE FAITS

SUR UN CAS D'ANHIDROSE

Par **R. Lutembacher.**

Les troubles de la sécrétion sudorale se manifestent beaucoup plus souvent par une exagération de la fonction des glandes sudoripares que par un défaut même de leur activité : les malades se plaignent de sueurs, d'hyperhidrose ; l'anhidrose est au contraire exceptionnelle, si l'on entend par là une suppression complète de la sécrétion sudorale, susceptible de constituer une incommodité sérieuse et de provoquer même des accidents graves.

Nous avons eu l'occasion d'étudier un fait de cet ordre, intéressant par les troubles de la régulation thermique engendrés par l'absence à peu près complète de sécrétion sudorale.

Il s'agit d'une femme d'une bonne santé générale qui par une journée d'été même tempérée ne peut traverser une place ensoleillée, la tête couverte et sous une ombrelle sans présenter des troubles sérieux que si l'épreuve se prolonge 15 à 20 minutes donnent lieu à des accidents généraux rappelant ceux de l'insolation, en même temps que se produit une vaso-dilatation cutanée intense.

La peau prend une teinte rouge écarlate, et donne à la main une sensation de chaleur sèche, âcre et mordicante comme dans une forte éruption de scarlatine, pas une goutte de sueur ne perle sur la peau, à peine une légère humidité au niveau des plis. A la face la rougeur atteint une intensité extrême, c'est une teinte violacée, cramoisie. Ces modifications de couleurs sont d'autant plus remarquables que la peau à l'état normal est extrêmement blanche, et le visage pâle. Ces manifestations s'accompagnent d'un malaise intense, la peau est brûlante, les tempes battent douloureusement, le visage exprime une certaine anxiété. La patiente a la sensation que : « sa tête bout », des idées nombreuses se précipitent dans son cerveau, elle ne commande plus son organisme, elle évite de parler, ferme à demi les yeux, avance à petits pas tout en cherchant avidement un coin d'ombre et de fraîcheur, si l'épreuve se poursuit une obnubilation véritable avec sensation de défaillance la contraint à s'asseoir pour prévenir une chute menaçante.

Transportée dans un lieu frais à l'ombre les accidents s'amendent lentement à la faveur du calme et de l'obscurité. Cependant la rougeur et la chaleur mordicante de la peau ne s'atténuent que peu à peu pour disparaître seulement une à deux heures après. Les malaises, la céphalée, suivis d'une grande torpeur persistent toute la journée. A un moment quelconque

il n'est pas rare de voir survenir des vomissements alimentaires. Tout rentre dans l'ordre après une nuit de repos.

Nous avons pu à plusieurs reprises vérifier les modifications de température au cours de ces incidents. La température centrale s'élève un quart d'heure après le début à 38°, 38°5, quelquefois 39° revenant ensuite progressivement à la normale une à deux heures après. La température cutanée s'élève rapidement à un niveau plus élevé le plus souvent à 38°5, 39° pour revenir à la normale dans le même laps de temps.

Le pouls s'accélère de 70 à 100, 120. Le cœur reste régulier. La pression artérielle d'ailleurs normale ne subit pas de variations constantes. Les mouvements respiratoires s'accélèrent, doublant souvent de fréquence.

Ces accidents s'observent depuis le jeune âge et se sont reproduits chez cette femme avec plus ou moins d'intensité toutes les fois qu'elle a voulu sortir au soleil en été. Elle a remarqué cependant qu'en marchant très doucement elle pouvait diminuer un peu leur intensité ; mais elle a pris l'habitude d'éviter soigneusement cette épreuve.

Il est par ailleurs remarquable qu'au repos et dans l'appartement la chaleur est fort bien tolérée. Cette femme très sensible au froid très frileuse aime l'appartement bien chauffé et recourt dans son lit à l'emploi de boules chaudes. A la chaleur du lit la peau donne à la main la même sensation de chaleur sèche mordicante, mais elle ne rougit pas, et on ne note aucun malaise.

A l'occasion d'une malaise infectieuse de nature mal déterminée à localisation intestinale une température de 39° à 40° a été bien supportée pendant plusieurs jours mais ne s'est accompagnée d'aucune transpiration. A l'occasion d'un rhume accompagné de frissons on a cherché à provoquer une transpiration jugée nécessaire à l'aide de couvertures, boissons chaudes abondantes, tout au plus a-t-on observé une légère humidité au niveau des aisselles.

Indépendamment de ces accidents provoqués par la lumière et la chaleur solaire, cette femme jouit d'une bonne santé générale. Elle est d'une grande sobriété, habituée à boire de l'eau, elle ne peut supporter la moindre quantité de vin. Le café lui donne immédiatement des battements de cœur, bien qu'à l'auscultation on ne note qu'un dédoublement inconstant du 2e bruit. D'un grand calme, sans nervosité aucune elle est née de parents arthritiques, et est elle-même d'une extrême sensibilité aux variations atmosphériques qui provoquent chez elle des douleurs musculaires et viscérales assez vives.

L'infection intestinale dont nous avons parlé a laissé une certaine fragilité du tube digestif ; le transit intestinal est rapide, les matières sont le plus souvent colorées en jaune clair par la bile qui ne subit pas de transformation en stercobiline. Certains aliments ont de tout temps été mal tolérés les œufs, le lait ; le poisson provoque facilement du prurit.

A noter l'apparition facile de vertiges qui se manifestent à la hauteur d'un deuxième étage et sur un sentier moindrement surélevé et cela sans qu'intervienne la moindre peur.

Au point de vue de l'appareil cutané et pilo-sébacé quelques remarques sont à faire. Malgré l'absence de sécrétion sudorale il n'existe aucune trace d'ichtyose, pas même le moindre état xérodermique, la peau parfaitement

blanche, est résistante et ne présente jamais la moindre trace éruptive. Le système pileux est très réduit, la chevelure bien développée est d'une brune, tandis que le corps est d'une blonde et procède de la mère qui était d'un type blond roux. La sécrétion sébacée est réduite, les cheveux sont plutôt secs.

Nous n'avons pu pratiquer de biopsie, et recourir aux injections de pilocarpine. Sans préciser autrement la pathogénie de cette anhidrose, il apparaît nettement que, dans ce cas particulier, l'organisme privé de l'agent le plus efficace de régulation thermique compense par une vasodilatation cutanée intense l'absence de sécrétion sudorale. Cependant, cette compensation reste insuffisante et les accidents d'insolation apparaissent dans des circonstances qui chez tout autre sujet provoqueraient seulement une transpiration modérée.

Nous avons relevé depuis, chez d'autres personnes supportant mal la chaleur, des troubles de la sécrétion sudorale, mais jamais nous n'avons vu se réaliser aussi complètement ce syndrome.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Bactériologie de la syphilis.

Note précédant la contribution à l'étude du leucocytozoon de la syphilis (Nota previa à la contribución del estudio de la Leucocytozoon sifilis), par Peyri Rocamora. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1913, p. 140.

Reprenant les recherches de Mac Donagh, R. a trouvé presque toutes les formes d'un leucocytozoaire, comme facteur de la syphilis, dont les évolutions asexuelle et sexuelle s'accomplissent toutes deux dans l'organisme du syphilitique, avec production d'une gamète mâle dont la terminaison est le filament tréponémique ou spirochète. Cette découverte constitue un moyen de diagnostic plus simple et plus constant que la recherche du spirochète. Elle permet d'interpréter les réactions sérologiques de la syphilis mieux et plus rationnellement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. La démonstration de cet agent dans la syphilis expérimentale achève de démontrer qu'il est bien l'organisme pathogène de la syphilis. R. a trouvé des variétés aux formes déjà décrites. J. Méneau.

Réaction de Wassermann.

Réactions de Wassermann spontanément tardives, c'est-à-dire chez des malades non traités. Difficultés du diagnostic des syphilis retardées, par H. Gougerot. *Paris Médical,* 12 février 1916, p. 182.

A côté des cas de réaction de Wassermann à apparition retardée par le traitement, il existe des cas, plus rares, de séroréaction positive, apparaissant tardivement chez des malades non traités. G. en rapporte trois observations. Dans les 2 premières, la réaction de Wassermann ne se montra qu'au bout de 100 jours, au moment où apparurent des plaques muqueuses buccales.

Dans la troisième observation il s'agit d'un homme atteint de chancre balanoprépulial avec phimosis. Trois réactions de Wassermann sont pratiquées : la dernière seule, deux mois après le début du chancre, donne un résultat positif.

G. insiste sur la bénignité de la syphilis dans ces trois observations, le retard de l'apparition étant un signe de plus de cette bénignité. La connaissance de ces faits montre qu'il ne faut pas éliminer le diagnostic de syphilis quand la réaction de Wassermann même répétée donne un résultat négatif, si l'aspect clinique du chancre a fait naître des doutes sur sa nature ; la réponse ne peut être donnée qu'après l'emploi de tous les moyens d'investigation et surtout l'observation prolongée et répétée, clinique et sérologique. R.-J. Weissenbach.

Une « sensibilisatrice » syphilitique thermolabile. Modification

de la technique de la réaction Bordet-Gengou-Wassermann, par V. Busila. *La Presse Médicale,* 23 septembre 1915, p. 364.

De recherches comparées sur la réaction de fixation faite avec le sérum chauffé et le sérum non chauffé de syphilitiques d'une part et le liquide céphalorachidien non chauffé des mêmes malades, B. tire les conclusions suivantes :

1° Dans le sang et le liquide céphalorachidien des syphilitiques peuvent coexister deux « sensibilisatrices », l'une thermolabile et l'autre thermostabile. Elles peuvent aussi exister séparément. La sensibilisatrice thermolabile peut atteindre en quantité à peu près les mêmes proportions que la sensibilisatrice thermostabile. La sensibilisatrice thermolabile apparaît la première et disparaît la dernière au cours du traitement spécifique.

2° Quand les deux sensibilisatrices coexistent, la réaction de Wassermann pratiquée avec le sérum chauffé donne un résultat plus faiblement positif qu'avec le sérum non chauffé. Quand la sensibilisatrice thermostabile existe seule, le résultat est le même que le sérum soit chauffé ou non. Quand la sensibilisatrice thermolabile existe seule la réaction donne un résultat négatif. La réaction de Wassermann recherchée avec le sérum chauffé seul, quand elle donne un résultat négatif, ne signifie pas que le sérum ne contient pas de sensibilisatrice syphilitique.

3° Les cas de syphilis à réaction positive exclusive du liquide céphalorachidien sont beaucoup plus rares qu'on ne croit ; la grande majorité des cas considérés comme tels en ont seulement l'apparence, due non à l'absence, mais à la thermolabilité de la sensibilisatrice du sang.

4° La réaction de Wassermann pratiquée avec le sérum chauffé ne permet pas de diagnostiquer les cas, où seule dans le sang existe la sensibilisatrice thermolabile, cas assez fréquents dans les syphilis latentes, dans certaines syphilis nerveuses.

Il est donc nécessaire dans ces cas de pratiquer la réaction de fixation avec le sérum non chauffé. B. préconise une technique dans laquelle le dispositif expérimental permet de titrer, au cours de la réaction, le pouvoir alexique du sérum humain étudié. Ce procédé est applicable à tous les sérums et en particulier à ceux auxquels ne pouvait être appliqué le procédé Bauer Hecht, par défaut dans ces sérums d'un pouvoir hémolytique naturel suffisant. R.-J. Weissenbach.

Évolution de la syphilis.

Sur la latence exceptionnellement prolongée de la syphilis et le pronostic de la maladie (Ueber ungewohnlich lange Latenz der Syphilis und über die Prognose der Erkrankung), par R. Stern. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, nos 7, 8 et 9, p. 327, 392 et 438.

S. rapporte d'abord les observations de 3 malades qui ont présenté des accidents superficiels (papules) ou ulcéreux 19, 23 et 25 ans après le chancre. Il rappelle qu'il existe un grand nombre d'autres cas comparables, etc. Il critique justement les statistiques qui portent la question chez des syphilitiques traités par le salvarsan depuis un petit nombre de mois ou d'années. Il se pose la question : que savons-nous sur la fréquence des récidives dans la syphilis ? Dans une statistique de Kaspary, 10 pour 100 des

malades ayant subi une seule cure de frictions mercurielles n'eurent pas de récidives. Mais il y a bien peu de documents satisfaisants sur la question. On peut admettre que près de 4 pour 100 des malades ne présentent pas de manifestations cutanées récidivantes. En gros, S. admet que la moitié des syphilitiques restent indemnes de tout accident. Parmi les 50 pour 100 qui présentent des manifestations ultérieures, la plupart offrent des accidents tertiaires.

Beaucoup de tabes et de paralysies générales se réalisent sans récidives préalables de manifestations secondaires. Sans doute le traitement mercuriel diminue considérablement ces accidents. Il n'en est pas moins vrai que la plupart du temps, avec ou sans traitement, les récidives de la syphilis sont viscérales, internes. L'absence de manifestations cutanées de récidive ne signifie rien en ce qui touche la guérison véritable. Ch. Audry.

Anaphylaxie dans la syphilis.

Le rôle de l'anaphylaxie dans la syphilis, par Bouveyron. *Gazette des Hôpitaux,* 27 janvier 1914, p. 165.

Pour B., la notion d'anaphylaxie explique logiquement toute l'évolution de la syphilis.

Tout se passe comme si le poison syphilitique sensibilise localement et généralement l'organisme. C'est cette sensibilisation progressive qui explique l'explosion presque soudaine des accidents primaires et secondaires. C'est cette sensibilisation qui explique les syphilis tertiaires ou les syphilis malignes ; les spirochètes, quoique peu abondants, déterminent des lésions nécrotiques.

La réaction à la luétine montre d'ailleurs la sensibilisation de plus en plus marquée du derme aux périodes avancées de la maladie. Noguchi a d'ailleurs démontré que les animaux ont besoin d'être sensibilisés pour que le spirochète puisse infecter le cerveau.

B. insiste sur ce fait qu'il faut craindre, à la période secondaire, les traitements trop actifs qui peuvent déterminer une tréponémolyse brutale et la sensibilisation du système nerveux. R.-J. Weissenbach.

Chancre syphilitique.

Note sur certains modes de contagion du chancre syphilitique et sur la prophylaxie individuelle de la syphilis, par Balzer et Barthélémy. *Annales des maladies vénériennes,* mars 1915, p. 129.

3 mécanismes de pénétration des spirochètes dans les tissus : *a*) directe, les téguments étant lésés; *b*) étant déposés au niveau d'un tégument intact présentant des conditions favorables d'humidité et de température, ils peuvent y séjourner, y proliférer et pénétrer à travers le revêtement épidermique jusque dans le derme : par exemple dans le sillon balano-préputial, le nombril, le pli inguino-scrotal. On s'explique que dans ce cas l'intervalle entre la contagion et l'apparition du chancre puisse se trouver prolongé; *c*) dans les cavités, ils peuvent être véhiculés loin du point contaminé, par les sécrétions des muqueuses ou par suite de leurs mouvements propres, et se fixer alors dans une région abritée où se fait l'inoculation suivant le mécanisme précédent; exemples : chancre de

l'amygdale, certains chancres du col utérin, un cas (relaté antérieurement) de chancre de la conjonctivite oculaire.

Au point de vue prophylactique, on comprend l'intérêt des mesures de propreté et d'hygiène rigoureusement appliquées, puisque l'inoculation ne suit pas toujours immédiatement le contact infectant. M. Govaerts.

Syphilôme initial des annexes oculaires par accident du travail, par A. Antonelli. *Annales des maladies vénériennes,* mars 1915, p. 134.

Au cours du travail au tour, traumatisme oculaire par fragment de métal chez un ouvrier mécanicien qui s'est ensuite contaminé en se servant pour laver l'œil d'un verre appartenant à un camarade d'atelier. Examiné par A. cinq semaines après, l'œil présentait une tarsite diffuse, un chémosis total et épais, une lymphangite de la commissure palpébrale aboutissant à une adénopathie satellite préauriculaire et sous-maxillaire. Le diagnostic est confirmé par les réactions de Wassermann et de Landau positives et bientôt par la roséole.

Ce cas est le premier rapporté de syphilôme oculaire suite d'accident du travail. M. Govaerts.

Syphilides.

La syphilide dite pigmentaire et la mélanodermie syphilitique (au sujet d'un cas clinique). La llamada sifilida pigmentaria y la melanodermia sifilitica (con motivo de un caso clinico), par J. S. Covisa. *Revista clinica de Madrid,* 30 janvier 1915, p. 49.

Fille de 18 ans, atteinte de syphilis depuis 5 ou 6 mois. Chancre passé inaperçu. Syphilide ulcéreuse discrète des deux jambes, forte céphalalgie nocturne, arthralgies intenses des genoux. Etat général grave, asthénie très accusée, et surtout hyperpigmentation diffuse, généralisée de la peau simulant la maladie d'Addison. Toute la peau est atteinte, avec prédominance à la partie antérieure du tronc, aux bras, au cou et à la face. Cœur normal, mais 120 pulsations à la minute. Rien dans les urines. Le traitement par le novarsénobenzol amène à la 3e injection une amélioration considérable. La symptomatologie de cette mélanodermie diffuse, généralisée, d'origine sûrement syphilitique, comme le démontre l'effet du traitement spécifique, permet de l'attribuer à une altération du sympathique abdominal ou à une surrénalite syphilitique. J. Méneau.

Syphilide pigmentaire (Sifilide pigmentaria), par Sanz de Grado. *Actas dermo sifiliográficas,* février-mars 1915, p. 195.

F. 24 ans présentant une syphilide pigmentaire ayant débuté par le côté gauche du cou et ayant envahi progressivement tout le cou, l'épaule, le coude droit et la partie antéro-externe de l'aisselle gauche. J. Méneau.

La syphilide dite pigmentaire et la mélanodermie syphilitique (La llamada sifilide pigmentaria y la melanodermia sifilitica), par Covisa. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1914, p. 143.

Une fille de 18 ans est atteinte depuis 5 à 6 mois d'une syphilis précoce et maligne avec mauvais état général, asthénie marquée et tachycardie ; ce qui frappe surtout en l'examinant, c'est une mélanodermie généralisée,

diffuse, plus accusée au tronc, aux bras, au cou et à la face, parfaitement symétrique. Les muqueuses sont respectées. Un traitement intensif par l'huile grise et le néosalvarsan amène une amélioration rapide de l'état général et une diminution notable de la mélanodermie. C. repousse la dénomination de syphilide pigmentaire parce qu'il ignore si la pigmentation qui l'a caractérisée est une lésion exclusivement cutanée déterminée par des lésions vasculaires ou cellulaires spécifiques capables de disparaître par le traitement, ou si, comme c'est plus probable, la pigmentation n'est qu'une représentation cutanée de lésions viscérales plus importantes. Il s'agissait donc d'une altération du sympathique abdominal ou surrénalite syphilitique. La maladie d'Addison n'aurait pu s'établir complètement en raison de la précocité du traitement. La symétrie de l'hyperpigmentation permet de croire à la possibilité d'une origine nerveuse centrale, déjà indiquée pour les pigmentations primitives de la syphilis. J. MÉNEAU.

Un cas de syphilide secondaire papulo-acnéiforme folliculaire avec caractère spinuleux marqué sur le cou et le tronc (Un caso de sífilide secundaria papulo-acneiforme folicular, con marcado carácter espinuloso en el cuello y tronco), par SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas,* décembre 1914-janvier 1915, p. 115.

H. 24 ans, syphilis en juillet 1914. Examiné en octobre, il présente, entre autres lésions, une syphilide généralisée à type papulo-miliaire, nain, folliculaire, acnéiforme, en groupes extraordinairement abondants sur le cou, les épaules et le tronc. Sur ces régions, chaque lésion papuleuse est constituée à sa base par la même papule avec sa couleur, sa topographie et sa consistance caractéristiques et, de son centre, se détache un prolongement corné, très fin, mais résistant, pointu, de 1 à 4 millimètres de longueur, donnant à la main la sensation d'une râpe et en certains points de petites épines piquantes. Chaque prolongement épineux a sa base sur une syphilide. Nulle part on ne voit d'éléments épineux indépendants de l'exanthème spécifique. La kératose épineuse n'est pas une lésion *sui generis* des dermopathies typiques et individualisées; ce caractère épineux est syndromique, générique, susceptible de s'additionner ou se combiner à des maladies très différentes sans en dépendre: mais ces lésions semblent limitées au cou, aux épaules et au tronc; on les trouve exceptionnellement à la face et elles se rencontrent chez des hommes de la classe pauvre à peau sèche et finement pityriasique. J. MÉNEAU.

Cas d'atrophie maculeuse consécutive à une éruption syphilitique secondaire (Case of macular atrophy following a secondary syphilitic eruption), par ADAMSON. *Proceedings of the Royal Society of medicine. Dermatological Section,* avril 1915, p. 124.

H. 38 ans, syphilitique depuis 6 ans, chez lequel l'éruption secondaire fut suivie de macules atrophiques. Les premières apparurent 10 ou 12 mois après la disparition de l'éruption, sans transformation directe des papules en plaques d'atrophie. Actuellement il existe une vingtaine de macules atrophiques sur le tronc, le haut du dos, la poitrine et l'abdomen. Deux ou trois autres rayonnent de l'aisselle sur le repli antérieur et un au-dessous de l'œil sur la joue droite. Elles sont rondes ou ovales, leur grand axe

dirigé dans le sens des lignes de clivage ; leur diamètre moyen est de 1/2 pouce. Leur couleur est lilas pâle ; elles donnent au doigt l'impression d'un trou dans la peau recouvert d'une mince membrane : tandis qu'en plissant la peau on peut les faire bomber par distension des tissus sous-jacents. L'intérêt du cas réside dans l'association avec la syphilis. L'atrophie maculeuse autrefois considérée comme idiopathique semble pouvoir résulter de l'action de différentes toxines, surtout de celles de la syphilis et de la tuberculose qui produisent ces lésions en causant l'atrophie des fibres élastiques du chorion. J. Méneau.

Syphilide tertiaire anorectale et vulvaire (Beitrag zur Kenntnis der tertiären anorektalen und vulvären Syphilids), par K. Vignolo-Lutati. *Dermatologische Zeitschrift*, 1914, t. 21, p. 50.

Femme de 30 ans, avec un syphilome anorectal hypertrophique et des infiltrations vulvaires. Réaction de Wassermann négative. Amélioration considérable par les injections de calomel.

(J'ai aussi vu un syphilome tertiaire anorectal avec une réaction de Wassermann négative, mais la réaction de Wassermann fut réactivée par le traitement. N. du T.). Ch. Audry.

Syphilis précoce et maligne (Sífilis precoz y maligna), par J. de Azua. *Actas dermo-sifiliográficas*, avril-mai 1913, p. 149.

Un jeune homme de 19 ans, tombé de faiblesse à la porte de l'hôpital, syphilitique depuis 4 mois, est atteint depuis deux mois d'énormes ulcères du palais et du pharynx, douloureux, empêchant la déglutition, et produisant une forte dyspnée avec tirage épigastrique et des fosses sus-sternales et sus-claviculaires, indice d'une forte sténose laryngée. Injection immédiate de 0,04 de néosalvarsan, dans 50 centimètres cubes de sérum à 4 pour 1 000 : forte réaction d'Herxheimer, vomissement, selles liquides. Dans la nuit du 3e jour, pneumonie de la partie inférieure du poumon gauche. Une injection de sérum caféiné n'empêche pas la mort qui survient le 5e jour, après un effort pour aller à la chaise. J. Méneau.

Syphilis maligne rupioïde (Syphilis maligna rupioide), par Rabello. *Boletin da Sociedade brasileira de Dermatologia*. Séance du 16 décembre 1914.

Un homme de 22 ans présente après la cicatrisation d'un chancre syphilitique de la verge des ulcères aux bras et au dos qui se fermèrent après deux injections de néosalvarsan. Trois semaines après, nouvelle éruption d'une vingtaine de lésions ulcéreuses, quelques-unes de 10 centimètres de diamètre, éparses sur le tronc et les membres supérieurs, avec mauvais état général, céphalée et douleurs rhumatoïdes intenses. Six injections de novarsénobenzol suivies d'huile grise et d'iodure de potassium amenèrent la cicatrisation des ulcères et le relèvement de l'état général. A remarquer l'apparition précoce de manifestations ordinairement tardives qui ont conservé le caractère de la multiplicité et le développement d'une nouvelle poussée après un traitement insuffisant par le novarsénobenzol qui imposa un nouveau traitement par néo, mercure et iodure, ce qui rapproche ces lésions des accidents tertiaires. J. Méneau.

Syphilide ulcéreuse généralisée (Syphilide ulcerosa generalisada), par Wernack Marchado. *Boletin da Sociedade Brasileira de Dermatologia.* Séance du 27 décembre 1913, p. 89.

La malade présentait des ulcères sur plusieurs parties du corps. Son état général était mauvais et aggravé par des hématémèses. Avant de la soumettre au traitement spécifique, M. lui fit des injections de sérum physiologique à doses croissantes, pour relever ses forces. L'état général s'améliora et les ulcères se cicatrisèrent. C'est le 2e cas de guérison d'ulcères syphilitiques que M. obtient par cette méthode. J. Méneau.

Syphilis tertiaire phagédénique. — Cas clinique. — Traitement par le salvarsan (Sifilis terciaria fagedénica. — Caso clinico. — Tratamiento con salvarsan), par Sainz de Aja et J. Artadi. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1915, p. 156.

Syphilis conjugale chez une femme de 26 ans. Elle présente : 1° des gommes ulcérées préauriculaires et de la peau du conduit auditif externe gauche; 2° une gomme du sein droit en voie de ramollissement; 3° une énorme lésion phagédénique et serpigineuse allant des bords de l'anus, périnée, fourchette et tiers supérieur de la face interne de la cuisse à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche d'un côté et de l'autre aux régions de l'hypogastre et au triangle de Scarpa. Le centre de cette grande lésion est constitué par le pli de l'aine, le pli vulvo-crural et la grande lèvre. La peau et le tissu cellulaire sont détruits, jusqu'à l'aponévrose superficielle, mais les muscles et les ganglions sont absolument respectés. Réaction de Wassermann négative. Le diagnostic clinique s'imposant, un traitement énergique fut institué. Trois injections de 0,30 d'arsénobenzol, iodure de potassium 3 grammes par jour, trois injections de 0,05 de calomel, neuf injections intraveineuses de benzoate de mercure. Compresses imbibées de permanganate de potasse à 1 millième pendant les 20 premiers jours, puis gaze iodoformée et pommade au baume du Pérou. En 4 mois, les gommes du conduit auditif, de la région préauriculaire et du cuir étaient complètement guéries; deux mois plus tard, la grande lésion de l'hypogastre, de l'aine, de la vulve, du périnée et de la cuisse l'était à son tour. Ce fait montre une fois de plus la grande valeur du traitement d'épreuve dans les cas douteux. Dans le cas actuel, la syphilis n'avait pas été grave, le chancre avait passé inaperçu, l'éruption avait été légère, bénigne, latente. A. et A. insistent sur l'action prodigieuse de l'arsénobenzol dans le phagédénisme, comparable sinon supérieure à celle qu'il possède sur la syphilis grave en général et maligne en particulier. J. Méneau.

Les syphilides zoniformes, par Gaucher, Bizard et Bralez. *Annales des maladies vénériennes,* octobre 1915, p. 577.

G., B. et B. ont réuni 26 observations, dont la majeure partie inédites et personnelles, de syphilides zoniformes, signalées pour la première fois par Gaucher et Barbe en 1894.

Ce sont des accidents tertiaires (dans une seule observation, un mois après le chancre) pouvant revêtir les diverses formes des syphilides papulo-squameuses, affectant comme le zona le territoire d'un nerf périphérique; elles occupent souvent le thorax, sont en général unilatérales, par-

fois avec une ébauche symétrique d'éruption, ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de douleurs névralgiques. Elles durent plusieurs mois, laissant des pigmentations, parfois récidivent.

La pathogénie n'est pas éclaircie, mais elle semble analogue à celle du zona. M. Govaerts.

Syphilis et plaies de guerre.

Syphilis et plaies de guerre, par Louis Bory. *Annales des maladies vénériennes,* avril 1916, p. 206.

Lorsque les plaies de guerre ne tendent pas à la guérison, que les bourgeons charnus sont de mauvaise qualité et que les hémorragies y sont fréquentes, une fois éliminées les causes locales et de voisinage : lésion osseuse, persistance de corps étrangers ou d'esquilles, défaut d'asepsie, et si l'on ne constate pas d'amélioration après curetage des végétations, il y a lieu de se demander si l'influence de cette cause constitutionnelle qui atteint si volontiers le système vasculaire, la syphilis, n'est pas en jeu; sans tenir compte des dénégations du malade, il faut alors instituer le traitement spécifique. M. Govaerts.

Alopécies syphilitiques.

Pseudo-pelade par lésion syphilitique (cas clinique) (Pseudopelada por lesión sifilitica (caso clinico), par Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* décembre-janvier 1913, n° 2, p. 94.

Un avocat âgé de 28 ans est atteint de syphilis en 1909 (chancre, lymphite, adénopathies, plaques bucco-pharyngées). Il est traité sérieusement jusqu'en 1912. En janvier 1913, survient une périostite des os du crâne. Deux injections de salicylate de mercure, 30 gr. d'iodure suffisent pour la guérir. Mais la peau sus-jacente à la précédente périostite devint alopécique. La succession des 2 facteurs, la superposition exacte de l'alopécie à la périostite démontraient l'étroite relation de cause à effet qui les réunissait. Il s'agissait d'une alopécie type pseudo-pelade, due à l'action délétère des toxines émanées du foyer de la périostite sur les follicules de la peau voisine ou d'une perturbation nutritive des follicules pileux et des glandes cutanées par les processus d'artérite existant sur la lésion périostée et ses alentours. Si le traitement mixte vint à bout rapidement de la périostite, l'alopécie demanda 3 mois pour être guérie, mais ne laisse aucune trace (emplâtre de Vigo sans mercure sur la plaque). J. Meneau.

Observations et commentaires sur une variété d'alopécie par syphilis (Observación y comentarios sobre una variedad de alopecia por sífilis), par Boliña. *Revista dermatológica de la Sociedad dermatológica argentina,* 1914, n° 5, p. 117.

Un homme de 20 ans présente une alopécie donnant l'impression des marques que produiraient les grains de plomb d'un coup de fusil tiré sur une cible, ces petites plaques sont distantes entre elles de 8 à 15 millimètres. Chaque plaque est ovale, à grand axe vertical ; à son niveau, la dépilation est complète ; à la portion de peau ainsi délimitée correspond une macule rose pâle, opaque, purement et simplement alopécique. Le tégument qui entoure les taches d'alopécie est normal. Rien aux cils, à la

moustache, à la barbe, ni au reste du système pileux. Sur le tronc et les membres supérieurs, roséole intense. Le cuir chevelu paraît donc atteint d'une roséole persistante avec alopécie. B. rattache son cas à la roséole piquetée de Fournier. J. Méneau.

Syphilis ignorées et méconnues.

Les syphilis ignorées. Leurs voies d'entrée, par S. Leduc et H. Pied. *Revue de médecine,* décembre 1915, p. 698.

En pratique, beaucoup de syphilis restent ignorées, parce que la voie d'entrée échappe à l'observateur, l'inoculation pouvant ne pas laisser de traces sur les téguments ou les muqueuses, ni même dans le souvenir des sujets contagionnés et de leur entourage, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants nés de parents sains et contaminés hors de la famille.

L. et P. ont relevé : 5 cas de chancres urétraux; deux des sujets avaient contaminé les leurs, un avait une glossite d'aspect épithéliomateux, deux étaient atteints de mal de Pott syphilitique. 1 cas d'inoculation profonde par une seringue infectée. 1 cas de chancre de l'amygdale chez un enfant de 3 ans (contaminé dans un milieu extra-familial). 1 cas de contamination, par le lait d'une nourrice syphilitique, d'un enfant de 13 mois, vraisemblablement chancre du tube digestif.

Remarques : à propos des 5 premiers cas, ne pas rejeter l'idée de syphilis lorsque, comme ces sujets-là, un malade affirme n'avoir eu ni éruptions, ni chancre, mais seulement un écoulement. Penser à la possibilité d'un chancre urétral profond ; du 6e, danger des aiguilles insuffisamment stérilisées ; des 7e et 8e, la santé des parents « n'est pas un prétexte suffisant pour refuser aux enfants un traitement d'épreuve, dans le cas de lésions suspectes » ; en outre, le dernier cas « remet en question la contagiosité du lait des femmes syphilitiques », qui dépend de la perméabilité des glandes au tréponème, insuffisamment étudiée jusqu'ici. M. Govaerts.

Des lésions syphilitiques méconnues opérées chirurgicalement comme cancers ou comme tuberculoses locales, par Gaucher. *Annales des maladies vénériennes,* mars 1916, p. 153.

Des lésions syphilitiques sont assez fréquemment confondues avec des tumeurs cancéreuses. G. relate l'observation d'un malade sur lequel on a pratiqué l'amputation totale du pénis et le curage des deux aines pour une ulcération diagnostiquée cancer et qui n'était en réalité qu'un chancre. Un autre malade a été l'objet d'une erreur identique, mais a évité l'opération et a guéri par le traitement spécifique.

Deux « cancers du col de l'utérus » n'étaient en réalité que des chancres. Une gomme de la langue avait été diagnostiquée cancer.

Des infiltrations diffuses d'origine syphilitique seraient fréquemment confondues avec des tumeurs. Pour G., du reste, la « mammite chronique est propre aux femmes syphilitiques, de même l'hypertrophie de la prostate est propre aux hommes syphilitiques ».

Des lésions syphilitiques sont aussi fréquemment prises pour des manifestations tuberculeuses. On ne doit pas oublier que la « syphilis héréditaire peut être suppurative comme la tuberculose osseuse ». Il existe même « des tumeurs blanches de l'adulte qui sont la conséquence de syphilis

acquises » et G. en relate deux cas. Il recommande en conséquence, dans les lésions ostéo-articulaires ou les tumeurs d'apparence cancéreuse, de rechercher avec soin la syphilis par la réaction de Wassermann et plus encore par le traitement d'épreuve par le mercure. M. Govaerts.

Syphilis latente des Arabes. Réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien, par J.-A. Sicard et J. Lévy-Valensi. *Bulletins de la Société Médicale des hôpitaux de Paris,* 7 juillet 1916, p. 1087.

Chez 30 Arabes, Algériens et Marocains de 20 à 35 ans en traitement pour blessures de guerre, la réaction de Wassermann du sang a donné 22 résultats négatifs, 2 positifs faibles, 6 positifs ; celle du liquide céphalo-rachidien à donné 21 résultats négatifs, 2 positifs faibles, 3 positifs, 2 douteux.

L'albuminose a été trouvée normale (de 20 à 22 centigrammes par litre) dans 15 cas, légèrement augmentée (de 22 à 35 centigrammes) dans 2 cas, augmentée (de 30 à 50 centigrammes) dans 7 cas; dosages faits avec le rachi-albuminimètre de Sicard et Cantaloube.

La numération des lymphocytes à la cellule de Nageotte a donné de 0 à 1 lymphocyte par millimètre cube dans 6 cas, de 1 à 2 dans 6 cas, de 2 à 3 dans 3 cas, de 44 dans 1 cas.

S. et L. concluent que les manifestations syphilitiques humorales sanguines et rachidiennes ont été décelées dans à peu près un tiers des cas, l'examen clinique ne permettant aucune constatation. R.-J. Weissembach.

La syphilis avant la guerre : méconnaissance de son extrême fréquence, par L. Landouzy. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 18 avril 1916, p. 434.

Cette méconnaissance est due à plusieurs raisons :

1. Trop de médecins ne songent pas à rechercher la syphilis chez beaucoup de leurs malades (dont les premières lésions ont pu passer inaperçues, n'avoir laissé aucune trace) et à attribuer ainsi leur véritable origine à des manifestations tertiaires pouvant survenir à des époques si variables de la vie d'un syphilitique, tantôt proches, tantôt très éloignées de la date de l'accident primaire. 2. La syphilis étant une maladie honteuse dont on se cache, souvent l'accident primitif n'est pas montré au médecin traitant, mais à quelque empirique qui « guérit en quelques jours » le vénérien. La même mentalité existe chez nombre d'éducateurs et de démographes : c'est ainsi que dans le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale de Paris* on ne trouve ni la syphilis ni la gonococcie parmi les rubriques des maladies transmissibles. 3. Il serait nécessaire de réformer ces statistiques auxquelles manquent l'alcoolisme, la gonococcie, la syphilis, et qui ne signalent que des troubles organiques (maladies des appareils), sans dire de quel facteur étiologique ils dépendent.

Insistant sur la nécessité de parfaire l'éducation des médecins au point de vue vénéréologique, L. attire l'attention sur la valeur sémiologique de la leucoplasie commissurale ou jugale, si fréquente, si persistante et aisée à rechercher; il relate quelques observations dans lesquelles elle lui a permis de dépister des syphilis frustes ou ignorées. M. Govaerts.

De la fréquence des syphilis méconnues. — La plupart des ulcères de jambe, nombre de tumeurs malignes, d'arthrites, d'orchites et de plaies accidentelles rebelles à la cicatrisation sont de nature syphilitique, par Chaput. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 10 juillet 1916, p. 506.

C. rapporte plusieurs observations personnelles à l'appui de cette thèse. Le traitement spécifique dans les fistules, plaies et ulcères de nature douteuse est réalisé par applications locales d'onguent mercuriel à la lanoline-vaseline à 10 pour 100 et en même temps l'administration à l'intérieur d'iodure de potassium. La plaie étant à niveau de la peau, on la couvre d'emplâtre de Vigo. Presque toujours ce traitement amène la guérison dans les ulcères de jambe, souvent dans les fistules et plaies rebelles. Si le traitement iodo-mercuriel agit trop lentement, C. se sert des arsenicaux.

C. essaie aussi le traitement spécifique « pour toutes les tumeurs inopérables et quelquefois pour celles qui sont opérables », et aussi pour les arthrites chroniques suppurées ou non et pour les ostéites; souvent encore, il en a obtenu des guérisons. Il conclut qu'on devra rechercher systématiquement la syphilis par la réaction de Wassermann, par l'ultra-microscope ou par le traitement d'épreuve, dans toutes les affections chroniques qui résistent anormalement à la thérapeutique ordinaire, même quand elles ne présentent pas les caractères spécifiques. M. Govaerts.

Remarques sur le diagnostic et le traitement des accidents syphilitiques, par Marcel Pinard. *Réunion Médicale de la Ire armée,* août 1916, *La Presse Médicale,* 23 octobre 1916, p. 477.

P. rapporte quelques observations de lésions syphilitiques de diagnostic délicat soit par suite de syphilis ignorée, soit parce qu'il s'agissait de formes anormales et rares. Il insiste sur la diversité des manifestations syphilitiques qu'il a eu à traiter, en particulier des cas de syphilis héréditaire : périostites, exostoses, méningite, épilepsie jacksonienne, gomme du cervelet. Il signale aussi le développement autour de plaie de guerre de lésions echtymateuses dépendant du tréponème. La nature de toutes ces lésions peut être déterminée par un examen clinique minutieux, aidé dans les cas de lésions érosives récentes par l'examen ultra-microscopique et dans tous les cas par la réaction de Wassermann ou de préférence la réaction de Baüer de technique plus aisée.

P. a traité ses malades par les injections intra-veineuses de novarsénobenzol ou de luargol qui ont amené dans tous les cas une guérison clinique rapide. R.-J. Weissenbach.

Syphilis des muscles.

Un cas de myosite kystique syphilitique du masséter (Un caso de miositis quistica, sifilítica, del masetero), par A. Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* octobre-novembre 1914, p. 40.

F., 43 ans, syphilitique depuis 1905. Actuellement elle présente des myalgies, des arthralgies erratiques, de la céphalalgie, une ostéite éburnée de la clavicule et au niveau du masséter gauche formant corps avec lui en son tiers moyen et à la moitié antérieure, une tumeur lisse, arrondie, bien limitée, avec rénitence kystique évidente, grosse comme une noix, non

douloureuse, légèrement mobile dans le sens antéro-postérieur, si le muscle est relâché, mais fortement fixée, s'il se contracte, formant relief vers la peau et débordant le muscle en avant sans proéminer sur la muqueuse de la joue, indépendante de toute partie osseuse. Trismus absolu. En raison des phénomènes concomitants, l'A. croit à une lésion spécifique. Réaction de Wassermann faiblement positive. Guérison rapide par traitement spécifique (mercure et arsénobenzol). J. MÉNEAU.

Syphilis des os et des articulations.

Talalgie et métatarsalgie syphilitiques (Talalgia y metatarsalgia sifilíticas), par FORNS. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1914, p. 297.

Prostituée de 21 ans, atteinte, à la suite d'une syphilis conjugale, de talalgie et métatarsalgie avec blennorrhagie génito-uréthrale intercurrente. Ces manifestations ne dépendent donc pas seulement de la blennorrhagie. Elles demandent un traitement intensif jusqu'à disparition des troubles, et continué longtemps pour éviter les rechutes, en raison de la localisation du processus. J. MÉNEAU.

Deux cas de syphilis crânienne à larges séquestres, par NICOLAS, MOUTOT et GALÉ. *La Province Médicale,* 30 mai 1914.

Deux observations de gommes des os du crâne. Le point particulier de ces deux cas réside dans le volume considérable des séquestres osseux enlevés. R.-J. WEISSENBACH.

Fractures claviculaires chez des syphilitiques, par Ch. ACHARD et E. WELTER. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 13 octobre 1916, p. 1563.

A. et W. rapportent deux cas de fractures spontanées de la clavicule survenues chez des sujets dont la syphilis, qui était restée ignorée et n'avait encore jamais été traitée, fut mise en évidence par la réaction de Wassermann. R.-J. WEISSENBACH.

Syphilis des vaisseaux et du cœur.

La « phlegmatia alba dolens » syphilitique secondaire, par DRUELLE et Paul BLUM. *Annales des maladies vénériennes,* octobre 1914, p. 721.

Les phlébites syphilitiques secondaires intéressent surtout le système veineux superficiel. Il existe cependant des phlébites profondes dont l'origine syphilitique secondaire est incontestable. D. et B. résument les observations déjà publiées et relatent un cas personnel de « phlegmatia alba dolens » double survenu chez un homme de 46 ans syphilitique, tout au début de la période secondaire et guérie rapidement par le traitement spécifique. Ils concluent que la phlegmatia alba dolens syphilitique est un accident très précoce, accompagnant la première poussée secondaire. Les symptômes sont un peu atténués comparativement à ceux qui existent dans les phlegmatia alba dolens ressortissant à d'autres causes : généralement moins d'œdème, de douleurs, d'importance fonctionnelle, pas de fièvre ni d'adénopathie. Souvent, atteinte successive des deux membres inférieurs. Parfois induration douloureuse des troncs veineux perceptibles. Parfois embolies, mais pas de cas mortels jusqu'ici. M. GOVAERTS.

Myocardite syphilitique secondaire (Miocarditis sifilitica secundaria), par Covisa. *Revista clínica de Madrid,* 15 janvier 1913, p. 92.

Femme de 22 ans atteinte de syphilis secondaire grave. Avant de la soumettre au novarsénobenzol. C. examine le cœur; 50 pulsations par minute, arythmie marquée, un faux pas pour quatre pulsations. 1° injections intraveineuses de cyanure de mercure amenant une amélioration notable de la syphilis ; le pouls est moins lent, les arythmies moins fréquentes. La malade, sortie de l'hôpital, y rentrait un mois et demi après pour une laryngite spécifique intense et une nouvelle poussée de syphilides. Le pouls est retombé à 50, les arythmies sont moins fréquentes. Stomatite. Traitement par le novarsénobenzol à petite dose. Les arythmies disparaissent complètement, le pouls diminue de lenteur (68). Deux mois après, se produit une récidive de syphilis. Pouls = 64, réapparition des arythmies, nouveau traitement par le novarsénobenzol. Disparition des arythmies. Pouls = 64. L'état général est bon. Un traitement mercuriel intermittent a maintenu la guérison. J. Méneau.

Syphilis pulmonaire.

Syphilis pulmonaire (Sífilis del pulmon), par Covisa. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1913, p. 108.

H. 37 ans. Syphilis à 19 ans, insuffisamment traitée. Depuis un an, toux, fatigue, hémoptysies, asthénie considérable sans fièvre ni trop mauvais état général ; pas de bacilles de Koch dans les crachats. Le traitement antituberculeux ne donna aucun résultat et l'état allait s'aggravant lorsque apparurent des douleurs ostéocopes vraiment providentielles qui poussèrent à faire la réaction de Wassermann, laquelle fut heureusement positive. Amélioration remarquable par le traitement spécifique.

Les éléments de diagnostic de la syphilis pulmonaire sont, en dehors du traitement qui reste la véritable pierre de touche : 1° le désaccord entre l'état général et les lésions locales ; 2° l'existence indubitable de la syphilis chez le malade et, même mieux, la coïncidence d'autres manifestations syphilitiques ; 3° la localisation anatomique du processus à la partie moyenne et à la base d'un seul poumon ; 4° l'absence de fièvre au début de la maladie.

La présence du spirochæte pallida dans les crachats confirmerait le diagnostic, mais cette recherche est délicate et difficile pour la pratique journalière. J. Méneau.

Syphilis de la bouche.

Les aphtes récidivantes de la bouche, maladie du groupe de Wassermann ; leur traitement par le néosalvarsan (Las aftas bucales recidivantes, enfermedad del grupo Wassermann ; su tratamiento por néosalvarsan), par A. Sainz de Aja. *Actas dermo-siphiliográficas,* février-mars 1913, p. 114.

Bien que cliniquement distinctes des plaques de la syphilis, les aphtes buccales sont une maladie appartenant au groupe de Wassermann, parce que le sérum sanguin réagit chez les malades qui en souffrent comme celui de ceux qui sont atteints de syphilis, paludisme, pian, etc. Peut-être les deux

affections sont-elles dues à des germes spirillaires très voisins dans l'échelle animale, déterminant des réactions humorales très semblables, peut-être égales, au point de vue générique. Les aphtes ordinaires peuvent guérir sans traitement spécial, mais les aphtes récidivantes à poussées multiples, répétées, parfois subintrantes, seront rapidement guéries par le novarsénobenzol, comme la syphilis, le pian, etc. J. Méneau.

Les taches blanches de la muqueuse jugale et commissurale dites « plaques de fumeur », fonction de syphilis, par Landouzy. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 11 mai 1915, p. 561.

Les taches dites « plaques de fumeur » s'observent chez des sujets qui ne fument pas; chez la femme, elles ne se rencontrent que si la femme est syphilitique ou épouse de syphilitique.

Sur 164 syphilitiques observés à l'hôpital par L. en 3 ans, 131 dont 4 femmes présentaient des taches buccales; sur ce nombre, 81 dont 2 femmes avaient une réaction de Wasserman nettement positive. Sur 72 hommes et 12 femmes syphilitiques vus en ville, 52 hommes et 4 femmes avaient de la leucoplasie, sur lesquels 39 hommes et 2 femmes avaient une réaction de Wassermann positive.

Le tabac est une cause provocatrice de la leucoplasie, mais n'est nullement indispensable et la syphilis à elle seule peut la déterminer.

Dans la généralité des cas, la leucoplasie jugale et commissurale est fonction de syphilis. G. Thibierge.

Syphilis de l'estomac.

Syphilis secondaire et troubles gastriques (Sekundäre Syphilis und Magenveränderungen), par H. Neugebauer. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1914, n° 24, p. 845.

A la période secondaire de la syphilis, il peut se produire des modifications de la sécrétion gastrique, par exemple des variétés persistantes d'anacidité, susceptibles d'aboutir à l'achylie. L'hyperacidité est plus exceptionnelle. Ces troubles dépendent soit d'un trouble de l'innervation du vague, soit d'une altération de la paroi gastrique, soit de la réunion de ces deux facteurs.

On fera le diagnostic d'une gastrite syphilitique par la réaction de Wassermann, par le mode des manifestations gastriques, des altérations apparentes de la muqueuse, une galactosurie alimentaire positive, d'autres signes de syphilis, l'influence du traitement spécifique.

En cas de doute, il faut administrer le traitement spécifique en même temps que les autres. Ch. Audry.

Sur un cas de pseudo-cancer de l'estomac de nature syphilitique, par G. Hayem. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 29 février 1916, p. 246.

Homme de 64 ans, présentant une tumeur épigastrique, volumineuse, dure, non mobile, paraissant faire corps avec le foie et l'estomac, à surface inégale, s'enfonçant dans la profondeur jusqu'à la colonne vertébrale, soulevée par les battements de l'aorte. Début remontant en apparence à un an.

Malgré les résultats de l'examen du suc gastrique et la présence de sang dans les matières fécales et en raison des douleurs (rares dans le cancer

primitif) exceptionnellement intenses, subcontinues, sans rapport avec les ingestions alimentaires, et de la conservation de l'état général, H. suspecte la syphilis. Les antécédents du malade révèlent une érosion de la verge survenue 40 ans auparavant, de la céphalée pendant 15 ans. Aucun autre symptôme. Le traitement par les frictions mercurielles et les lavements à l'iodure de potassium ne donna aucun résultat pendant 2 mois; continué sous forme d'injection de benzoate de mercure, ce traitement amena la disparition des douleurs en 8 jours, la résolution de la tumeur en 1 mois. M. Govaerts.

Syphilis du foie.

Ictères syphilitiques secondaires avec rétention biliaire dissociée, par G. Langevin et Brulé. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 17 novembre 1916.

Deux cas d'ictère de type catarrhal au cours d'une syphilis secondaire. L'ictère ne pouvait, chez ces malades, être attribué ni à une origine hémolytique ni à une poussée d'angiocholite ni à une obstruction des voies biliaires: les matières fécales n'ont jamais été décolorées, la rétention biliaire était dissociée, soit à certains jours, soit pendant des périodes plus ou moins prolongées, les sels biliaires manquaient dans les urines alors que pigments biliaires et urobiline y persistaient; de plus la rétrocession de la rétention s'est faite lentement et graduellement et non d'une façon brusque comme dans les obstructions des voies biliaires quand l'obstacle vient à céder. Aucun des caractères sanguins des ictères hémolytiques n'a d'autre part été mis en évidence chez ces malades. Ces constatations permettent à L. et B. de conclure que la plupart des ictères de la syphilis secondaire ne sont ni d'origine hémolytique ni causés par l'obstruction des voies biliaires intra ou extra-hépatiques mais doivent être considérés comme dus à des lésions de la cellule hépatique dérivant du tréponème, comme une modalité des hépatites infectieuses. R.-J. Weissenbach.

Ictère hémolytique acquis d'origine syphilitique, par Nicolas, O. Mastia et J. Gatè. *La Province Médicale,* 2 mai 1914, p. 193.

Il s'agit d'un malade de soixante-trois ans atteint d'ictère peu de temps après avoir contracté la syphilis. L'ictère ne s'accompagnait pas de décoloration des matières fécales; les urines contenaient de l'urobiline sans bilirubine; il n'y avait ni prurit, ni hémorragie. Le foie était normal. La rate était percutable sur deux travers de doigt. La résistance globulaire était diminuée.

Il s'agissait donc bien d'un ictère hémolytique dont l'origine syphilitique semble prouvée par l'apparition de l'ictère en pleine période secondaire et son amélioration rapide par le traitement spécifique. R.-J. Weissenbach.

Etude radiographique d'une gomme du foie. Sa régression progressive sous l'influence du traitement, par L. Queyrat *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 31 mars 1916, p. 459.

Gomme syphilitique du foie reconnue grâce à la radiographie, qui permit ensuite de suivre mois par mois les étapes successives de sa disparition sous l'influence du traitement par les injections intraveineuses d'arsénobenzol.

Un premier traitement par des frictions mercurielles et l'iodure de potassium était resté sans effet appréciable. R.-J. Weissenbach.

Diabète syphilitique.

Diabète insipide, chez un syphilitique, amélioré après traitement spécifique, par Laignel-Lavastine. *Société de neurologie de Paris,* 5 mars 1914. *Revue neurologique,* 30 mars 1914, p. 481.

Homme de 25 ans, entré à l'hôpital pour polyurie excessivement abondante datant d'un an. Syphilis il y a 4 ans A l'entrée, urine 22 litres par jour. Après 6 injections de néosalvarsan à doses progressives de 0,30 à 0,90, les urines sont tombées à 5 litres par jour. Le sujet est alcoolique, nerveux. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

L.-L. pense que la polyurie est la conséquence d'une méningite ou d'une gomme syphilitique ayant touché la base de l'encéphale entre le tuber cinereum et les tubercules mamillaires. G. Thibierge.

Syphilis du rein.

Diagnostic et traitement des néphropathies syphilitiques diffuses (Diagnostik und Therapie syphilitischer diffuser Nierenerkrankungen [syphilitischer Nephritis]), par F. Munk. *Dermatologische Zeitschrift,* 1914, t. 21, p. 591.

D'après une vingtaine d'observations personnelles, M. distingue une variété aiguë, relativement précoce, caractérisée cliniquement par l'anémie, l'œdème, etc., anatomiquement par un gros rein blanc, histologiquement par une nécrose lipoïde ayant son siège dans les tubuli contorti, et se manifestant par l'existence dans l'urine de cylindres chargés de corps lipoïdes biréfringents. M. attache une grande importance à cette dernière constatation et considère cette nécrose lipoïde comme spécifique.

Il existe en outre des néphropathies tardives, d'origine vasculaire, sclérosantes, qu'on peut distinguer, principalement par la recherche de la réaction de Wassermann, d'autres altérations méso-aortiques, une participation presque constante d'altérations spléno-hépatiques, un état anémique particulièrement intense, etc.

Comme thérapeutique, M. recommande principalement les petites doses d'iodure de potassium, les frictions mercurielles, etc. Ch. Audry.

Syphilis des capsules surrénales.

Surrénalite aiguë dans le cours d'une syphilis secondaire et à la suite d'un érythème polymorphe, par P. Blum. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 10 novembre 1916, p. 1767.

Femme enceinte, âgée de 25 ans. L'infection syphilitique remonterait à un mois. Après 11 injections de deux centigrammes de biiodure de mercure, suivies de stomatite apparait un érythème infectieux à type d'érythème polymorphe, avec température oscillant pendant 10 jours entre 39° et 40°. A ce moment, défervescence brusque à 37° accompagnée d'un syndrome pseudo-péritonéal : les signes constatés : hypotension ($Tmx = 9,4$; $Tmn = 5$ au sphymomanomètre Pachon), asthénie, hypothermie, vomissements, ligne blanche firent porter le diagnostic d'insuffisance surrénale aiguë.

Le diagnostic d'infection typhique avait été éliminé par le résultat négatif des séro-agglutinations.

Le traitement par l'adrénaline (X puis L et LX gouttes de solution au 1/1000 pro die par injection) amena en 8 jours la disparition des symptômes et le relèvement de la tension artérielle. R.-J. Weissenbach.

Fièvre intermittente d'origine syphilitique.

Fièvre à allure intermittente d'origine syphilitique, par A. Netter. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 17 novembre 1916, p. 1837.

Deux observations : la première concerne une femme de 40 ans présentant depuis une huitaine d'années des accès fébriles quotidiens avec frissons et sueurs. La rate était hypertrophiée. Malgré l'absence d'hématozoaires dans le sang, on porte le diagnostic de paludisme, mais le traitement par la quinine reste sans action. Douze ans plus tard N. revoit la malade : elle présente alors de l'ostéite hypertrophique de la clavicule gauche, des tibias et d'un métatarsien. Les accès fébriles persistent, la rate est toujours très augmentée de volume. La réaction de Wassermann est positive. Sous l'influence des injections de benzoate de mercure les accès de fièvre intermittente disparaissent en même temps que régressent la splénomégalie et les lésions osseuses. Le mari de la malade est mort paralytique général, un de ses fils présente un mal de Pott syphilitique.

La deuxième observation concerne un homme de 30 ans qui a depuis 6 mois des accès de fièvre rémittente avec frissons et sueurs abondantes. Il présentait en outre des douleurs à l'union d'une côte et du cartilage costal et au niveau d'une phalange. Les diagnostics de fièvre de Malte, de typhoïde et de paratyphoïde auxquels on avait songé devaient être éliminés par les résultats négatifs des examens de laboratoire répétés. Réaction de Wassermann positive. Le malade avoua avoir eu la syphilis dix ans auparavant et se traiter depuis cette époque. Une série d'injections de benzoate de mercure fit cesser les accès fébriles. R.-J. Weissenbach.

Anémie pernicieuse et syphilis.

Anémie pernicieuse et syphilis, par Nathan. *Annales des maladies vénériennes,* mai 1914, n° 5, p. 359.

Une observation d'anémie pernicieuse à évolution rapide chez une femme d'une quarantaine d'années, atteinte de fibrome utérin, avec réaction de Wassermann positive dans le sérum. R.-J. Weissenbach.

Syphilis de l'urèthre.

Traitement des rétrécissements urétraux graves dans la syphilis (Die Behandlung schwerer Harnröhrenvebrugerungen bei Syphilis), par B. Goldberg. *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1914, n° 18, p. 913.

Une observation de sténose cicatricielle traitée chirurgicalement ; un autre cas, où le traitement chirurgical a été aidé par le traitement spécifique ; un troisième cas de grave rétrécissement.

Si l'on a affaire à des syphilitiques porteurs de sténose urétrale il faut toujours faire un traitement spécifique énergique, et un traitement opératoire prudent. Ch. Audry.

Syphilis du système nerveux.

Syphilis du système nerveux (Syphilis of the nervous system), par J.-A. Fordyce. *Medical Record,* 30 septembre 1916, p. 575.

Étant donnée la fréquence des méningites syphilitiques latentes au cours de la période secondaire et l'importance de cette localisation au point de vue pronostic, il est de toute nécessité de rechercher, au cours de toutes les syphilis secondaires, les symptômes traduisant une réaction méningée : exagération des réflexes patellaires, inégalité pupillaire, céphalées violentes, etc. F. pense qu'à la fin de la première année de la syphilis on devrait pratiquer une ponction lombaire chez tous les syphilitiques, qu'ils aient ou qu'ils n'aient pas présenté de symptômes d'irritation méningée. Cette pratique permettrait de découvrir des réactions méningées absolument torpides et insoupçonnées. C'est à cette période de réactions purement inflammatoires que le traitement spécial de la syphilis nerveuse devrait être institué car, ultérieurement, les séquelles tardives de ces réactions méningées, telles que le tabes et la paralysie générale sont dues à des lésions irrémédiables de dégénérescence, d'atrophie, de sclérose. Lorsque les symptômes cliniques de la parasyphilis commencent à se manifester, le processus pathologique existe dans le système nerveux depuis de longues années. Il faut donc traiter ces affections à leur origine, c'est-à-dire pratiquer des injections intra-rachidiennes arsenobenzol ou de sérum arsenobenzolisé dès la constatation, dans le liquide céphalo-rachidien, d'une lymphocytose ou d'une réaction de Wassermann positive et ne cédant pas au traitement par voie intraveineuse. S. Fernet.

Envahissement du système nerveux pendant la première période de la syphilis (Involvement of the nervous system during the primary stage of syphilis), par Wile et Stokes. *The Journal of the american medical association,* 20 mars 1915, p. 979.

W. et S. déduisent de 6 observations personnelles que :

1. Le système nerveux peut être et même est probablement souvent intéressé avant qu'il y ait d'autres preuves de l'extension hématogène du treponema pallidum partant du siège de l'accident initial.

2. Cet envahissement peut être léger quant aux symptômes cliniques, sans être accompagné de modifications dans le liquide spinal.

3. Il peut cependant survenir un envahissement grave d'une façon extrêmement précoce avec modifications très marquées du liquide cérébro-spinal et altération définie des fonctions nerveuses.

4. Les modifications cliniques le plus communément observées à cette période préroséolique sont le mal de tête, l'envahissement des 2e et 8e paires nerveuses, l'exagération des réflexes. De ces modifications, le mal de tête est le plus ordinairement associé à des modifications démontrables du liquide céphalo-rachidien.

5. L'absence d'un des trois critères acceptés de l'envahissement du système nerveux dans le liquide céphalo-rachidien ne peut être regardée comme la négation de la présence de la syphilis dans le cerveau, les méninges ou la moelle, que quand un examen sérieux ne révèle aucun symptôme de cet envahissement. J. Méneau.

Sur les symptômes nerveux dans la syphilis récente (Ueber Nervensymptome bei frischer Syphilis), par D. Leopold. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 120, p. 101.

On connaît maintenant la série des altérations précoces du système nerveux dans la syphilis, telles que les ont révélées les méthodes de laboratoire. L. s'est proposé de rechercher les symptômes cliniques anormaux observables dans les mêmes conditions. Les recherches ont porté sur 67 malades pris à une époque précoce (syphilis secondaire, et même chancre). L'examen comprenait naturellement celui du liquide céphalo-rachidien comparativement à celui des appareils.

Sur 67 malades, 14 présentèrent de l'inégalité pupillaire, ou des différences de réaction dans l'une ou l'autre pupille. 3 fois, les réflexes avaient disparu (mais un de ces cas est difficile à interpréter). 9 fois, la recherche du phénomène de Babinsky donna un résultat positif. 9 fois aussi, celui de Romberg, et 13 fois celui d'Oppenheim. 6 fois la réaction de Wassermann était positive dans le liquide céphalo-rachidien. En règle générale, les réflexes ont paru exagérés, c'est du reste là un point qui a été signalé antérieurement et dont l'interprétation a donné lieu à des discussions (neurasthénie, lésions, etc. ?)

L. rappelle à ce propos les recherches de Steiner sur les altérations anatomiques précoces que l'on peut constater dans le système nerveux central du lapin syphilisé expérimentalement, et qui doivent peut-être servir à interpréter les symptômes que l'on découvre ainsi chez l'homme.

Tout cela montre que, même cliniquement, à une période très précoce de la syphilis, on peut apercevoir une fréquence extrême des troubles et des lésions du système nerveux central. Ch. Audry.

Céphalée syphilitique ophtalmoplégique, par A. Poulard. *Le Progrès Médical,* 20 janvier 1917, p. 19.

P. désigne sous le nom de « céphalée syphilitique ophtalmoplégique » un syndrome très précis: une céphalée associée à une paralysie oculomotrice ou ophtalmoplégie. La céphalée est presque toujours la première manifestation ; l'ophtalmoplégie donne lieu à des manifestations si nettes qu'elle s'impose : il s'agit soit de ptosis, ou de strabisme : la pupille est dilatée ou immobile. La paralysie frappe un ou plusieurs nerfs.

La céphalée syphilitique ophtalmoplégique est la manifestation d'une méningite de la base qui s'étend aux nerfs oculo-moteurs et les altère par le mécanisme de la périnévrite. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien a été constatée dans tous les cas étudiés. La céphalée syphilitique ophtalmoplégique peut précéder le tabes ou la paralysie générale dont elle constitue alors un mode de début clinique, mais elle peut aussi guérir complètement sous l'influence du traitement et n'être jamais suivie d'aucune syphilis cérébro-spinale à marche lente.

Parfois elle apparaît brusquement et évolue d'une façon aiguë chez des malades présentant déjà des signes évidents de syphilis cérébro-spinale. Le pronostic immédiat est très favorable, la céphalée disparaissant en quelques jours sous l'influence des injections mercurielles, les troubles oculomoteurs étant plus lents à rétrocéder. Elle récidive si, après guérison, on abandonne tout traitement. Le pronostic éloigné est un peu moins favo-

rable, un certain nombre des malades voyant évoluer ultérieurement une syphilis cérébro-spinale chronique. Comme traitement, P. préconise les injections intra-veineuses de cyanure de mercure. R.-J. Weissenbach.

Récidive nerveuse syphilitique. Syndrome de Millard-Gubler (Recidiva nervosa sifilítica. Sindrome de Millard-Gubler), par Covisa. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1913, p. 128.

F. 22 ans. 33 jours après une injection de novarsénobenzol pour douleurs ostéocopes, fortes céphalées, bruits d'oreilles, douleurs dans l'oreille droite, vomissements à type cerébral, paralysie faciale du même côté, puis hémiplégie gauche complète. Guérison de la paralysie après 4 injections intraveineuses de novarsénobenzol. J. Méneau.

Syphilis nerveuse; paraplégie syphilitique commune type Erb (Sífilis nervosa : paraplegía sifilítica comun typo Erb), par V. Gimeno. *Actas dermo-sifiliográficas,* février-mars 1915, p. 166.

Le cas concerne un homme de 29 ans. La syphilis remonte à quatre ans, la paraplégie date d'octobre 1913. Le traitement institué en janvier 1914 : injection endoveineuse de cyanure de mercure. A la 3e injection, l'incontinence nocturne d'urine avait disparu ; à la 6e, il pouvait marcher avec un bâton et l'incontinence d'urine avait presque complètement disparu. La guérison au 26 décembre avait nécessité l'emploi : d'une injection d'arsénobenzol, de 12 de novarsénobenzol, de 11 de cyanure de mercure, de 0,01, 6 de 0,02, 11 frictions de 5 grammes, 4 injections de calomel, 37 de benzoate de mercure à 0,02. J. Méneau.

Deux cas d'amyotrophie progressive type Aran-Duchenne, d'origine syphilitique, par Souques, Baudouin et Lantuejoul. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* septembre 1914, p. 297.

Les cas d'amyotrophie progressive type Aran-Duchenne d'origine syphilitique sont tantôt caractérisés par une amyotrophie progressive pure et simple, pouvant faire croire à la poliomyélite antérieure isolée, mais dans laquelle la clinique montre souvent la participation des méninges et de la substance blanche de la moelle, la lymphocytose céphalo-rachidienne, l'exagération des réflexes, le signe de Babinski, etc., ce que confirme l'anatomie pathologique en faisant constater des lésions méningées et des lésions diffuses de la substance blanche ; tantôt par une amyotrophie au cours du tabes ou de la paralysie générale et à côté des altérations tabétiques on trouve des lésions des cornes antérieures, des méninges et de la substance blanche, c'est-à-dire des lésions diffuses analogues aux précédentes.

S., B. et L. rapportent 2 cas répondant aux deux types précédents.

I. Homme de 64 ans, sans antécédents syphilitiques connus, ayant eu une surdité brusque bilatérale et ayant depuis 12 ans au moins une atrophie musculaire à début par l'épaule gauche; progressivement, envahissement du bras et de l'avant-bras gauches, puis de la main gauche, ensuite du cou, de la nuque et de l'épaule droite, enfin du bras droit et de la main droite. Pas de douleurs ni de troubles de la sensibilité. Intégrité de l'extrémité céphalique et des membres inférieurs. Lymphocytose céphalo-rachi-

dienne légère. Pupille droite un peu dilatée et légèrement irrégulière. Céphalée persistante.

II. Homme de 47 ans, syphilitique à 27 ans, diabétique depuis 14 ans. Depuis 4 ans, atrophie du membre supérieur gauche, puis du membre supérieur droit où elle progresse de bas en haut, mal perforant du gros orteil gauche, membres inférieurs atrophiés dans leur ensemble, douleurs fulgurantes, signe d'Argyll Robertson, etc. G. THIBIERGE.

Syphilis nerveuse (méningite corticale) et néphrite mercurielle thérapeutique graves. Cas clinique (Sífilis nerviosa (meningitis cortical) y nefritis mercurial, terapéutica, graves. Caso clinico), par A. SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas,* octobre-novembre 1914, p. 1.

F., 27 ans, syphilis intense, grave, insuffisamment traitée et abandonnée à elle-même; en 1908, syphilide papuleuse généralisée, céphalalgie, alopécie et arthralgies. En 1910, nouvelles céphalalgies, arthralgies et périostites des tibias. En 1911, syphilides gommeuses du derme sur le tronc et les membres, avec persistance des phénomènes précédents. En 1912-13, nouvelles ulcérations du derme et, au printemps de 1914, méningite cervicale droite avec hémispasmes, hémitremblement, hémiconvulsions et hémiplégie. Au 5e jour de l'entrée à l'hôpital, à la suite d'une injection de 0,05 de calomel, deux injections de 0,02 de biiodure, deux de 0,02 de cyanure de mercure, production d'une néphrite intense avec 5 gr. 50 d'albumine par litre. La malade n'avait reçu que 0,15 de novarsénobenzol. L'urine étant normale à l'entrée, la néphrite ne peut être imputée à la syphilis, ni au néosalvarsan, en raison de la petite quantité reçue par la malade. A. l'attribue donc au mercure. Traitement par le novarsénobenzol de 0,05 à 0,30 par injections espacées. Guérison des symptômes sauf de l'hémiparésie gauche qui va néanmoins en s'améliorant chaque jour. L'albuminurie a progressivement diminué et n'atteint plus que 1/4 à 1/2 gramme par litre. Après un nouveau traitement nécessité par l'examen du liquide céphalo-rachidien par 5 injections de 0,30 de novarsénobenzol, 17 de 0,01 de cyanure supporté sans aucun trouble et l'iodure, la malade sort de l'hôpital avec une très légère hémiparésie. Elle n'a pas été revue. Passant en revue les contre-indications de l'arsénobenzol et du novarsénobenzol, A. montre l'immunité de plus en plus grande de ces remèdes à mesure que leur étude se perfectionne. Il préfère le néosalvarsan, moins toxique. J. MÉNEAU.

Quelle est l'opinion actuelle sur la valeur des examens du sang et du liquide céphalo-rachidien dans le diagnostic de la syphilis nerveuse (What is the position to-day as to the value of blood and cerebro-spinal fluid examinations in the diagnosis of syphilis of the nervous system ?), par FISHER. *Médical Record,* 24 juin 1916, p. 1127.

Au point de vue du diagnostic en neurologie, on a tendance, ces dernières années, à exagérer la valeur des examens sérologiques aux dépens de l'examen clinique. Or les réactions sérologiques ne peuvent que compléter les constatations cliniques. Une réaction de Wassermann positive peut confirmer un diagnostic hésitant, mais une réaction négative ne doit, en aucune manière, faire nier une évidence clinique. A l'appui de cette affirmation F. cite deux observations. Il s'agit, dans l'une, d'une affection

médullaire à symptomatologie très complexe. La réaction de Wassermann est négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. On porte donc le diagnostic de tumeur médullaire. L'autopsie et les examens histologiques ultérieurs montrent qu'il s'agissait d'une syphilis des méninges et des ganglions spinaux.

La seconde observation concerne une névrite optique qui guérit par le traitement spécifique institué malgré une réaction de Wassermann négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. S. FERNET.

Syphilis avec symptômes nerveux simulant d'autres affections (Syphilis with neurologic symptoms simulating other conditions), par HALLER et WALKER. *The Journal of the American medical Association,* 18 novembre 1916, p. 1497.

Malgré l'absence d'antécédents spécifiques, deux cas de névralgie du trijumeau, un cas d'épilepsie et un cas de méningite aiguë simulant la méningite cérébro-spinale ont été guéris par le traitement arsenical et mercuriel institué grâce aux résultats positifs fournis par la réaction de Wassermann. S. FERNET.

Quelle est la forme clinique de la syphilis qui aboutit le plus souvent à la paralysie générale ? par André COLLIN. *Gazette des Hôpitaux,* 18 juin 1914, p. 1125.

De l'étude clinique de 49 paralytiques généraux, C. conclut que la paralysie générale progressive est le propre des syphilis bénignes, en entendant sous ce terme une syphilis dont les manifestations à peu près exclusives sont le chancre et la paralysie générale.

Cette forme clinique doit son allure spéciale au neurotropisme microbien et au terrain sur lequel la graine est tombée. Cette notion, en excluant la bénignité, permet d'agir précocement sur telle syphilis dont on jugera l'évolution suspecte, parce que la ponction lombaire est précocement positive. D'autre part, lorsque la syphilis grave (il s'agit, pour C., de syphilis à manifestations cutanéo-muqueuses graves) se termine par la paralysie générale, fait exceptionnel, des facteurs occasionnels sont intervenus, comme le traumatisme cérébral, ou bien la paralysie générale est le terme ultime d'atteintes successives graves des artères cérébrales ou des méninges. R.-J. WEISSENBACH.

Paralysie générale, trépanation et injection de sérum salvarsanisé, par DELÉPINE et SABLÉ. *Journal des sciences médicales de Lille,* 11 avril 1914, p. 337.

D. et S. ont utilisé la méthode de Marie, Levaditi et Marie pour le traitement de la paralysie générale par le sérum arsénobenzolisé chez un malade âgé de 32 ans.

Sous anesthésie locale à la novocaïne ils ont pratiqué une double trépanation à la fraise de Doyen et injecté de chaque côté 4 centimètres cubes de sérum de sang de lapin arsénobenzolisé chauffé à 45°. L'injection fut suivie d'une réaction fébrile à 39°, avec apparition d'un syndrome méningé aigu qui rétrocéda en quelques jours. Le liquide céphalo-rachidien contenait de nombreux polynucléaires. R.-J. WEISSENBACH.

De la nécessité d'un traitement mercuriel très prolongé dans la paralysie générale, par Gaucher. *Annales des maladies vénériennes,* mai 1916, p. 257.

De 2 cas de paralysie générale dans lesquels le traitement mercuriel et ioduré prolongé a eu les meilleurs résultats, G. conclut que : 1° On ne doit pas dire, d'avance, que la paralysie générale est incurable ; 2° Le traitement mercuriel de la paralysie générale doit être continué indéfiniment. M. Govaerts.

Traitement de la paralysie générale par les injections intraventriculaires de sérum arsénobenzolisé et quelques obervations (The treatment of paresis by intra-ventricular injections of diarsenolized serum with presentation of cases), par Coombo Knapp. *Boston Medical and Surgical Journal,* 6 juillet 1916, p. 24.

A la suite des échecs de la méthode de Swift-Ellis dans la paralysie générale et surtout à la suite des expériences qui ont prouvé que les substances injectées dans l'espace sous-arachnoïdien de la région lombaire ne pénétraient pas jusqu'à la substance corticale du cerveau, K. a pratiqué des injections intra-ventriculaires de sérum arsenobenzolisé chez plusieurs paralytiques généraux. Sa technique est relativement simple et n'exposerait à aucun danger.

Dans les deux observations citées, les malades ont reçu chacun trois injections intraventriculaires. L'amélioration de leur état a été manifeste ; l'un d'eux a pu reprendre ses occupations après avoir présenté de graves symptômes mentaux. Chez les deux malades, les réflexes patellaire et pupillaire qui étaient complètement abolis avant le traitement sont redevenus normaux. S. Fernet.

La séreuse sous-arachnoïdienne en regard de la syphilis. Influence du traitement salvarsanique, par Dind. *Revue médicale de la Suisse Romande,* 20 mai 1914.

Sur 25 malades dont le liquide céphalo-rachidien a été examiné pendant l'exanthème, une hyperleucocytose est à peu près de règle ; 4 sur 25 présentaient plus de lymphocytes et 12 sur 25 une augmentation manifeste de pression.

Sur 15 malades examinés à la fin de la période de latence (de 4 à 8 semaines après le chancre) dont 12 offraient d'ailleurs déjà la réaction de Wassermann positive, la lymphocytose ne manquait que 2 fois.

D. insiste sur le fait que ces altérations précèdent l'exanthème. D'une manière générale, augmentation de pression et lymphocytose sont moins accusées à une période plus avancée, qu'un peu avant les accidents exanthématiques et lors de leur début. Il n'y avait plus que 3 cas de lymphocytose (légère) sur 7 malades pris après 2 ans.

Sur 20 tertiaires paraissant indemnes d'accidents nerveux, 9 présentaient de la lymphocytose ; elle existait, et beaucoup plus forte, sur 12 parmi 16 syphilitiques anciens porteurs de localisations nerveuses anciennes.

D'après 4 cas, D. ne doute pas de l'action favorable et rapide de l'arsénobenzol chez les porteurs de syphilis nerveuse tardive.

(Le travail de D. a été communiqué en mars 1913 à la *Société Vaudoise de*

médecine, mais je n'en connais pas de publication antérieure au numéro de mai 1914 de la *Revue médicale de la Suisse Romande* ; c'est pourquoi je n'ai pas pu le citer dans mes travaux personnels qui ont paru ici même, bien avant cette époque, c'est-à-dire en janvier 1914. N. d. T.) Ch. Audry.

Syphilis nerveuse ; traitement par le cyanure de mercure (Syfilis nerviosa : Tratamiento por cianuro de mercurio), par Sanz de Grado. *Actas dermo-sifiliográficas,* octobre-novembre 1915, p. 75.

Un jeune homme de 18 ans, atteint de syphilis vulgaire, est traité par des injections de novarsénobenzol et de benzoate de mercure. Guérison du chancre. Sept mois après, accidents de syphilis nerveuse, à forme cérébrale. Injections intraveineuses de cyanure de mercure. Disparition de tous les accidents après la sixième injection à 0,02. J. Méneau.

Une méthode simplifiée pour les injections intraméningées de néosalvarsan dans la syphilis du système nerveux (A simplified method for the intrameningeal injection of neosalvarsan in syphilis of the nervous system), par Warfield. *The Journal of the American medical Association,* décembre 1914, p. 2287.

W. a pu faire, sans aucun inconvénient, des injections de novarsénobenzol simultanément par la voie intraveineuse et rachidienne. Il prend la précaution de ne jamais injecter plus de 4 milligrammes de novarsénobenzol par la voie lombaire. Le sel est dissous dans 2 centimètres cubes de sérum à 5 pour 1000. La ponction lombaire étant faite, il adapte immédiatement la seringue, remplie du liquide à injecter, à l'aiguille et laisse couler le liquide céphalo-rachidien dans la seringue afin de mélanger les deux liquides; lorsque le mélange est fait, il pousse l'injection très doucement. Ce procédé ne lui a jamais donné les réactions violentes qui ont été observées à la suite des injections rachidiennes de néosalvarsan à plus fortes doses et en simple solution saline. S. Fernet.

Traitement de la syphilis nerveuse par les injections intrarachidiennes de sérum mercurialisé (The intradural administration of mercurialized serum in the treatment of cerebrospinal syphilis), par Byrnes. *The Journal of the American medical Association,* 19 décembre 1914, p. 2182.

B. a pratiqué avec succès des injections rachidiennes de sérum mercurialisé chez 32 sujets atteints de syphilis nerveuse. Sa technique est copiée sur celle de Swift-Ellis pour les injections de sérum arsénobenzolisé avec cette différence que le malade, soumis antérieurement à un traitement mercuriel quotidien, ne subit pas d'injection avant le prélèvement du sang. Ces injections ne produisent que des réactions générales minimes : quelques douleurs dans les membres inférieurs, nausées, quelquefois une élévation passagère de la température. Les résultats cliniques et cytologiques seraient supérieurs à ceux de la méthode de Swift-Ellis, les résultats sérologiques lui seraient inférieurs. Le sérum mercurialisé a l'avantage de pouvoir être conservé. S. Fernet.

Compte rendu du traitement de la syphilis cérébrospinale par les injections intrarachidiennes de sérum salvarsanisé (A report of the treatment of cerebrospinal syphilis by intraspinous injections of salvarsa-

nized serum), par Rytina et Judd. *The American Journal of the medical Sciences,* février 1915, p. 247.

R. et J. ont pratiqué des injections intrarachidiennes de sérum arsénobenzolisé (méthode de Swift et Ellis) chez 18 malades atteints de syphilis nerveuse. En dehors de quelques réactions légères et passagères, ils n'ont jamais observé de phénomènes graves à la suite de ce traitement qu'ils considèrent comme absolument inoffensif. Dans la majorité des cas traités, ils ont constaté des améliorations manifestes : disparition des douleurs fulgurantes chez les tabétiques, des symptômes méningés dans les syphilis cérébrales, etc. Ils recommandent cette méthode de traitement : 1° parce qu'elle est inoffensive; 2° parce qu'elle est plus efficace que tous les traitements précédemment employés; 3° parce que les examens sérologiques et cytologiques confirment les résultats cliniques. S. Fernet.

Réactions consécutives aux injections intra-rachidiennes de mercure (Reactions following intraspinal injections of mercury), par Hall, Culbertson et Slaght. *The Journal of the American Medical Association,* 24 juin 1916, p. 2062.

Les injections intra-rachidiennes de mercure ou de sérum mercurialisé sont fréquemment suivies de réactions graves. Les réactions bénignes consistent en maux de tête, douleurs dans le dos et dans les jambes. Quelquefois il y a rétention d'urine passagère ou définitive, des insomnies, de l'urticaire (après le sérum mercurialisé), une réaction fébrile intense. Les 15 malades injectés chacun à plusieurs reprises, ont tous eu des réactions plus ou moins graves. Il est prudent de n'employer que des doses très faibles de mercure dilué dans une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. S. Fernet.

Le traitement intracrânien des affections syphilitiques et parasyphilitiques du nerf optique (Intracranial treatment of syphilitic and parasyphilitic optic nerve affections), par Schoenberg. *The Journal of the American medical Association,* 24 juin 1916, p. 2054.

Exposé des recherches expérimentales concernant les traitements des affections du nerf optique d'origine syphilitique ne réagissant pas au traitement spécifique classique. S. a recherché le moyen de faire agir les médicaments directement sur le nerf. Il a injecté à des animaux des matières colorantes (bleu de méthylène, etc.) dans les veines, dans le cul-de-sac dural), dans les ventricules latéraux. Ces expériences lui ont permis de constater que les substances injectées par la voie veineuse — n'atteignent jamais le nerf optique; les injections rachidiennes font parvenir la substance colorante au nerf optique uniquement lorsqu'elles sont faites sous forte pression et avec un grand volume de liquide, pratique dangereuse chez l'homme. Seules, les injections intraventriculaires donnent lieu à une coloration nette du nerf. S. croit avoir découvert par ces recherches la raison de l'inefficacité de la méthode de Swift et Ellis dans l'atrophie du nerf optique et préconise les injections intraventriculaires de sérum arsénobenzolisé. S. Fernet.

Importance de la syphilis chez les pensionnaires de l'hôpital du gouvernement pour les fous (Prevalence of Syphilis among the in

mates of the government hospital for the insane), par VEDDER et HOUGH. *Journal of the American medical association,* 20 mars 1915, p. 972.

De l'étude de 1283 cas, W. et H. concluent :

1. La syphilis chez les femmes blanches de cet établissement est comparativement rare.

2. Chez les hommes blancs, elle a été démontrée dans 20 pour 100 des cas.

3. 80 pour 100 au moins des hommes de cet établissement sont syphilitiques.

4. 10 pour 100 au moins des cas de folie qui y sont traités sont directement imputables à la syphilis. J. MÉNEAU.

Syphilis dans l'armée.

Statistique des syphilis contractées par les militaires depuis la mobilisation et traitées dans le service de clinique de l'hôpital Saint-Louis (août 1914-décembre 1915), par GAUCHER et L. BIZARD. *Annale des maladies vénériennes,* mars 1916, p. 129.

Beaucoup de militaires ont été contaminés, à Paris et aux environs, par les prostituées de la rue, par des femmes travaillant irrégulièrement dans les usines, dans des maisons de tolérance en province, ou enfin par des prostituées d'occasion, quelques-uns par leur femme légitime. La proportion d'hommes mariés est inquiétante (le cinquième du nombre total des militaires contaminés).

Les malades ignorent en général la gravité de leur maladie.

Les chancres extra-génitaux sont rares.

Le chancre mixte est fréquent. M. GOVAERTS.

Les maladies vénériennes pendant la guerre à l'hôpital militaire Villemain et dans ses annexes, par GAUCHER. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 28 mars 1916, p. 352.

Total des maladies vénériennes soignées dans les hôpitaux complémentaires de l'hôpital Villemain (dirigé par G.) d'août 1914 à mars 1916 : chancres et syphilis récentes, 1 052. Chancres mous, 105. Blennorragies, 1 279.

Blennorragies comprenaient : blennorragies acquises depuis la mobilisation ; blennorragies anciennes réveillées par les fatigues de la campagne ; certaines entretenues artificiellement. — *Chancres mous.* Petit nombre de chancres mous non compliqués d'infection syphilitique. Fréquemment les chancres mous, après le temps d'incubation nécessaire, deviennent des chancres syphilitiques. — *Chancres et syphilis récentes.* Multiples raisons de contagion vénérienne (en particulier de la syphilis) dues aux circonstances particulières au temps de guerre : la séparation ; les dangers de mort auxquels se savent exposés les hommes, l'insuffisance de ressources pour les femmes, les ont entraînés à rechercher des partenaires suspects. — En dehors des prostituées de profession, les maladies vénériennes ont été souvent communiquées aux militaires par des prostituées d'occasion, quelquefois même par des femmes mariées, par des femmes de mobilisés auxquelles ils ne donnaient qu'une rémunération faible ou nulle.

Dans son service à l'hôpital Saint-Louis, où sont soignés civils des deux sexes et militaires, G. a constaté une augmentation globale de la syphilis de plus d'un tiers, de près de la moitié depuis la mobilisation, dans des

proportions pareilles chez les militaires et les civils : beaucoup de tout jeunes gens et d'hommes âgés étant maintenant contaminés parmi ces derniers. M. Govaerts.

Syphilis suivant les pays.

La première apparition de la syphilis en Pologne (Das erste Erscheinen der Syphilis in Polen), par Z. Grossek. *Dermatologische Zeitschrift*, 1914, t. 21, p. 428.

Une chronique polonaise dont la première édition date de 1519, dit que la syphilis fut apportée à Cracovie au retour d'un pèlerinage à Rome par la femme d'un serviteur du gouverneur du château de Cracovie, lequel serviteur avait nom : le blanc Albert, en l'année 1495.

G. montre que ce renseignement n'est pas négligeable. Ch. Audry.

Contribution à l'étude de la syphilis dans le Rif (Contribución al estudio de la sífilis en el Rif), par Valdés Lambea. *Revista clinica de Madrid*, 30 juillet 1915, p. 46.

La syphilis est très répandue chez les Mores ; mais ils ne recourent au médecin que dans les cas graves. Chargé d'un dispensaire indigène, L. a pu étudier 1 500 malades en quatre ans. Il a été surpris, étant donnée la fréquence de la syphilis, de la rareté des manifestations nerveuses et viscérales. Les malades ne se soumettent pas à un traitement prolongé et l'abandonnent prématurément, malgré les bienfaits qu'ils en retirent. Le salvarsan est le médicament indispensable chez de pareils malades : c'est le remède souverain en pareille occurrence. L. l'emploie uniquement en injection intraveineuse. J. Méneau.

REVUE DES LIVRES

Biology and treatment of venereal diseases, par M.-C. Donagh. Harrison éditeur, Londres, 1916.

L'ouvrage est divisé en 48 chapitres dont 44 ont trait aux maladies vénériennes. Les 4 derniers qui constituent la dernière partie de l'ouvrage étudient la biologie et le rôle joué par les lymphocytes et les cellules endothéliales dans l'inflammation et les tumeurs malignes. 54 planches, dont un grand nombre en couleurs, complètent le texte.

Les 7 premiers chapitres sont entièrement consacrés à l'étude du parasite de la syphilis que D. propose d'appeler leucocytozoon syphilidis. C'est sur cette conception entièrement neuve, que D. a longuement étudiée, que repose l'intérêt principal du livre.

Sur des préparations colorées, soit à l'état frais par le bleu polychrome ou mieux par le bleu de méthylène boraté, soit sur des coupes de tissus syphilitiques traitées par la pyronine et le vert de méthyle après fixation à l'alcool, D. décrit de nombreuses formes parasitaires qu'il groupe en un cycle évolutif tout à fait comparable à celui du plasmodium malariæ. Ce

cercle évolutif comporte deux modes de reproduction : l'un asexué, l'autre sexué.

Dans la reproduction asexuée ou schizazonie, une spore qui mesure 1μ,5 pénètre dans une cellule enthothéliale, ou conjonctive; elle s'y divise en 2, puis en 4, et ainsi de suite pour former des masses qui se dispersent en anneaux pour être finalement mises en liberté et devenir autant de spores capables par la suite d'infecter de nouvelles cellules.

Dans la reproduction sexuée, une spore pénètre également dans une cellule où, par bourgeonnement, elle donne des masses un peu plus grosses que les spores asexuées. Ce sont les futurs gamètes sexués. Les *gametes femelles* sont extracellulaires. Petits d'abord, ils présentent un noyau et un blepharoplaste, puis leur dimension augmente et le blepharoplaste disparaît en même temps que leur taille atteint celle d'une globule rouge.

Les *gamètes* mâles présentent trois corps nucléaires. Le plus souvent l'évolution du gamète mâle est intracellulaire. Le gamète mâle embyronnaire pénètre dans un grand leucocyte mononucléaire. Chacun des trois corps nucléaires s'accroît et donne naissance à nn grand nombre de tréponèmes qui restent d'abord groupés autour de la masse nucléaire comme les rayons d'une roue autour de son moyeu ; puis chacun de ces tréponèmes, qui représente un gamète mâle, se détache du point central et devient libre.

Il se peut aussi que le gamète mâle ait une évolution extracellulaire. On voit alors les trois noyaux former par subdivisions successives une sorte de rosace dont chacun des éléments libérés ressemble à des diplocoques ou à des chaînes de cocci qui se dénouent à leur tour en éléments plus petits dont chacun donne naissance à un spirile épais qui ressemble au spirochaete refringens avant de devenir le treponema typique.

La fécondation du gamète femelle se fait par pénétration d'un seul tréponème. D. doit avoir observé 9 fois le phénomène de la fécondation. Sitôt après la pénétration le gamète femelle fécondé se revêt d'une sorte de voile, puis émet un premier, puis un deuxième globule polaire. Le noyau qui était central devient excentrique, puis se divise en 2 puis en 4 masses qui sont les sporoblastes capables à leur tour de se diviser en une infinité de sporozoïtes qui se tiennent après destruction de la paroi qui les renferme capables de recommencer le cycle évolutif. Parfois un sporoblaste peut être mis en liberté et évoluer pour son compte propre.

Cette étude, résultat de longues recherches, a permis à D. de ranger ce parasite parmi les sporozoaires. C'est une coccidie, aussi propose-t-il de l'appeler coccidium ou leucocytozoon syphilidis.

Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude des coccidioses non vénériennes et des formes de développement aberrantes que peut présenter le leucocytozoon.

Enfin D. signale les erreurs à éviter dans la recherche du parasite et discute les objections faites à ses descriptions. Puis il étudie les réactions colorantes permettant de différencier le leucocytozoon. L. Jolivet.

Le Gérant : Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR L'HABITAT DU POU DE CORPS ET LE DIAGNOSTIC RAPIDE DE LA PÉDICULOSE

Par **H. Bulliard,**
Médecin aide-major de 1re classe aux Armées.

Les notions admises sur la pédiculose au début de la guerre se sont considérablement augmentées, et même modifiées au cours de celle-ci ; en particulier, le dogme de l'habitat exclusif du pou dans les vêtements a reçu une sérieuse atteinte. Plusieurs auteurs, ayant eu l'occasion d'observer des pédiculoses intenses, et dont je rapporterai plus loin les conclusions, ont trouvé le pou du corps dans tout ce qui touche de près ou de loin le soldat, depuis la paille de couchage jusqu'au havre-sac, dans toutes les pièces du vêtement et de l'équipement. De mon côté, j'ai rencontré fréquemment le Pediculus vestimentorum, ainsi que ses lentes à la surface du corps, particulièrement dans les régions pileuses, et cette localisation fournit même un moyen rapide de diagnostic. Ce sont ces quelques points, opposés aux données classiques, que j'envisagerai dans la présente étude.

*
* *

J'ai été chargé pendant plus d'un an d'un service de désinfection des porteurs de parasites d'un corps d'armée, joint à un service de maladies cutanées et vénériennes. Dès le début, l'inspection des pouilleux, *examinés nus*, me fit constater de temps à autre un pou, soit dans les poils du thorax, soit plus fréquemment dans ceux du pubis. A côté des poux, j'observai, surtout au pubis, et avec une fréquence plus grande encore, des lentes, blanc grisâtre, allongées, qui étaient des lentes de poux de corps ; si bien que, peu à peu, dans toutes les pédiculoses douteuses, où l'on ne trouvait pas de poux dans les vêtements, je pris l'habitude d'examiner les poils du pubis, et 9 fois sur 10, le diagnostic se trouvait posé par la constatation d'un pou ou de quelques lentes. J'ai renouvelé cette recherche sur des centaines de pouilleux, jusqu'au jour où je résolus de fixer les modalités et de déterminer la fréquence de cette localisation.

Mes recherches s'étendent du 18 décembre 1916 au 15 février 1917.

A cette époque, après deux années de guerre, la pédiculose devenait déjà une affection rare, et peu intense, très différente des pédiculoses massives du début. Le secteur étant calme, les troupes, sédentaires, avaient des facilités relatives de nettoyage et des soins de propreté corporelle par l'usage de bains-douches. Par contre quelques cas de pédiculose plus intense ont été fournis par des malades, provenant d'unités soumises à de fréquents déplacements.

J'aurais pu ne prendre pour objets d'étude que les malades entrant à l'ambulance avec le diagnostic de pédiculose caractérisée, où l'on trouve aisément des poux dans le linge de corps ou les vêtements. J'ai pris en outre tous les suspects de pédiculose, les malades entrant à l'ambulance pour une autre affection et présentant accessoirement des poux, même s'il ne s'agissait que d'une contamination récente, de quelques jours ou de la veille. Aussi, si nous trouvons chez quelques-uns des signes certains de pédiculose : constatation de poux ou de lentes dans les vêtements, la plupart n'offraient que des signes de probabilité : papules excoriées, stries linéaires de grattage, mélanodermie, ou même simplement prurit ; d'autres enfin ne présentaient ni lésions cutanées, ni prurit, et ignoraient même la possibilité d'une pédiculose latente. Ces cas auraient passé inaperçus, sans la recherche systématique des lentes sur le corps.

La numération des poux et des lentes trouvés sur le corps a été faite pour chaque malade. Les pouilleux étaient passés à la tondeuse. Les poils étaient recueillis en deux parts, d'un côté les poils du pubis, des bourses et du périnée, de l'autre les poils du tronc et des aisselles. La numération des lentes, faite après la tonte, était ainsi facilitée et complète.

Pour plus de sûreté, malgré l'absence de morpions, malgré la présence fréquente côte à côte de lentes et de poux du corps, les lentes de tous les malades ont été examinées au microscope.

Une petite enquête clinique sur l'ancienneté, l'importance de la pédiculose et les réactions cutanées chez le porteur, était faite parallèlement.

Caractères différentiels des poux et des lentes.

A) *Poux.* — L'affirmation de la présence de poux des vêtements à la surface du corps est relativement facile. Le pou du corps ne prête pas à confusion avec le morpion. Le pou de tête pourrait seul être une cause d'erreur. Or la présence du pou de tête, même dans la chevelure, est exceptionnelle chez les combattants. Je ne l'ai rencontré qu'une fois au cuir chevelu et jamais sur le corps. Les deux espèces de poux sont

d'ailleurs faciles à distinguer l'une de l'autre. Pour ne citer que quelques caractères différentiels, au point de vue de la taille, le pou du corps est toujours plus grand que le pou de tête sous n'importe quelle dimension. « Dans un mélange de poux, entiers ou non, les plus gros des poux de tête n'atteignent jamais les plus petits des poux de corps (Fahrenholz (1), 1912). — La coloration n'est pas non plus la même. Le pou de tête est franchement gris, tandis que le pou du corps est blanc jaunâtre, et présente au niveau de l'abdomen des bandes transversales alternativement claires et sombres. — Les angles des segments de l'abdomen sons plus aigus chez le pou de tête, plus arrondis chez le pou de corps. Enfin le pou de tête a un abdomen composé de 7 anneaux, le pou de corps de 8 (2).

B) *Lentes*. — Le diagnostic différentiel des lentes présente plus de difficulté. Ici encore, la distinction de la lente du Phtirius pubis avec les deux autres espèces est simple, tandis qu'elle est beaucoup plus délicate entre la lente du pou de corps et celle du pou de tête.

1. *Pou du pubis*. — Examinée à l'œil nu, la lente de Phtirius pubis a une forme ovoïde, le grand diamètre de l'œuf étant situé au voisinage du tiers supérieur. L'extrémité inférieure se termine en pointe, l'extrémité supérieure est arrondie et globuleuse. La coloration de la lente est noirâtre. Proportionnellement à sa longueur, elle paraît plus large que la lente des deux autres espèces de poux.

Au microscope, les différences sont encore plus nettes. L'extrémité supérieure, arrondie, porte un couvercle, de forme caractéristique. Il est, dans l'ensemble, plus élevé que celui des autres lentes, et il a une forme conique. Ce couvercle est composé de cellules aériennes, claires. On en compte de 7 à 9 de profil et 17 de face (Gabriélidés) (3). J'ai fait quelques numérations qui m'ont donné à peu près les mêmes résultats (17 et 18 cellules de face).

L'examen du contenu de la lente, quand l'embryon est développé, fournit encore quelques indications supplémentaires, surtout par l'examen des griffes des pattes. Les deux paires de pattes postérieures ont, chez le morpion, leur extrémité terminée par une griffe particulière, massive, arquée, à bord interne festonné, différente des griffes minces et effilées des deux autres espèces de poux. Les deux pattes antérieures sont à peu près semblables dans les trois espèces.

(1) Fahrenholz, Beiträge zur Kenntniss der Anopluren. *2/4 Jahresbericht der niedersächsigen zoologischer Vereins zu Hannover. Zoologische Abteilnug der Naturhistorische Gesellschaft zu Hannover*), 1912 (cité par Hase).

(2) La division de l'abdomen en 8 anneaux est, au premier examen, assez difficile à constater; le 7e anneau n'étant souvent séparé du 8e que par un sillon peu accusé.

(3) Gabriélidès, Diagnostic différentiel des phtiriases palpébrales. *Annales d'oculistique*, juillet 1911.

Le mode d'insertion de la lente, à part l'insertion basse à la racine des poils, ne donnent pas de renseignement important. La lamelle cimentante est triangulaire et régulièrement disposée.

II. *Pou de tête et pou de corps.* — Au point de vue macroscopique, on ne peut voir de différence entre une lente de pou du corps insérée sur un poil et une lente de pou de tête. La coloration, blanc grisâtre ou nacré, les dimensions sont à peu près les mêmes.

Les différences microscopiques sont aussi peu marquées et consistent surtout dans de légères variations de forme de la lente et de son ciment. Cholodowski (1) dit par exemple : « Les œufs du pou de tête sont quelque peu plus pointus à l'extrémité postérieure et ont un couvercle plus élevé que les œufs plus allongés de P. vestimenti. Les premiers sont collés aux poils au moyen d'une lamelle cimentante, régulièrement conformée, à peu près triangulaire, tandis que les œufs de P. vestimenti se fixent avec une masse irrégulière de substance cimentante, chaque œuf se montre à l'entre-croisement de plusieurs fils de feutre, drap, toile, etc... » Pour Hase (2) (1915), la taille n'est pas un critérium certain, mais il accorde une grande importance à la disposition de la substance cimentante.

D'après mes observations, la lamelle cimentante est loin d'offrir, quand l'insertion de la lente de P. vestimenti se fait sur un poil, cette irrégularité constante. Elle se présente même le plus souvent avec l'aspect triangulaire caractéristique, englobant le pôle inférieur de l'œuf. Parfois cependant, ce pôle échappe à l'inclusion dans le ciment et la lente est accolée latéralement au poil. Ce mode d'insertion, anormal, se trouve déterminé de la façon suivante. La disposition irrégulière, enroulée, souvent même enchevêtrée des poils au niveau du pubis, contrarie le dépôt régulier des œufs le long des poils, et par suite modifie la disposition habituelle du ciment. Il ne faut pas à ce sujet accuser, comme Hase, le pou du corps de déposer ses œufs « avec négligence ». Cette négligence apparente tient à la difficulté des conditions locales.

Telles que je les ai observées, les lentes du pou de corps insérées au pubis se présentent le plus souvent à l'état isolé sur le poil, une ou deux lentes insérées au 1/3 inférieur ou à la partie moyenne du poil, à une certaine distance l'une de l'autre. Les poils voisins sont d'ordinaire garnis de lentes semblablement disposées ; les lentes sont ainsi groupées en bouquets sur des touffes de poils, et par suite faciles à trouver.

Le couvercle de la lente est situé le plus souvent, mais non toujours, vers l'extrémité libre du poil. L'angle que forme l'axe de la lente avec le poil est toujours très aigu.

(1) Cholodowski, Zur Morphologie der Pediculides *Zoologischer Anzeiger*, XXVII, 1903 et XXVIII, 1904, cité par Hase.

(2) Hase, *Beiträge zu einer Biologie der Kleiderlaus*. Berlin, 1915.

Dans les cas de pédiculose intense, on peut voir des lentes disposées en chapelet, par groupes de 3 à 5 sur un même poil, et même plusieurs groupes superposés. Le ciment de chaque lente commence immédiatement au-dessus de celui de la précédente, se continuant même avec lui. Entre les dernières lentes, il y a parfois un léger intervalle. Ces groupes de lentes accolées paraissent constituer la ponte d'une femelle.

On peut voir aussi, par exemple au niveau de la courbure d'un poil, deux lentes à direction opposée, les deux couvercles se faisant face. Enfin quand il y a des poils d'inégale grosseur, on peut voir une lente insérée sur deux d'entre eux, ces conditions d'insertion rappelant celles des fils des vêtements.

L'aspect de la lente évoluée ne nous a pas paru différer beaucoup chez le pou de tête et chez le pou du corps. Dans l'une comme dans l'autre, on compte régulièrement 6 stigmates. Les extrémités des pattes présentent les mêmes crochets. La numération des anneaux de l'embyron, qui pourrait constituer un précieux moyen de diagnostic, ne nous a pas donné de résultat.

Seul, le couvercle offre quelques différences par le nombre de ses cellules, car la hauteur est à peu près la même. Gabriélidés compte de profil 4 à 5 cellules chez le pou de tête et de 4 à 6 chez le pou de corps ; de face, pas plus de 9 chez le pou de tête et de 12 à 17 chez le pou de corps.

J'ai compté à nouveau les cellules du couvercle sur des lentes de pou de tête recueillies chez des enfants, et sur des lentes trouvées au pubis dans le cas de pédiculose de corps. J'ai trouvé pour les premières successivement les chiffres de 10, 12, 11, 13, soit 11 cellules en moyenne. Pour le pou de corps, j'ai fait un plus grand nombre de numérations, chez 6 malades, j'ai compté de 12 à 18 cellules par couvercle, avec une moyenne de 15. Le chiffre moyen donné par les anciens auteurs est de 14 (Hase).

J'ai enfin noté un petit détail morphologique, commun aux trois espèces de lentes. Il s'agit de la présence, au niveau de l'insertion du couvercle sur le corps de la lente, d'une bordure d'aspect cilié, visible surtout avant éclaircissement de la préparation.

Observations.

Du 18 décembre 1916 au 20 février 1917, j'ai examiné, au point de vue d'une pédiculose de corps possible, les poils du pubis et du corps de 37 malades, parmi lesquels j'ai reconnu :

2 *pédiculoses mixtes*, il y avait à la fois sur les poils du pubis des lentes de morpion et de pou du corps.

5 *phtiriases pubiennes*, la plupart anciennes et peu intenses, qui

avaient passé inaperçues en tant que phtiriases, à l'examen général du malade.

30 pédiculoses proprement dites. Les lentes ont été comptées chez ces 30 derniers malades, qui seuls importent pour cette étude.

Le résumé suivant donne pour chaque malade le nombre des poux et des lentes trouvés sur le tronc (thorax, abdomen, aisselles) et au niveau des poils génitaux. L'ancienneté de la pédiculose est aussi indiquée, chaque fois que l'enquête a pu la préciser (1).

I. — Début 2 mois et demi; L. p. 327, c. 27; P. p. 1.
II. — Début 10 jours (?); L. p. 232, c. 147; P. c. 1.
III. — L. p. 225, c. 2.
IV. — Ancienne; L. p. 216, c. 1; P. p. 6, c. 2.
V. — Début un mois; L. p. 205; P. p. 3, c. 2.
VI. — Début deux ans; L. p. 129.
VII. — L. p. 84; P. p. 1.
VIII. — Début 10 jours: L. p. 74, c. 1; P. p. 2.
IX. — L. p. 56.
X. — L. p. 55; P. p. 2.
XI. — Début 20-25 jours; L. p. 54, c. 2; P. p. 5, c. 1.
XII. — L. p. 46, c. 2.
XIII. — Début 1 mois et demi; L. p. 44.
XIV. — L. p. 33; P. p. 1.
XV. — Début 15 jours; L. p. 33; P. p. 1.
XVI. — Début 15 jours; L. p. 28; P. p. 1.
XVII. — Début 2 mois; L. p. 27, c. 6; P. p. 4.
XVIII. — Début 15 jours; L. p. 28, c. 14.
XIX. — L. p. 24.
XX. — Début 15 jours; L. p. 21.
XXI. — L. p. 12.
XXII. — L. p. 12.
XXIII. — L. p. 5.
XXIV. — Début il y a 2 mois; L. p. 3 (vides).
XXV. — Début 15 jours; L. p. 3; P. p. 1.
XXVI. — Début un mois; L. p. 2.
XXVII. — L. p. 1.
XXVIII. — Pédiculose ancienne. Nouvelle contamination depuis la veille, L. p. 1 (ancienne); P. p. 1.
XXIX. — 0; P. p. 1.
XXX. — Début 4-5 jours; ni lentes ni poux.

Pour un petit nombre seulement de ces malades, la pédiculose était l'affection qui avait motivé leur entrée à l'ambulance. Un plus grand nombre était entré avec le diagnostic de gale. Chez ces derniers,

(1) Abréviations: L., lente; P., poux; p., pubis; c., corps; les chiffres indiquent le nombre de parasites (lentes ou poux) dans chaque localisation; lorsqu'une localisation n'est pas indiquée, les parasites y faisaient défaut.

la difficulté de trouver un signe de certitude de pédiculose avait fait rejeter, à tort, ce diagnostic. L'examen du pubis aurait, chez ces malades, levé tous les doutes. Enfin la plupart des malades entraient à l'ambulance pour des affections vénériennes et cutanées : ecthyma, impetigo, furonculose, à l'origine desquelles on trouve fréquemment la pédiculose.

Sur ces 30 malades, nous voyons que, sur les poils du pubis :

5	étaient porteurs	de plus de 200 lentes.
6	—	de 50 à 200.
11	—	de 10 à 50.

Chez deux malades, la recherche des lentes fut négative, et encore l'un d'eux présentait-il un pou au milieu de ses poils pubiens.

Le poux, jeunes ou adultes, se rencontrent chez 15 malades, soit la moitié, toutefois en petit nombre (de 1 à 6).

La présence des poux au pubis ne peut guère s'expliquer par le seul fait de venir prendre leur nourriture dans une région peu commode pour la piqûre de la peau. Le pou trouve au pubis des conditions de séjour et de migration favorables ; il s'y accouple ; il y dépose ses œufs.

Au niveau du thorax et des aisselles, 8 malades étaient porteurs de lentes, en faible quantité, comparativement aux chiffres constatés au pubis : quelques unités, au plus une dizaine ou une vingtaine. Dans un seul cas, j'en ai trouvé un grand nombre (147, obs. 2), moins élevé toutefois qu'au pubis (232). Cette abondance exceptionnelle de lentes sur les poils du corps peut, dans ce cas, s'expliquer par l'intensité de la pédiculose et l'importance du revêtement pileux de l'individu (1).

4 malades seulement avaient des poux sur le tronc. Les poux peuvent bien cheminer sur une paroi verticale, à condition toutefois qu'elle soit irrégulière (Hase). Ils sont donc dans de mauvaises conditions d'équilibre au niveau de la paroi thoracique, et ne doivent y séjourner que de façon intermittente, par exemple pour prendre leur nourriture, ou pour y déposer exceptionnellement leurs œufs.

Il y a, dans notre tableau d'ensemble, un certain nombre de cas, où le nombre des lentes est très faible. Il s'agit alors ou de pédiculoses récentes, datant de quelques jours, parfois même de la veille (obs. 29), — on ne peut s'attendre à trouver dans ces cas des lentes en abondance sur les poils — ou bien de pédiculoses anciennes, parfois même guéries. Le porteur a eu il y a un ou plusieurs mois quelques poux qui ont disparu, soit par épouillage, soit simplement par des soins de propreté plus minutieux. Il reste au pubis quelques lentes flétries, témoignage permanent de l'atteinte antérieure de pédiculose. Il peut s'agir

(1) En général, quand il y a des lentes en grand nombre sur les poils du corps, on peut, presque à coup sûr, affirmer qu'il s'agit de phtiriase inguinale.

enfin de pédiculoses peu intenses, chez des individus soigneux, des gradés. Ceux-ci, plus sensibles au prurit, ne laissent jamais la pédiculose prendre un grand développement et n'en présentent que de façon accidentelle, lors du séjour dans des tranchées infestées, par exemple. Le nombre des œufs déposés, pas plus dans les vêtements que sur les poils, ne peut jamais être considérable.

En résumé, parmi les entrants dans une ambulance, présentant de la pédiculose à un degré quelconque, j'ai trouvé au pubis des lentes de pou du corps dans plus de 90 pour 100 des cas et, dans 75 pour 100 des cas, il y en avait plus d'une dizaine.

Il restait à démontrer que les lentes de pediculi déposées sur les poils du corps, étaient capables de se développer et de donner naissance à des poux de corps. J'ai pratiqué ultérieurement pour cela quelques élevages avec des lentes déposées sur les poils du pubis. Poils et lentes étaient placés sur un morceau de flanelle, dans un tube de verre fermé par un tampon d'ouate hydrophile. L'incubation se faisait par le port permanent du tube au niveau des sous-vêtements. Les larves écloses étaient nourries sur l'homme une ou deux fois par jour.

Une première touffe de poils renfermant de 30 à 35 lentes m'a donné 10 éclosions à partir du deuxième et jusqu'au dixième jour d'incubation.

Un deuxième prélèvement, recueilli sur un prisonnier, m'a fourni un pourcentage d'éclosions encore plus considérable. Sur 40 lentes fixées aux poils du pubis, il y eut 18 éclosions dans l'espace de 11 jours. Quelques larves écloses les premiers jours furent élevées et amenées à l'état adulte. Il s'agissait bien de poux de corps.

*
* *

Après l'exposé de ces résultats, voici résumée succinctement l'opinion de différents auteurs, particulièrement de ceux qui ont fait des observations concordantes.

La majorité considère le pou de corps comme un parasite exclusivement vestimentaire : Brocq (1), Dubreuilh (2), Nicolas, Gougerot (3), parmi les dermatologistes, Neveu-Lemaire (4), Guiart (5), Brumpt, Guitel (6), parmi les parasitologues.

Nicolas et Massia (7), dans une observation récente (1916), ont

(1) Brocq, *Traité élémentaire de Dermatologie pratique.*
(2) Dubreuilh, *La Pratique dermatologique.* Article phthiriase.
(3) Gougerot, *La dermatologie en clientèle.* Paris, 1917.
(4) Neveu-Lemaire, *Précis de parasitologie humaine,* 3e édit. Paris, 1908.
(5) Guiart, *Précis de parasitologie.* Paris, 1910.
(6) Guitel, *Bulletin des Armées de la République,* 3e année, n° 220, 15 nov. 1916.
(7) Nicolas et Massia, Un cas de pédiculose pubienne par poux de tête. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* 1er janvier 1916.

mentionné également cette donnée classique, à savoir que « le pou du corps ne pond que dans les vêtements et n'accroche jamais ses lentes aux poils », à propos du diagnostic des lentes qu'ils avaient rencontrées au niveau du pubis. Il s'agissait d'un malade porteur de poux de tête, exclusivement au niveau du pubis et de l'abdomen, sans qu'il y ait pédiculose du cuir chevelu. La symptomatologie était analogue à celle de la pédiculose ordinaire : prurit, lésions cutanées thoraco-abdominales, lésions d'infection secondaire.

J'ai cherché, parmi les nombreux malades atteints de pédiculose, avec lentes au pubis, s'il ne s'agissait pas de pédiculose de tête, sans en trouver. La pédiculose de tête est exceptionnelle aux armées, et je ne l'ai observée qu'une fois, chez un malade atteint d'impétigo de la nuque et des oreilles. Ce soldat était allé en permission une huitaine de jours auparavant chez ses parents, où se trouvaient ses trois enfants en bas âge, porteurs de nombreux poux de tête. Quelques jours après, il présente à la nuque et aux oreilles une éruption d'impétigo typique. Les cheveux étaient coupés ras, mais tenus peu soigneusement. On trouve, à la région occipitale, une dizaine de lentes, la plupart flétries, quelques-unes partiellement évoluées, et un pou de tête mort. La pédiculose paraissait en voie d'extinction spontanée.

Ce malade avait eu antérieurement de la pédiculose de corps, et présentait encore au pubis de nombreuses lentes, qu'après nos recherches, il est impossible de rattacher à sa pédiculose de tête.

Darier (1) (1909) considère également le pou du corps, comme ayant son principal habitat dans les vêtements. Il ajoute cependant : « Nous n'avons qu'exceptionnellement observé des lentes fixées aux parties velues du pubis et des aisselles. »

C. G. Delta (2) (1915), après avoir étudié les conditions de propation de deux épidémies de typhus à Alexandrie, souligne l'importance de la désinfection corporelle : « Pour obtenir cette destruction (des poux), il ne suffit pas de faire mettre à des personnes du linge et des habits propres, il faut aussi leur faire prendre un bain de propreté chaud, car si les poux se tiennent de préférence dans les habits (d'où leur nom de P. vestimenti), il n'en est pas moins certain qu'il s'en trouve également sur le corps. On peut en dire autant des lentes. »

Legroux (3) (1915) recommande un onguent à base de son mélange parasiticide destiné à obtenir la destruction des lentes accrochées aux différents poils du corps.

(1) Darier, *Précis de Dermatologie*. Paris, 1909.
(2) Delta, Sur la destruction des poux dans les épidémies de typhus exanthématique. *Presse médicale*, 20 mai 1915.
(3) Legroux, Sur la destruction des poux. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 21 juillet 1915, t. VIII, p. 470.

Brumpt (1) (1914), après avoir rapporté l'opinion classique, signale cependant un fait intéressant, en faveur de l'habitat du pou de corps sur la peau. Il a rencontré « une quantité prodigieuse de poux dans les colliers de verroterie et de graines, que portent certaines peuplades nues de l'Afrique ». Ainsi l'absence de vêtements n'entrave pas la pullulation de P. vestimenti.

Yoyotte (2) (1915) a recueilli des observations dans une ambulance de l'avant, et signale la présence exceptionnelle des lentes, mais par contre fréquente des poux au niveau des régions velues du pubis et de l'aisselle.

Lacassagne (3) (1916) n'a pas fait la même remarque, mais il a bien voulu citer les constatations d'ensemble faites par mon excellent collègue d'ambulance, le Dr Charlet. Il cite également la circulaire du 14 novembre 1914, transmise aux corps de troupe, qui définit ainsi l'habitat du pou de corps : Le parasite et ses œufs se trouvent surtout sur les parties velues du corps, dans les linges et effets en contact avec la peau..., plus rarement dans les vêtements. En conséquence, le corps et particulièrement les parties velues méritent une désinfection spéciale.

Swellengrebel (4) (1916), après avoir eu connaissance des constatations de Brauer rapportées ci-dessous, a expérimenté différents procédés de destruction des poux et des lentes sur le corps humain.

En Allemagne, les notions concernant l'habitat du pou de corps étaient avant la guerre les mêmes qu'en France. Le pou de corps vit dans le linge et les vêtements, telle était l'opinion courante, et telle est encore celle adoptée au cours de cette guerre par différents auteurs : Friedenthal, Stehli, Fasals.

Deux observateurs ont particulièrement signalé la présence du pou de corps et de ses lentes à la surface du corps.

Brauer (5) (1915) écrit : « La plupart des personnes infestées de poux ont des lentes non seulement dans le linge, mais aussi dans les poils génitaux, souvent en nombre tout à fait formidable. » Il a trouvé également des poux des vêtements dans les poils de l'aisselle et de l'anus. Tous les désinfectants sont inutiles, si on ne les emploie pas sur toutes les parties du corps.

Hase (6) (1915) dit que les notions concernant l'habitat du pou de

(1) Brumpt, *Précis de Parasitologie*, 2e édit. Paris, 1914.
(2) Yoyotte, Traitement de la gale et de la phtiriase aux armées. *Thèse*, Paris, 1915.
(3) Lacassagne, *Thèse* de Lyon, 1916.
(4) N. H. Swellengrebel, Quelques remarques sur la façon de combattre le pou des vêtements *Archives néerlandaises des Sciences exactes et naturelles*, série III, B., t. III, 1916, p. 1.
(5) A. Brauer, *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1915, p. 561.
(6) Hase, *loc. cit.*

corps sont complètement à reviser, et il donne une énumération des régions où l'on peut rencontrer des poux et des lentes, et parmi celles-ci le corps de l'homme, également en des points difficilement accessibles, comme le conduit auditif externe, la région génitale, entre les fesses jusqu'à la région anale ; tous les poils du corps, y compris les poils du visage. Cependant, pour Hase, les poils ne seraient colonisés par les poux qu'à « contre-cœur ».

*
* *

Les conclusions de cette étude sont les suivantes :

1° La présence fréquente de poux des vêtements à la surface du corps, et la présence habituelle des lentes au niveau des régions pileuses complètent les notions admises sur l'habitat du pou de corps. On ne doit plus dire : Le pou de corps vit exclusivement dans les vêtements, mais : Le pou de corps vit dans les vêtements et au niveau des régions pileuses du corps. Il a une prédilection marquée pour la région pubienne, où il trouve des conditions de retraite et de migration favorables, ainsi que de l'oxygène dont il est avide.

2° La recherche macroscopique des lentes au pubis, chez les sujets exposés à la pédiculose, fournit un rapide moyen de diagnostic.

3° Les lentes du pou de corps sont fixées aux poils à l'aide d'un ciment de forme habituellement triangulaire et régulièrement disposé. Il n'est irrégulier et latéral par rapport à la lente que quand les conditions locales d'insertion sont défectueuses.

4° En l'absence de poux, la numération des cellules du couvercle paraît constituer le meilleur moyen de diagnostic entre la lente du pou de tête et celle du pou de corps.

5° Au point de vue pratique, la connaissance de cette localisation implique une désinfection minutieuse du corps dans tous les cas de pédiculose, en insistant sur les régions pileuses. Les savonnages prolongés, suivis d'onctions antiseptiques, huile camphrée, sublimé acétique, essences, sont pratiquement suffisants. La tonte des poils du corps, facilement acceptée aux armées, supprime la possibilité pour quelques lentes d'échapper à l'action parasiticide. La désinfection des vêtements à l'étuve conserve toute sa valeur.

En cherchant par l'examen des pubis à dépister tous les pouilleux, et en prescrivant à leur entrée à l'ambulance une désinfection soigneuse du corps, nous avons pu, avec notre collègue Charlet, tout en traitant plus d'un millier de pouilleux, éviter l'infestation de la literie et du matériel d'ambulance, et préserver les autres malades de toute contamination.

LANGUE NOIRE ET KÉRATOCHROMOGLOSSITES (1)

Par le **Dr Lebar,**

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Faits histologiques. — Pour l'étude des filaments papillaires, voici notre technique : section aux ciseaux, dissociation dans l'eau, éclaircissement à la potasse, examen à faible grossissement, après léger écrasement sous lame et lamelle.

On voit des filaments allongés, de couleur brune, café au lait clair, dont la surface rugueuse, irrégulière, est comparable, selon la description classique aux grains d'un épi de blé. La coloration brunâtre est parfois plus marquée à la périphérie, le centre étant translucide comme de la gomme. On ne voit jamais dans le champ de la préparation, la couleur noire d'encre qui caractérise les filaments papillaires vus à l'œil nu. A un plus fort grossissement, les cellules épithéliales sont aplaties, imbriquées les unes dans les autres comme un « cornet d'oublis » (Lannois). L'extrémité effilée est tournée vers la périphérie, et ce sont les pointes diverses des cellules qui donnent cet aspect rugueux superficiel de la papille, que nous avons vu plus haut. Les cellules périphériques sont aplaties, en forme de lamelles, d'aspect uniformément jaune clair, sans trace de noyau. Plus on se rapproche du centre, plus les cellules deviennent gonflées, dodues, et quelques-unes présentent un noyau ovalaire. En somme, cellules périphériques dépourvues de noyau, colorées en rose par le picro-carmin, résistant aux alcalis et aux acides faibles, tels sont les caractères des éléments épithéliaux en voie de kératinisation. Est-ce là un phénomène anatomo-pathologique spécial à l'hypertrophie des filaments papillaires de la langue noire? nullement, puisqu'on peut le mettre en évidence sur des préparations provenant de langues *saburrales, chargées,* sans trace de coloration noire. Déjà Blegrad avait noté ce point avant nous : « Si l'on examine une préparation de langue habituellement chargée, abstraction faite de la longueur des papilles, il n'existe pas de différence essentielle entre celle-ci, et la préparation venant d'une langue noire » j'ai examiné 5 langues de ce genre ; les papilles étaient enlevées par la curette et examinées à l'état frais après action de l'acide acétique et de la potasse et incluses dans la paraffine. Toutes ces préparations ont montré que les cellules les plus superficielles présentaient tous les caractères du processus de la kératinisation. »

(1) Voir n° 9, p. 450.

Nos recherches concordent sur ce point avec celles de l'auteur suédois, et nous admettons avec lui que la kératinisation ne suffit pas à elle seule à caractériser la langue noire, comme le voulait Brosin. Il s'agit là, à notre sens, d'un processus anormal d'épidermisation cellulaire, rendu exagéré, monstrueux par des causes irritatives nombreuses et variées. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

L'examen direct n'a jamais révélé que les parties noires des papilles fussent celles qui présentaient le plus de microorganismes.

Enfin, il n'y a en aucun point de la préparation, en aucune cellule, trace de grain pigmentaire. L'eau, l'éther, la benzine, l'alcool n'épuisent aucune matière colorante. D'autre part, les réactions chimiques habituelles des pigments d'origine hématique, réactions ferriques, sont absolument négatives.

Je viens d'étudier l'histologie des filaments papillaires de la langue noire et des langues chargées prélevés par section ou raclage sur le vivant. Les renseignements fournis ont trait à un tissu arrivé déjà à son degré extrême d'évolution. Il était intéressant de connaître l'état anatomique des tissus muqueux et sous-muqueux. J'ai eu l'occasion d'observer un cas de langue noire chez un malade atteint de pneumonie gauche, et qui mourut le 6e jour. Arrivé à l'hôpital le 3e jour, il présentait sur la moitié droite de la langue, à égale distance du bord et du raphé, et à hauteur du V, un placard de couleur noire de 2 centimètres de long sur 1 de large. Le reste de la muqueuse présentait un gazon papillaire hypertrophié de couleur brun clair. Il n'y eut aucun traitement local institué. Après la mort, j'ai prélevé un fragment de muqueuse. Fixation dans le formol, colorations diverses, hématéine, éosine, thionine, van Giesson, Giemsa. M. Darier a bien voulu examiner ces préparations et voici la note qu'il a eu l'obligeance de nous remettre (fig. 1).

1° L'épithélium est un peu épaissi, les cellules rondes du corps papillaire sont plus abondantes que normalement.

2° Il y a une altération certaine de l'évolution des cellules malpighiennes. La couche basale et les 5 ou 6 assises subséquentes sont normales mais au-delà on voit deux sortes d'altérations :

a. Les cellules malpighiennes s'éclaircissent par suite d'un refoulement de l'exoplasme et d'une sorte d'œdème de l'endoplasme autour du noyau qui est pâle comme lavé de sa chromatine, se raccornit, se dessèche et disparaît par endroits. L'exoplasme des cellules forme comme une membrane à leur périphérie, il en résulte un réseau à mailles claires qui donne l'aspect d'une coupe de *tissu végétal*. Cette altération pénètre profondément dans les bourgeons interpapillaires.

b. Une autre altération, souvent combinée avec la précédente, consiste en l'apparition au sein des cellules de granulations irrégulières vivement colorées par l'hématoxyline et la thionine accompagnées d'une poussière, offrant les mêmes réactions, et de gouttelettes rondes. Cet aspect paraît correspondre à une sécrétion de kératohyaline et d'éléïdine dans ces cellules.

3° Il n'y a pas de stratum granulosum régulier, la couche cornée conserve ses noyaux mais pas partout.

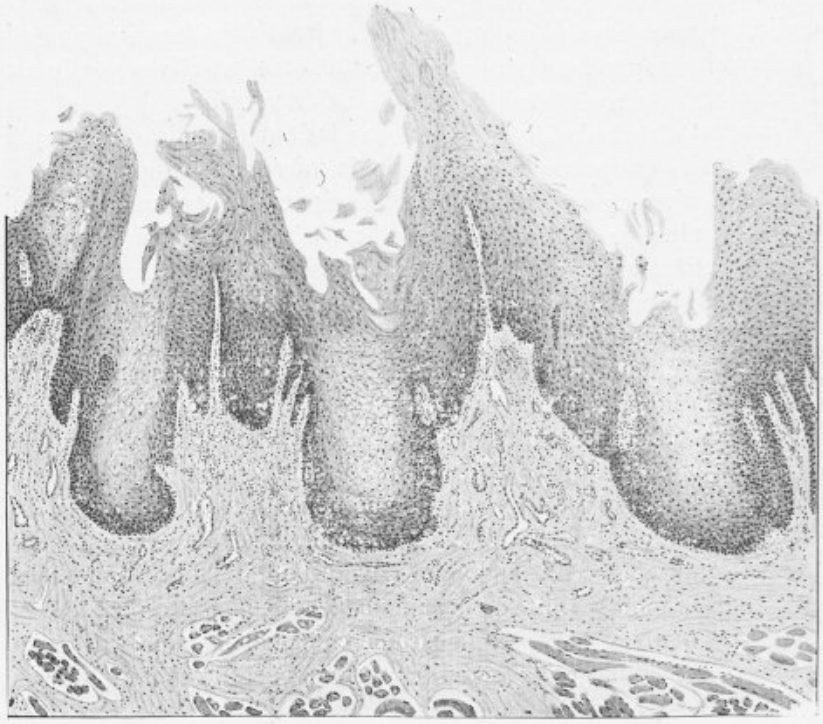


Fig. 1. — Coupe de langue noire chez un pneumonique.

4° En surface, les lamelles cornées sont entourées d'amas microbiens qui paraissent être des streptocoques.

5° On ne voit en aucun point trace de grains pigmentaires.

Sur un malade atteint de tuberculose pulmonaire, j'ai prélevé 24 heures après la mort un fragment de muqueuse linguale sur la partie médiane en avant du V. Cette muqueuse présentait le type dit *saburral* avec filaments papillaires hypertrophiés. Fixation au formol, inclusion à la paraffine, coloration à l'hématoxyline éosine, Giemsa. Voici ce que l'on observe (fig. 2).

Saillies des bourgeons papillaires exagérées, coiffées d'une couche cornée importante en certains points, à ondulations très marquées. Le noyau des cellules inférieures est très net. Dans les assises supérieures, il disparaît peu à peu dans un grand nombre d'entre elles. En un point de la préparation, le bourgeon papillaire est constitué par une accumulation considérable de strates cornés ; il n'y a pas de couche granuleuse régulière.

La couche basale et les couches suivantes des cellules malpighiennes,

présentent en certains points, l'aspect *en réseau à mailles claires,* avec aspect lavé du noyau, qui est raccorni plus haut et finit par disparaître.



Fig. 2. — Coupe d'un fragment de langue « suburrale » chez un tuberculeux.

Dans nombre de cellules malpighiennes existent des granulations de forme irrégulière vivement colorées par l'hématoxyline. En certains points, elles sont tellement tassées qu'elles paraissent de la poussière.

Dans le tissu sous-papillaire, il y a de nombreuses cellules rondes d'infiltration.

Comparons les résultats fournis par ces 2 préparations ; nous trouvons des éléments communs nombreux :

La couche cornée est épaissie dans les 2 cas, les cellules épidermiques conservant, en général, leur noyau jusqu'aux strates élevés.

Il n'y a pas de couche granuleuse bien définie.

Même aspect, dans les 2 préparations, de coupe de *tissu végétal.*

Il n'y a pas trace de grains pigmentaires dans les 2 cas.

Cellules rondes d'infiltration dans la couche sous-papillaire.

Présence de granulations dans les cellules malpighiennes.

Pour préciser ce point, j'ai eu recours à des colorations spéciales, suivant les techniques indiquées par Civatte (1). Ces manipulations

(1) Civatte, La chimie de la peau. *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie,* 1911, p. 659.

n'ont réussi, je l'avoue, qu'en partie, à cause du manque d'habitude. Néanmoins j'ai pu obtenir par la méthode « chlorure de fer-tanin » des coupes avec coloration rouge brun des couches cornées situées au-dessus des papilles, tandis que les cellules des bourgeons interpapillaires se coloraient en bleu.

Ces résultats ne sont pas suffisants pour préciser la nature de ces granulations. C'est une question qui reste en suspens.

Inoculations.

Depuis longtemps, les auteurs ont cherché à transmettre la mélanoglossie aux hommes et aux animaux. Tentatives aussi nombreuses qu'infructueuses.

Les recherches de Chantemesse et Podwysotski, Lucet, Wallerand, Gaucher, etc., etc., etc., sont restées également négatives.

J'ai repris ces expériences sur les animaux, sur l'homme malade, sur l'homme sain, toujours sans aucun résultat positif :

1° Sur la langue d'un lapin adulte j'ai appliqué par frictions répétées et énergiques des fragments de papilles noires fraichement prélevées: résultat négatif.

2° Application sur la langue d'un lapin adulte et frictions répétées avec des fragments de culture provenant de notre malade acromégalique : résultat négatif.

3° Sur la langue d'un chien adulte, soigneusement asséchée et bien raclée j'ai appliqué par frictions fortes, tantôt des fragments papillaires tantôt des éléments prélevés dans des cultures diverses : résultat négatif.

4° Le raclage de la langue du même chien fut fait assez énergiquement pour déterminer en certains points des petites suffusions sanguines. Ainsi préparée la langue fut arrosée et fortement frictionnée avec des débris papillaires noirs, ou des fragments prélevés sur des cultures : résultat négatif.

Les tentatives faites et répétées sur l'homme sain, puis sur l'homme malade n'ont pas été plus heureuses.

Voici quelques-unes de nos expériences :

1° Un premier sujet de 34 ans, hospitalisé dans le service pour un lumbago, à langue saine et rosée, fut inoculé avec des fragments de papilles, ou des cultures d'âge et de provenance diverses : résultat négatif.

2° Sujet de 38 ans atteint de syphilis gommeuse de la cuisse, même application, après frictions répétées, de débris papillaires. Dans les deux cas, résultat négatif.

Certains auteurs ont prétendu que le champignon de la langue noire se développe plus aisément sur des organismes déprimés, cachectiques ou fébriles. M'inspirant de cette opinion, j'ai inoculé des fragments de

papilles, en des éléments de culture à des malades réalisant au maximum les conditions vitales énoncées plus haut : Un sujet hémipléqique, en plein ictus apoplectique, fébrile, à langue sèche, rôtie, fut inoculé sans succès.

Même échec chez d'autres malades atteints de fièvre typhoïde, de tuberculose pulmonaire cavitaire, de cirrhose du foie, de péritonite tuberculeuse.

J'ai modifié les conditions de ces expériences ; au lieu de partir de cultures poussées à la température du laboratoire, j'ai utilisé des colonies qui avaient végété à l'étuve à 37°, plus près par conséquent des conditions habituelles de leur existence buccale. Toutes ces tentatives ont échoué.

Voici, enfin, la relation d'un cas, curieux, inattendu, dont l'explication reste mystérieuse. Je prescris un jour à un de mes malades atteint de langue noire typique un traitement d'attente ainsi formulé :

Glycérine.	15 grammes.
Craie préparée.	3 —

en applications linguales biquotidiennes. Le lendemain, à ma grande surprise, la lésion a pris une extension considérable. Localisée à la région du V, elle avait envahi la presque totalité de la langue. Cette expérience renouvelée sur le même malade, sur d'autres à la suite est toujours restée sans résultat. Le fait ne me paraît pas trouver actuellement d'explication.

Conclusion doctrinale.

J'ai longuement exposé et discuté dans les chapitres précédents les idées actuellement connues touchant la pathogénie de la langue noire. Des théories émises, l'une la théorie parasitaire s'écroule sous la poussée des objections accumulées. Le grand nombre des germes tour à tour regardés comme agents actifs de la maladie, l'impossibilité dans tous les cas que j'ai observés de retrouver un élément toujours identique, la présence de ces champignons dans la bouche des sujets sains, l'absence toujours constatée de la coloration noire dans les cultures, l'échec de toutes les tentatives d'inoculation chez l'homme et les animaux, voilà bien tout un ensemble de bonnes raisons qui nous autorisent à écarter la théorie parasitaire de la langue noire.

Les faits histologiques condamnent également la théorie pigmentaire. Toutes les recherches entreprises pour déceler les grains pigmentaires dans les filaments papillaires ont toujours été infructueuses.

J'estime que doctrinalement on peut mieux dire, je vais du moins essayer de le démontrer.

La question, à mon sens, doit être remaniée, et le cadre de l'affection élargi. Les faits cliniques m'ont montré qu'à côté de la langue noire, il y a place pour toute une série de cas où se retrouvent, à des degrés variables, les deux éléments principaux de la lésion, l'hypertrophie des papilles filiformes, la coloration anormale de leurs extrémités. On peut voir, d'autre part, pendant un temps plus ou moins long, la lésion se borner à l'allongement papillaire sans coloration noire, celle-ci apparaissant et disparaissant souvent en des conditions diverses, et pouvant présenter, par transition lente ou brusque, tous les degrés, depuis la teinte café au lait clair, jusqu'au noir le plus foncé. De sorte qu'il est légitime d'admettre l'identité clinique et anatomique des langues pileuses blanches, des langues brunes, et des langues noires, qui ne sont, à mon avis, qu'une seule et même lésion de degré différent et dont l'*élément commun,* foncier, est l'hypertrophie plus ou moins marquée des prolongements papillaires.

Dans cette manière de voir, la langue dite saburrale, doit nécessairement entrer dans le cadre de notre étude, puisque, je le répète, elle contient *toujours* un des éléments constituants de la lésion, l'hypertrophie papillaire, et très fréquemment le deuxième, la coloration anormale des extrémités filamenteuses. Observation clinique, soulignée et confirmée par l'histologie qui ne montre aucune différence essentielle dans la structure du filament coloré de la langue noire, et celui de la langue saburrale. Voilà pourquoi j'ai cru devoir désigner tous ces faits sous le nom de *kératochromoglossites.*

Ces faits s'observent assez fréquemment, à des degrés divers au cours d'affections de la cavité buccale ou de voisinage, affections aiguës, subaiguës ou chroniques, rhinopharyngites, adénoïdites, angines aiguës, syphilis ulcéreuse de la langue et du pharynx, stomatites dentaire ou mercurielle, lichen plan buccal, etc. Blegrad avait noté avant moi la coïncidence de ces faits. J'emprunte à la thèse de Charpy quelques autres exemples montrant la concomitance de la langue noire avec un état inflammatoire lingual ou bucco-pharyngé (1). Dans toutes ces affections, il se produit un état inflammatoire plus ou moins prononcé de la muqueuse linguale, une *glossite*. Celle-ci peut se produire sous divers modes : Soit qu'elle participe au processus général d'inflammation, et elle n'est alors qu'un élément solidaire de l'ensemble, soit que les réactions dont elle est le siège se font par voix réflexe ; et il est aisé d'en saisir le mécanisme. Quel que soit le siège de l'irritation initiale, amygdales, pharynx, cavum, gencives, estomac, poumon, elle est transmise par le trijumeau, le pneumo-gastrique ou le sympathique jusqu'au ganglion de Gasser et réfléchie à la muqueuse par la voie du

(1) Charpy, *Thèse de Paris,* 1904 : obs. 1. État inflammatoire lingual. — Obs. 2. Stomatite dentaire. — Obs. 4. Pharyngite. — Obs. 5. État inflammatoire lingual. — Obs. 7. Amygdalite aiguë pultacée.

lingual. C'est ce qui nous explique la topographie élective de la langue noire, dont la lésion est presque toujours située en avant du V, dans le territoire de distribution du nerf lingual.

Il est enfin un troisième mode de production : la glossite est fonction d'une irritation locale, d'une agression directe de la muqueuse superficielle par contact avec des substances étrangères. Je fais allusion aux nombreux malades, prompts, chaque fois qu'ils souffrent d'une affection de la bouche ou de la gorge, à sucer et laisser fondre sur leur langue, des pastilles médicamenteuses, dans la composition desquelles entrent pour une part importante des éléments comme le menthol, l'eucalyptol, le chlorate de potasse, etc., dont l'action irritante est indiscutable. J'en ai fait l'expérience sur moi-même : j'ai sucé à la dose de 10 à 12 par jour, des pastilles à base de menthol et borate de soude. Assez rapidement, il se produit une sensation de cuisson superficielle, de picotement de la muqueuse avec léger degré d'anesthésie, et au bout de 2 à 3 jours, la langue prend un aspect blanc porcelainé, conditionné manifestement par l'allongement et l'hypertrophie des papilles.

Et ces divers processus, inflammation propre de la muqueuse, irritation par voix réflexe, irritation directe par substances médicamenteuses, sont fréquemment associés.

La clinique révèle cet état de glossite superficielle, par les symptômes objectifs, rougeur, turgescence des bases papillaires, et subjectifs, cuisson, picotements ; l'histologie la confirme par la constation d'une infiltration plus ou moins grande de cellules rondes dans le derme. C'est ce que j'ai vu à l'examen anatomique de la muqueuse de mon malade pneumonique. Goodal (1), en étudiant histologiquement un fragment de muqueuse de langue noire note une infiltration assez abondante de cellules rondes. Mêmes constatations de Blegrad (2) dans son observation 2.

Ce retentissement muqueux d'origine complexe, amène nécessairement un surcroît de vie cellulaire dont le résultat le plus apparent est l'hypertrophie du filament papillaire.

A l'état normal, le revêtement superficiel de la muqueuse est composé de cellules pavimenteuses stratifiées, imparfaitement kératinisées, munies d'un noyau aplati et soumises à une desquamation incessante par le fait d'actions mécaniques répétées, telles que la mastication, la déglutition ou la parole. Vienne quelque cause d'irritation et d'inflammation locale, le processus d'évolution corné se modifie, la production et la multiplication cellulaire se font plus abondantes, plus rapides, la kératinisation des cellules plus active. Celles-ci deviennent par là plus adhérentes et échappent dans une certaine mesure au pro-

(1) Goodal, *Annals of Rhino-oto-laryngology*, février 1900.
(2) Blegrad, *loco citato*.

cessus normal de la desquamation. Le filament papillaire s'allonge et s'hypertrophie.

L'anatomie pathologique montre avec netteté cette évolution vers l'hyperkératose. L'épaississement de la couche cornée, dont les cellules les plus superficielles perdent en partie leur noyau, la présence d'éléidine dans les couches inférieures de l'épiderme, là où elle manque à l'état normal, établissent une analogie remarquable entre les lésions que nous constatons et l'épiderme cutané normal ou même en voie d'hyperkératinisation.

Contrairement à l'opinion de Brosin, l'hyperkératose n'est pas un phénomène spécial à la langue noire. Il n'est que l'exagération d'un processus, ébauché à l'état normal, mais *grossi*, rendu *monstrueux* pour ainsi dire, sous l'influence de la poussée cellulaire, elle-même fonction d'une inflammation de la muqueuse.

En somme, la glossite superficielle rend compte d'une manière acceptable d'un des éléments de la langue noire : l'hypertrophie et l'allongement papillaire.

Reste à expliquer le second facteur : la coloration anormale de l'extrémité filamenteuse.

Elle n'est pas due à la présence de grains pigmentaires comme le voulait Hyde Salter, ni à celle de particules charbonneuses, sorte d'anthracose linguale, comme le soutenait Wallerand (1). Au nom de l'histologie pathologique, ces deux manières de voir sont absolument condamnées.

Il importe également d'éliminer du cadre de notre étude les langues colorées artificiellement, par l'action étrangère, locale et accidentelle de substances teintées de noir, rouge, vert, etc. Il manque dans ces cas un des éléments fondamentaux de la lésion, l'hypertrophie papillaire. Cette coloration, d'ailleurs, s'efface et disparaît, lorsqu'on procède au nettoyage de la région par lavage et friction.

Voyons quelle est la valeur des causes invoquées pour expliquer cette coloration noire des extrémités papillaires.

Pour Blegrad, le tabac et les médicaments ingérés sont susceptibles de colorer les filaments linguaux en vertu de réactions purement chimiques. L'importance étiologique du tabac ressortirait nettement, d'après lui, du cas observé par Maraval (2) : chez un homme de 42 ans, la langue noire a disparu quand le malade a cessé de fumer. Deux mois après elle récidive parce qu'il a repris l'usage du tabac.

Cette observation est unique, et partant peu probante. Blegrad, qui en fait état en faveur de ses idées, confesse d'ailleurs que sur 73 individus porteurs de langue noire, il n'a rencontré que 16 fumeurs. Pro-

(1) Wallerand, *Thèse de Paris*, 1890.
(2) Maraval, *Bulletin de la Société de laryngo-oto-rhinologie*, t. 16, 1900.

portion bien réduite, eu égard au nombre considérable de ceux qui usent du tabac. Le cas de Maraval peut bien n'être qu'une pure coïncidence. Sur mes 19 observations, je ne trouve que 5 fumeurs. L'importance du facteur tabac me paraît donc bien minime, sinon nulle.

L'action colorante directe des médicaments ou des aliments ingérés joue aussi, pour Blegrad, un rôle capital, et il cite à l'appui de sa thèse les cas suivants empruntés à divers auteurs :

Un malade est porteur d'une langue saburrale qu'on peut appeler « à éclipse », c'est-à-dire qu'elle apparaît et disparaît tour à tour, jusqu'au jour où elle se transforme en un langue noire à l'occasion de l'ingestion de cachets (1). A ce moment, les papilles raclées réagissent au ferrocyanure de potassium et renferment un pigment granuleux compact (Dinckler) (2). Cette observation est très discutable. La réaction bleu de Prusse, sous l'influence du ferrocyanure de potassium et de l'acide chlorhydrique indique la présence dans les papilles d'un sel d'origine ferrique, qui peut très bien provenir des cachets ingérés et dont quelques particules, où l'élimination ultérieure a pu provoquer la réaction spécifique. Pour être convaincante, il eût fallu nous montrer les grains pigmentaires à l'intérieur des cellules du revêtement papillaire.

Une autre observation concerne une femme de 27 ans atteinte de sinusite maxillaire et opérée par la voie alvéolaire. Les filaments papillaires, d'abord gris bruns, deviennent noirs par place, à la suite d'application de gaze iodoformée dans la plaie opératoire.

Voici un autre cas observé par Balfour Graham (3). Il s'agit d'un homme atteint de carie de la première vertèbre dorsale, chez lequel la langue noire apparut à l'occasion d'un traitement mercuriel à haute dose. En même temps apparut une *stomatite* violente qui fit tomber toutes les dents.

Quelle que soit la nature du médicament en cause, fer, iodoforme, mercure, bismuth, opium (Blegrad), il est difficile de comprendre que la coloration noire des filaments papillaires soit un produit constant de substances si diverses aux réactions spécifiques si différentes. Autrement dit, étant donné le milieu buccal, toujours le même, alcalin ou acide suivant les cas, comment admettre que les réactions purement chimiques si nombreuses, si variées de ces médicaments aboutissent toujours à une coloration noire?

Si l'action agressive des substances pharmaceutiques est réelle, elle doit être interprétée, à mon sens, d'une manière différente.

Que ce soit lors de l'ingestion, ou au moment de leur élimination

(1) L'auteur ne précise pas lesquels.
(2) Dinckler, *Virchow's Archiv*, t. 118, cité par Blegrad.
(3) Balfour Graham, *British medical Journal*, 1884, vol. 1, p. 995, cité par Blegrad.

buccale, les médicaments agissent localement, directement sur la muqueuse à titre d'irritants de la muqueuse qui subit une inflammation de degré variable. Il y a glossite ; et celle-ci détermine, par le mécanisme indiqué plus haut, l'hypertrophie et l'allongement papillaire.

Reste l'hypothèse de Brosin, d'après laquelle la kératinisation des cellules superficielles filamenteuses, et leur vieillissement, sont la cause de l'aspect noir des extrémités papillaires. Ces cellules sont infiltrées d'une substance jaunâtre, bien visible au microscope, qui est la kératine. Isolée dans une ou plusieurs cellules, elle conserve son apparence ambrée ; mais, quand elle est vue en masse dans un placard pileux, elle prend cette apparence noire que nous constatons dans l'examen clinique. Il y aurait là en somme, purement et simplement, un phénomène d'optique. Cette manière de voir, si elle n'explique pas tous les cas de langue noire, est néanmoins satisfaisante pour un très grand nombre d'entre eux. J'adopte donc, en ce qu'elle a de foncier, l'interprétation de Brosin.

Mais, dira-t-on, si le vieillissement cellulaire peut être admis comme explication de la coloration noire, il ne saurait être valable pour les cas où les extrémités filamenteuses sont teintées de vert, par exemple? On peut répondre à cette objection de la manière suivante : Les papilles allongées, aux cellules vieillies, à l'aspect plus ou moins noir, sont préparées dans cet état, à subir l'action colorante de certaines substances de teintes variées : rouge, vert, bleu, etc. Une cellule épithéliale kératinisée est un élément qui n'est plus vivant, ou l'est beaucoup moins, qui est par conséquent plus sensible aux influences tinctoriales extérieures. Et il est essentiel de préciser que cette coloration est purement accidentelle, secondaire, et ne vient que s'additionner à un processus préalable qui a créé à lui seul la lésion. C'est ainsi que nous pouvons expliquer nos deux cas de langue verte. En voici un exemple significatif :

Un homme de 69 ans se plaint depuis plusieurs mois de troubles respiratoires divers avec accès dyspnéique, en rapport avec un état d'inflammation chronique rhino-pharyngien. Les dents sont en fort mauvais état et la stomatite importante. Depuis un an, il a l'habitude de sucer des pastilles vertes, dont il nous montre la boite, contenant du menthol et de l'eucalyptol. Il était déjà porteur, affirme-t-il, de placards noirâtres à la surface de la langue. Au bout de quelques jours, les placards virent peu à peu au vert, teinte qu'ils ont conservée depuis et que nous avons constatée. La suppression des pastilles a fait peu à peu disparaître la coloration verte ; mais les placards sont restés brun noirâtre.

Voici encore le cas d'un homme de 43 ans porteur d'une infiltration syphilitique de la paroi postérieure du pharynx. Il présente une langue dépapillée par places et, sur la ligne médiane, quelques îlots papillaires pileux dont la coloration est verdâtre. Or ce malade prend depuis le début de son obstruction pharyngée, des pastilles vert clair contenant, 2 centigrammes

de menthol, 10 centigrammes de borate de soude ; 1 milligramme de cocaïne et colorées en vert par un produit d'origine absinthique, comme en témoigne leur goût particulier. La suppression de ces pastilles fit disparaître peu à peu la coloration verte des îlots papillaires.

Au total, la succession des divers épisodes qui aboutissent à la production de la langue noire, s'échelonne de la manière suivante : *glossite superficielle* déterminée par une inflammation de voisinage ou d'un organe éloigné, *hypertrophie* et *allongement papillaire*, *coloration noire* massive par *kératinisation* et vieillissement cellulaire.

Les choses étant en cet état, une imprégnation secondaire de teinte rose, rouge, verte, bleue même, d'origine alimentaire ou médicamenteuse, va créer des *sous-variétés* de langue pileuse, rose, rouge, verte, etc.

A cette conception d'ensemble on peut apporter quelques objections. Voici le cas de notre malade acromégalique dont la langue noire persiste immuable depuis 6 mois. Il faut admettre ici que l'irritation, partie de la glande pituitaire, exerce une action modificatrice permanente sur la muqueuse linguale et sur l'évolution des cellules du corps muqueux. Il s'agirait ici d'un trouble trophique entretenu par une affection irritative ou dégénérative du système nerveux central ou périphérique.

C'est la conception soutenue par Charpy (1) dans sa thèse, où il étudie des cas de langue noire au cours de névralgie faciale, mal de Pott, tabès, etc. J'ai peu de tendance à adopter cette manière de voir, parce que la lecture de ses observations révèle un certain nombre de détails dont la valeur, méconnue par l'auteur, apporte aux idées soutenues par Blegrad et moi, une confirmation importante. Ainsi dans l'observation 4 je note que le malade était atteint de *pharyngite chronique*. Dans l'observation 5 le patient, externe des hôpitaux, est un *dyspeptique* invétéré, dont les papilles, chroniquement hyperthrophiées, deviennent peu à peu noires à l'occasion des poussées gastriques. Et l'influence de la dyspepsie sur l'allongement papillaire n'échappe pas à sa sagacité, puisqu'il dit : « Je ne sais l'influence de cette dyspepsie sur l'hyperthrophie des papilles. » Voici encore un point qui vient souligner la valeur de notre manière de voir (c'est le malade qui parle) : « La muqueuse stomacale n'est pas seule en cause ; *laryngo-pharyngite chronique granuleuse* remontant à l'âge de 14 ou 15 ans, semblant favoriser le retour de coryzas et angines aiguës. »

L'observation 6 montre enfin la transformation répétée de la langue blanche en langue noire, sous l'influence de poussées de gastrite chronique.

De sorte que dans ces observations, si la lésion du système nerveux intervient pour une part pour modifier le trophisme de la muqueuse,

(1) Charpy, *Thèse de Paris*, 1904.

nous y découvrons des raisons valables et suffisantes de glossite, avec les conséquences habituelles qu'elle provoque.

Parmi les faits que j'ai observés, il en est un où la langue noire est survenue à la suite de circonstances spéciales, bien définies, qui ont permis d'isoler avec précision les causes de la lésion.

Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, à lourde hérédité nerveuse, atteinte elle-même de morbus comitialis. En pleine santé apparente, et après quelques jours de grippe avec coryza, elle fait un grand syndrome hémorrhagique, avec purpura, melœna, stomatorragie, hémorragie utérine, rétinienne, etc. Une quinzaine de jours avant la mort, la langue devint pileuse, et les filaments papillaires, en avant pu V lingual, prirent à leur extrémité une teinte de plus en plus ardoisée. Gencives et langue n'avaient pas cessé de suinter. Les papilles raclées et lavées à l'eau distillée, et dissociées après écrasement sont soumises à l'action du ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique, qui donnent la réaction du bleu de Prusse. Portées au microscope, les papilles soumises aux vapeurs de sulfhydrate d'ammoniaque montrent nettement des grains pigmentaires noirs dans le stroma de la papille.

Le mécanisme de la coloration noire des extrémités papillaires est ici saisie sur le vif. Elle était due à la présence de grains pigmentaires d'origine hémoglobinique.

Le fait peut être rapproché des observations de Murisier (1), de Lausanne, qui a vu des plages pigmentées cutanées pouvant prendre naissance au point où des globules rouges provenant des vaisseaux dermiques avaient fait irruption dans l'épiderme. Il s'agirait là d'un cas de *pigmentophagie locale* d'origine hématique.

Au total, la théorie parasitaire ne peut plus, semble-t-il, être défendue. L'observation des faits nous conduit à une conception d'ensemble qui peut être résumée dans les propositions suivantes :

A. — A côté de la langue noire classique, il y a place pour toute une gamme de faits où les caractères fondamentaux, hypertrophie des papilles et coloration des extrémités filamenteuses, apparaissent à des degrés moindres. De là, des langues diversement colorées, depuis la langue *chargée*, *saburrale*, à papilles peu allongées et à peine teintées de brun, jusqu'aux *langues noires*, en passant par celles où la coloration est ambrée, jaunâtre, brune.

B. — *Il n'y a pas de différence essentielle entre la langue noire et la langue saburrale.* La clinique montre des placards pileux blancs, au milieu d'éléments noirs, avec toute la gamme des teintes intermédiaires. La langue pileuse blanche peut se muer en langue noire et réciproquement. L'histologie confirme ces faits en révélant l'identité de constitution de ces cas.

(1) Murisier, *XV^e réunion de l'Associat. des Anatomistes*, Lausanne, juillet 1913.

C. — Ces faits sont assez fréquents et s'observent chaque fois que la muqueuse linguale est le siège d'une inflammation, d'une *glossite*, conditionnée par une affection locale ou de voisiuage, ou par l'agression locale due à des médicaments irritants.

D. — Une des conséquences de cette glossite est un surcroît de vie cellulaire avec allongement et hypertrophie des papilles. Leurs extrémités deviennent brunes, noires, suivant le degré d'*hyperkératose* des cellules épithéliales. Et les placards apparaissent de préférence en avant du V, là où le traumatisme de la parole et de la mastication est réduit au minimum.

Telle est notre manière de concevoir la pathogénie de la langue noire. Elles est passible d'objections, je ne le méconnais point. Mais, à mon sens, celles-ci ne sauraient prévaloir contre l'ensemble des faits que j'ai apportés dans ce travail.

RECUEIL DE FAITS

PEMPHIGUS AIGU DIFFUS

Par MM. **W. Dubreuilh** et **R. Douence.**

Sous ce titre qui n'est peut-être pas à l'abri de la critique, nous donnons l'observation d'une malade que nous avons soignée à l'hôpital des Enfants de Bordeaux. La plupart des faits qualifiés de pemphigus aigu sont dus à des infections générales par des microbes divers. Notre cas ne fait pas exception à cette règle et il s'agit d'une éruption bulleuse pemphigoïde due à une infection générale qui s'est jugée par un abcès, mais elle est remarquable par l'allure suraiguë, la généralisation et la diffusion des lésions.

Les circonstances ne nous ont pas permis de faire les recherches microbiologiques qui s'imposaient, car en ce moment la pratique de la médecine nuit aux recherches scientifiques pures, et à l'arrière comme aux armées il faut aller au plus pressé.

Henriette V..., âgée de 14 ans et demi, est une grande et belle jeune fille, très bien développée pour son âge, bien que née avant terme (7 mois et demi). Nourrie par sa mère, elle a eu la rougeole à 6 ou 7 ans et a eu un peu d'impétigo à 10 ans.

Elle est entrée à l'hôpital des Enfants le 20 mars 1917 pour une appendicite dont elle souffrait depuis environ 3 mois. Opérée par M. le Dr Princeteau, le 4 avril. Opération absolument normale sans aucun incident. Depuis l'apparition des crises appendiculaires l'enfant était très constipée et n'a été à la selle que le 11e jour après l'opération, sous l'influence d'une purgation d'huile de ricin et après 3 ou 4 jours de douleurs violentes.

Dans la journée du 16 avril, en faisant le pansement de la plaie opératoire, l'attention fut attirée par l'aspect de la cicatrice qui était devenue noirâtre (aspect gangréneux) et entourée d'une zone bronzée qui s'est dans la soirée, transformée eu une grosse phlyctène se décollant au contact du doigt.

Dans la nuit du 16 au 17, vers 11 heures, l'enfant fut réveillée par une sensation de brûlure dans le dos comme si, suivant son expression, elle avait été aspergée d'eau bouillante. Cette sensation a ensuite gagné le dessous des bras et la figure, empêchant la malade de dormir et l'obligeant à rester assise sur son lit, le moindre contact lui étant douloureux.

A ce moment-là, on n'a remarqué rien d'anormal sur sa peau, ni bulle, ni phlyctène. Au matin, la sensation de brulûre a gagné le tour des yeux.

Dans la journée, la figure a enflé et on a mis l'enfant salle 22 (isolement) pour érysipèle.

19 avril. — La face est légèrement rosée, les extrémités remarquablement pâles. Tout le dos est occupé par une immense phlyctène flasque ; il n'y a pas de rougeur ou à peine, pas de gonflement, très peu de suintement, mais l'épiderme décollé, mince et souple, forme comme un vaste voile appliqué sur le derme, glissant et se plissant sous le moindre frôlement du doigt. Dans les parties où cette sorte de voile est déchiré, on voit le derme rosé et humide. Des lésions du même genre se voient un peu partout.

Au pourtour des yeux, l'épiderme est de même décollé, plissé, mobile sur le derme ; le moindre contact est douloureux ; le bord des paupières est couvert de pus, mais les paupières ne sont ni enflammées, ni gonflées ; les conjonctives sont normales ou à peine rouges, la cornée est normale.

Autour de la bouche, sur une largeur de plusieurs centimètres, on trouve le même décollement épidermique mal limité. Le bord incarnat est squameux, couvert de lambeaux épidermiques mous. L'ouverture de la bouche est douloureuse. La muqueuse buccale est normale, sauf la langue qui est desquamée avec quelques lambeaux blanchâtres.

Un peu partout, sur le tronc et les segments supérieurs des membres, se trouvent de larges décollements épidermiques de la grandeur de la main en moyenne. Ces plaques sont difficiles à délimiter, parce que là où l'épiderme décollé est réappliqué sur le derme et ne fait pas de plis on ne voit réellement rien d'anormal, il faut toucher pour s'apercevoir que l'épiderme est flottant et se laisse plisser ; d'autre part, l'épiderme du voisinage se laisse décoller au moindre frottement, il est donc difficile de déterminer la limite entre le décollement accompli et le décollement virtuel.

Sur les avant-bras et les jambes, sur les mains et les pieds, la peau est tout à fait normale, mais le coup d'ongle met en évidence avec une netteté extrême le signe de Nikolsky. Le moindre frottement avec la pulpe du doigt décolle l'épiderme qui se mobilise et se plisse.

La cicatrice opératoire présente une teinte brunâtre. Elle est du reste normale, mais au voisinage l'épiderme est largement décollé. Température 37°,2-38°,2.

20 avril 1917. — Température 37°,8-39°. Tout le corps est semé de bulles variant du volume d'une noix à une pomme. Les bras, les jambes, les pieds, tout est couvert, ainsi que le front et le cuir chevelu.

Légères traces d'albumine dans l'urine, on institue un traitement : granules de strychnine, poudrages abondants à la poudre de talc, grands bains tièdes.

Du 21 au 26 avril, la température oscille entre 38° le matin et 40° le soir, sans grands frissons, mais état général grave, abattement extrême, anorexie, insomnie. Il se forme un peu partout de grandes bulles ou de larges phlyctènes remplies de sérosité louche ou de pus parfois un peu bleu. Ces bulles se rompent et l'épiderme se rapplique sur le derme ou elles se déchirent laissant de vastes surfaces excoriées, douloureuses et suintantes. C'est ainsi que tout le dos ne forme qu'une plaie ainsi du reste

que la face postérieure des membres ; les moindres mouvements sont douloureux. Le décollement de l'épiderme est universel comme sur un foetus macéré, comme si tout le corps avait été échaudé.

Le traitement a consisté en grands bains prolongés, des lavages avec de l'eau légèrement alcoolisée et des poudrages avec de la poudre de talc avec 0,50 pour 100 d'acide salicylique.

3 mai 1917. — La température est tombée à la normale. L'enfant se sent beaucoup mieux. La desquamation est générale sous forme de grands lambeaux minces et secs comme de la pelure d'oignon. Nulle part il n'y a plus ni suintement, ni phlyctène. Les parties qui avaient desquamé dès le début sont actuellement sèches, recouvertes d'un épiderme normal qui ne se laisse détacher par le coup d'ongle que peu ou pas du tout.

Au niveau de la cicatrice opératoire, on trouve une tuméfaction grande comme la main, dure à la périphérie, fluctueuse au centre, soulevant la peau qui n'est pas rouge. La pression y est douloureuse. Il y a là évidemment dans la paroi une grosse collection de pus.

4 mai 1917. — L'abcès de la paroi abdominale est incisé. Il s'agit d'une collection de pus grisâtre, normal, d'environ 125 à 150 centimètres cubes. A partir de ce moment la température reste normale. L'épiderme se reforme rapidement et l'enfant sort, le 23 mai 1917, complètement guérie. Le signe de Nikolsky a complètement disparu et l'épiderme est partout solidement adhérent.

L'éruption ne réalisait pas le faciès du pemphigus, mais elle en présentait cependant les principaux caractères, notamment le signe de Nikolsky exagéré. Si les bulles ont été relativement peu nombreuses, c'est que l'étendue extrême du décollement épidermique ne leur a pas permis de se former. Si les altérations épidermiques avaient été moins étendues et moins accusées, l'éruption eût été franchement pemphigoïde.

L'étiologie n'a pas pu être déterminée d'une façon précise, faute de recherches microbiologiques, mais quoique le microbe causal n'ait pu être déterminé, la marche de la maladie montre bien qu'il s'agit d'une infection générale partie de la cicatrice opératoire, elle a donné lieu à une fièvre à grandes oscillations, ce qui nous avait fait porter un pronostic grave, puis elle s'est jugée par un gros abcès de la cicatrice qui a joué le rôle d'un abcès de fixation. La température est tombée dès que le pus a été collecté.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné.

L'état gastro-intestinal dans l'acné vulgaire (Gastro-intestinal findings in acne vulgaris), par Ketron et King. *The Journal of the American medical Association,* 26 août 1916, p. 671.

Nombreuses sont les causes prédisposantes de l'acné vulgaire ; il semble, cependant, que les troubles gastro-intestinaux sont le plus fréquemment en cause. Dans une série de 30 cas d'acné, pris au hasard et examinés au point de vue gastro-intestinal (repas d'épreuve et radioscopie), K. et K. ont trouvé 18 cas de sfase gastro-intestinale des plus nettes, permettant de conclure à l'absorption de substances toxiques et aucun des 30 cas ne présentait un état parfaitement normal. Par ordre de fréquence, les affections constatées ont été pour l'estomac : l'hyperacidité, dans 48 pour 100 des cas, la ptose gastrique (40 pour 100), la rétention, l'atonie gastrique, et pour l'intestin : la stase cæcale (46 pour 100 des cas), la ptose du colon (36 pour 100). Dans la plupart des cas, ces affections ne se manifestaient par aucun signe clinique important. S. Fernet.

Anatomie de la peau.

De l'évolution de la peau et de ses modifications avec l'âge, par Ed. Retterer. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie,* 16 décembre 1916, p. 1113.

Étude des modifications corrélatives du derme et de l'épiderme avec l'âge, sur la peau de la région aréolaire, dans le sexe féminin. Pour R. les couches superficielles du derme et les papilles en particulier sont produites par la transformation des cellules épithéliales en tissu conjonctif, transformation particulièrement active dans le jeune âge et chez l'adulte. Dans la vieillesse, lorsque l'épithélium cesse de proliférer et que les derniers prolongements épidermiques subissent cette métamorphose, l'épiderme non seulement s'amincit et sa surface profonde tend à devenir plane, mais, ne fournissant plus d'élément cellulaire au derme, il contribue à l'atrophie de ce dernier. Pour suivre les modifications des cellules épithéliales au cours de leur transformation en éléments conjonctifs, l'attention doit se porter surtout sur les deux caractères suivants : 1° le pigment ; 2° l'espace ou cytoplasme périnucléaire clair. R.-J. Weissenbach.

Angiokératome.

Recherches histologiques sur l'angiokératome du scrotum et sur la classification des angiokératomes (Histologische Forschung von Angiokeratom am Scrotum und über die Einteilung von Angiokeratomen),

par F. Nagamatsu. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie,* juin 1916.

L'angiokératome du scrotum, moins rare qu'on ne pourrait le croire, doit être mis à part de l'angiokératome de Mibelli lequel est localisé aux extrémités et coïncide avec des engelures ou de l'asphyxie locale et de l'angiokératome simple qui est susceptible de se surajouter à toute télangiectasie persistante. N. croit qu'une inflammation chronique intervient pour faciliter, au niveau des points de bifurcation veineuse, la production de dilatations vasculaires.

Pellier.

Angiomes.

Sur les angiomes avec hyperkératose, l'angiokératome symétriqne en surface (Beitrag zu Angiomen mit Hyperkeratose. Das symmetrische, flächenhafte Angiokeratom), par Sh. Matsumoto. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie,* nov. 1915.

Il faut distinguer du type Mibelli les hyperkératoses survenant au niveau d'angiomes vasculaires ou de télangiectasies acquises. M. décrit en outre un type spécial sans élevures verruqueuses, symétrique et accompagné d'hyperhidrose.

Pellier.

Cancer de la peau.

Le rôle étiologique du tissu cicatriciel dans le cancer de la peau (The etiologic role of scar tissue in skin cancer), par Heidingsfeld. *The Journal of the American medical Association,* 18 novembre 1916, p. 1499.

H. cite deux cas de dégénérescence épithéliomateuse au niveau de cicatrices étendues de brûlures. Il rappelle, à ce sujet, la fréquence des dégénérescences malignes des cicatrices en général, quelle qu'en soit l'origine (cicatrices de lupus vulgaire ou érythémateux, cicatrices de syphilides profondes, de rayons X, de leucoplasie). Plus la cicatrice est étendue, plus la menace est grande. Histologiquement, il s'agit toujours, dans ces cas, d'épithéliomes spino-cellulaires, par conséquent relativement malins. S. Fernet.

Craw-craw.

Le craw-craw. Beaucoup de cas de craw-craw ne sont que des dermo-épidermites ulcéreuses microbiennes (streptococciques, etc.), par H. Gougerot. *Journal des praticiens,* 17 mars 1917, p. 163.

Pour G. on confond sous le nom de craw-craw des affections cutanées différentes : pyodermites végétantes, ulcérations ecthymateuses développées sur des placards d'épidermite microbienne exulcéreuse suintante et érythématosquameuse, certaines lésions papuleuses exulcérées d'origine filarienne probable. Les dermo-épidermites ulcéreuses microbiennes streptococciques, staphylococciques, etc..., seraient les plus fréquemment observées. En posant ce diagnostic et en appliquant le traitement antiseptique local on guérira en peu de jours et à peu de frais des lésions réputées rebelles et qui s'éternisaient depuis des mois.

R.-J. Weissenbach.

Cuir chevelu (Affections du).

La teigne amiantacée d'Alibert et les infections microbiennes du cuir chevelu, par H. Gougerot. *Le Progrès Médical,* 31 mars 1917, p. 101.

G. en s'appuyant sur 5 cas où coexistent la teigne amiantacée et des in-

fections du cuir chevelu, furoncles, impétigo, etc..., émet l'hypothèse que la teigne amiantacée est due à une infection microbienne ou mieux à une association microbienne streptococcique ou staphylococcique avec un autre germe, peut-être, le bacille bouteille de Malassez. R.-J. Weissenbach.

Érythème.

Érythème noueux chez une hérédo-syphilitique, par A. Vahram. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie,* 3 février 1917, p. 127.

Jeune fille de 18 ans, atteinte d'érythème noueux intéressant les membres supérieurs, nodosités rouges et douloureuses dont l'apparition remonte à huit jours. Arthralgies. Température : 38°,1. Pas de signes cliniques ni radioscopiques de tuberculose ; cutiréaction négative. Dents de Hutchinson ; leucoplasie buccale ; réaction de Wassermann positive. La malade est soumise aux injections quotidiennes intramusculaires de 2 centimètres cubes de soufre-mercure colloïdal. Dès la deuxième injection, on remarque que les nodosités s'affaissent. La guérison est complète après la sixième injection. R.-J. Weissenbach.

Folliculite.

Un cas de folliculite décalvante et de lichen spinulosus (A case of folliculosis (folliculitis ?) decalvans et lichen spinulosus), par Wallace Beatty et Spears. *The British Journal of Dermatology,* sept. 1915, p. 331.

Observation d'une femme, âgée de 43 ans, présentant une folliculite décalvante qui, après 10 ans d'évolution, se complique d'une éruption généralisée rappelant le lichen spinulosus. B. et S. rapprochent ce cas d'un fait semblable décrit par Graham Little sous le nom de « folliculitis decalvans et atrophicans » et proposent de donner à cette association particulière le nom de « syndrome de Lassueur et Graham Little ». S. Fernet.

Glossite.

Glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue (Glossitis rombeidal media de la casa dorsal de la lingua), par Sanz de Grado. *Actas dermo-sifiliográficas,* n° 2, p. 107.

Un syphilitique de 23 ans, présente sur la partie médiane de la face dorsale de la langue une lésion losangique avec angles un peu arrondis. Toute la lésion est constituée par une dépapillation de la langue qui contraste et se détache clairement du reste de la langue et de toute la muqueuse buccale, laquelle est absolument normale, avec quelques points saillants au centre du losange. Date du début inconnue. Indolence absolue. Il s'agit de la lésion décrite par Brocq.

L'observation de G. n'explique pas plus que les précédentes la nature et la pathogénie de cette affection. J. Méneau.

Leishmaniose.

Deux cas de leishmanioses dermiques provenant du Pérou et observés en Asturies (Dos infurnos de Leishmaniani dérmicos procedentes del Perú y observados in Asturias), par J. Moran. *Actas dermo sypliográficas,* VIII[e] année, n° 1, octobre-novembre 1915, p. 1.

Le 1[er] malade, âgé de 30 ans, présente un bouton sur l'avant-bras droit

qui aboutit à un ulcère de la dimension d'un douro. Pendant son évolution, il en apparaît un autre au bout du nez qui met à nu la sous-cloison, la muqueuse et les ailes du nez, le mois suivant un sur la région mammaire et 2 mois après un autre sur la jambe droite. Actuellement, ces lésions rappellent les lésions tertiaires ; le nez détruit présente un cloaque creusé comme par une tarière au milieu de la cloison sous-nasale. L'état général s'est maintenu bon. Amélioration par la neige carbonique (une fois par semaine, pendant cinq semaines).

Le 2e malade, âgé de 40 ans, eut en septembre 1912 d'une lésion sur le poignet droit, qui s'étendit au côté gauche, avec prurit, mais sans ulcération. Le pavillon de l'oreille gauche, le nez s'ulcèrent, la voûte du palais se prend, ainsi que le pharynx et le larynx, d'où aphonie. Un traitement antisyphilitique restant sans résultat, on le soumet aux injections d'hémo-mixture Cuni (chlorhydrate d'émétine), amélioration. J. Méneau.

Lichen.

Lichen porcelainé, par H. Gougerot. *Paris Médical,* 30 décembre 1916, p. 571.

La lésion présente tous les caractères de configuration et les variétés morphologiques du lichen plan. Ce qui la caractérise c'est sa teinte blanche, brillante, opaque, de porcelaine ou d'émail blanc ; la nappe lichénienne a la blancheur brillante et nette de ces deux substances, tantôt d'un blanc pur, tantôt d'un blanc bleuté. La surface est plane lisse, continue, brillante surtout à jour frisant. Les placards sont habituellement peu nombreux, moins nombreux que dans le lichen plan typique. L'évolution est chronique : en 2 ou 3 ans le placard atteint 20 à 40 millimètres de diamètre. Le prurit est exceptionnel, mais le plus souvent les placards sont douloureux spontanément et surtout à la pression. R.-J. Weissenbach.

Lupus érythémateux.

Un cas de lupus érythémateux aigu (A case of acute lupus erythematosus), par Barber. *The British Journal of Dermatology,* 6 octobre 1915, p. 365.

La malade, âgée de 43 ans, présente un lupus érythémateux occupant la face, les oreilles, le cuir chevelu, le cou, les mains et les coudes et évoluant par poussées successives depuis 15 ans. Au moment d'une poussée aiguë accompagnée de phénomènes généraux intenses (40° de température, céphalées, délire, etc.), on pratique une culture sur les matières fécales et on obtient une culture pure de streptocoques longs. La malade est mise au régime du lait caillé seul et en l'espace de quelques jours les phénomènes généraux régressent et finissent par disparaître, l'éruption se décongestionne. On pratique alors une nouvelle culture sur les matières fécales et on n'obtient cette fois que des coli-bacilles.

B. se demande si un certain nombre de cas de lupus érythémateux ne seraient pas dus à l'absorption de toxines d'une infection streptococcique anormale du tube digestif. S. Fernet.

Lupus vulgaire.

Sur le lupus miliaire disséminé de la face (Über Lupus miliaris dis-

seminatus faciei), par Sh. Dohi. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie,* mai 1915.

Une écolière de 15 ans présenta en différents points de la face une éruption assez symétrique de nodules de dimensions variables entre une tête d'épingle et une lentille, de couleur rouge ou parfois livide. La structure de ces éléments consiste en un tissu de granulation affectant tous les étages du derme et pénétrant même le tissu cellulo-graisseux, et composé de cellules épithélioïdes, de lymphocytes, avec cellules géantes et caséification centrale. Les réactions à la tuberculine ont été négatives mais les lésions ont cédé momentanément à des injections répétées de alt-tuberculine. D. considère ces lésions comme une tuberculose d'origine hématogène. Pellier.

Médicamenteuses (Éruptions).

Erythème scarlatiniforme aigu produit par la quinine (Eritema escarlatiniforma agudo producido para la quinina), par Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* octobre-novembre 1915, p. 77.

Une jeune fille de 18 ans, atteinte de grippe, prend 0.30 de quinine. Le même jour, aggravation subite de l'état morbide avec apparition d'une éruption rouge, sèche, modérément prurigineuse. La malade ayant pris néanmoins le lendemain à nouveau 0.30 de quinine, est atteinte d'érythème scarlatiniforme généralisé typique sans angine, ni langue scarlatineuse, ni fièvre. Régime alimentaire sévère (lait, purée de féculents, farineux). Desquamation par larges lambeaux. Guérison, avec comme séquelle, trois petits foyers d'hidrosadénite axillaire droite. Cet érythème serait un syndrome d'anaphylaxie, d'intolérance ou d'idiosyncrasie, de susceptibilité individuelle, comme on disait jadis. J. Meneau.

Érythrodermie exfoliante consécutive à des injections de néosalvarsan (Exfoliative dermatitis following neosalvarsan injections), par Bine. *Boston medical aud Surgical Journal,* 20 juillet 1916, p. 96.

Une jeune fille de 19 ans reçoit deux injections de 0,90 centigrammes de novarsénobenzol avec 6 jours d'intervalle et, simultanément, des injections mercurielles insolubles. L'éruption débute 8 jours après la seconde injection de novarsénobenzol, et simule d'abord une éruption artificielle localisée aux avant-bras. En quelques jours elle se généralise, prend l'aspect d'une éruption scarlatiniforme et aboutit à une érythrodermie exfoliante généralisée s'accompagnant d'un prurit intense, d'œdème de la face et d'un état subictérique. Cet état reste stationnaire pendant 4 mois, puis s'atténue peu à peu. S. Fernet.

Sur un cas de toxidermie bulleuse à type pemphigoïde, par ingestion d'antipyrine, par H. Méry et P. Goscheau. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 24 novembre 1916, p. 1916.

Un soldat reçoit une injection de 2 centimètres cubes de vaccin antityphoïdique mixte T. A. B., l'injection de 1 centimètre cube de vaccin faite huit jours auparavant n'ayant été suivi d'aucun accident ; le lendemain, il absorbe un cachet d'antipyrine et présente dans la soirée des frissons, de la fièvre et une éruption. Celle-ci débute par la verge et le scrotum, s'étend aux membres supérieurs puis inférieurs, puis au cou. Eruption sur les

muqueuses (pharynx, langue, conjonctive oculaire) dès le deuxième jour de l'éruption. Chaque élément éruptif est constitué par un placard érythémateux sur lequel se forment rapidement phlyctènes ou bulles, qui s'affaissent au bout de 48 heures. Au douzième jour de l'éruption existaient encore une vive rougeur des conjonctives, de la labialite avec formation de croûtelles noirâtres sur la lèvre inférieure, la langue était complètement desquamée et la face interne des joues portait des exulcérations. Deux fois antérieurement le malade avait présenté même éruption après absorption d'antipyrine. Le vaccin n'a joué aucun rôle dans la genèse de l'éruption, le malade ayant subi, sans avoir présenté antérieurement d'éruption, plusieurs injections de vaccin. R.-J. Weissenbach.

L'adrénaline combat l'iodisme, par G. Milian. *Paris Médical,* 5 mai 1917, p. 374.

En s'appuyant sur les résultats obtenus dans deux cas d'intoxication iodique par l'ingestion d'adrénaline, M. préconise l'emploi systématique de celle-ci contre les accidents de l'iodisme. L'adrénaline s'emploie non seulement à titre préventif, mais aussi à titre curatif des accidents déclarés, particulièrement des accidents muqueux et laryngés graves. Les phénomènes vaso-moteurs seuls peuvent être influencés et M. ne pense pas que les accidents acnéiques et anthracoïdes, qui ne relèvent pas de la même pathogénie, puissent être évités par l'emploi de cette méthode. Pour être efficace, l'adrénaline doit être employée à doses suffisantes : au moins six milligrammes par ingestion en deux fois par 24 heures, ou deux injections sous-cutanées ou intra-musculaires de un milligramme. R.-J. Weissenbach.

Myase cutanée.

Sur un cas de myase (Sobre un caso de micosis), par Santiago Baralino Amadea. *Revista del circulo medico argentino* in *la Prensa medica*, 15 mai 1915, p. 48.

Homme de 30 ans, ayant eu un chancre simple de la verge; six mois après sur le dos du pénis, petite élevure indolore, non inflammatoire qui s'ulcéra au bout d'un an. L'ulcère s'étendit et apparururent des vers. Le pénis est tuméfié avec paraphimosis. Le patient se plaint de fortes douleurs spontanées. La partie dorsale présente un ulcère de 6 centimètres de long sur 3 et demi de large, à bords bien arrondis, à fond irrégulier mais peu profond, d'où coule du pus et du sang. Son odeur rappelle celle de l'ozène. Sur le reste de la peau du pénis, on trouve une sorte de tunnel qui le sépare des corps caverneux remplis de larves. On en relève environ une centaine. Guérison rapide. Les larves appartenaient à la Lucilia mecellaria. Cette observation est intéressante en raison du siège de la lésion. J. Méneau.

Mycose.

Mycose cutanée, par Petges. *Réunion médicale de la V^e^ armée,* 24 juin 1916 *in La Presse Médicale,* 31 août 1916, p. 385.

Chez un soldat de 42 ans, déjà traité dans une ambulance, 6 mois auparavant, pour une lésion semblable dont la cicatrice rappelle celle d'une ulcération sporotrichosique guérie. Le malade présente, au moment de l'entrée, dans la région du coude gauche, trois gommes ramollies prêtes à

s'ulcérer et deux ulcérations profondes dont les caractères cliniques sont ceux des lésions sporotrichosiques. Les cultures du pus des gommes fermées faites sur milieu de Sabouraud permirent d'isoler un champignon assez différent du sporotrichum et dont P. poursuit l'identification. Guérison en un mois par l'iodure de potassium. R.-J. Weissenbach.

Neurofibromatose.

Un cas de neuro-fibromatose, par Gouget. *Réunion Médicale de la Ire armée*, mars 1916. *Presse Médicale*, 13 juillet 1916, p. 309.

Soldat de 32 ans. Le début de la maladie remonte à 11 ans : sur tout le corps mais surtout sur le tronc petites tumeurs hémisphériques ou pédiculées du volume d'un grain de mil à celui d'une grosse noisette de teinte brun clair. Pas de trouble de la sensibilité. Une dermatolysie étendue de la région lombosacrée. Des taches de teinte café au lait existent sur le tronc ainsi qu'une pigmentation diffuse du thorax. Les nerfs cubitaux paraissent régulièrement épaissis dans la gouttière épitrochléenne. L'état psychique est un peu spécial : l'homme, très taciturne, recherche l'isolement. On ne relève aucun cas analogue dans sa famille.

Ce soldat ne souffre guère de son affection ; seules les tumeurs dorsales le gênent un peu pour porter le sac : il paraît donc, jusqu'à nouvel ordre parfaitement apte au service armé. R.-J. Weissenbach.

Parapsoriasis.

Pityriasis lichenoïdes chronica, par Wise. *The Journal of the American medical Association*, 15 juillet 1916, p. 159.

Observation clinique et microscopique d'un cas de parapsoriasis lichénoïde présentant de nombreuses analogies avec le lichen plan. Seule, l'absence de lésions buccales et de papules nettement polygonales, a permis de faire le diagnostic qui, ultérieurement, fut confirmé par l'examen anatomo-pathologique. S. Fernet.

Pemphigus des nouveaux nés.

Épidémies de pemphigus des nouveau-nés à Chicago (Epidemies of pemphigus neonatorum in Chicago). par Falls. *The Journal of the American medical Association*, 18 novembre 1916, p. 1522.

Au cours de huit petites épidémies de pemphigus des nouveau-nés, observées à Chicago, F. a cherché à différencier l'agent pathogène de cette affection. Il a trouvé, dans tous les cas, une variété particulière de staphylocoque qui, ni au point de vue coloration, ni au point de vue biologique, ne se distinguait du staphylocoque banal, mais qui, cependant, présentait une tendance constante à reproduire des lésions bulleuses. Morphologiquement, dans les cultures, il différait du staphylocoque en ce qu'il se présentait sous forme de diplocoques légèrement incurvés et ayant tendance à former de courtes chainettes. Il a été pathogène pour certains animaux (surtout le lapin), chez qui il provoque la mort en moins de 8 jours sans donner de lésions bulleuses. Quelques bulles avortées ont pu être reproduites chez le singe. Une lésion typique de pemphigus fut obtenue sur le bras de l'auteur après inoculation de la culture. S. Fernet.

Professionnelles (Dermatoses).

De certaines professions prédisposant aux maladies de la peau (Certain occupations as contributing factors to diseases of the skin), par WHITE. *The Boston medical and Surgical Journal,* 13 juillet 1916, p. 35.

Exposé très complet des causes d'ordre professionnel prédisposant ou occasionnant des affections de la peau. Après une revue rapide des maladies des régions tropicales, des maladies parasitaires, microbiennes, de celles qui sont dues à l'excès d'humidité, de lumière, de chaleur, de froid, W. s'occupe surtout des éruptions artificielles et des eczémas provoqués par les contacts fréquents avec les substances irritantes : certaines plantes et surtout les produits chimiques, tels que couleurs d'aniline, teintures diverses, poussières métalliques, liquides et gaz caustiques. Il résulte de cet exposé qu'il est peu de professions qui n'exposent à aucun danger du côté de la peau et qu'il serait utile d'en instruire les intéressés afin de leur faire prendre les précautions nécessaires pour les éviter, précautions spéciales à chaque profession.

S. FERNET.

Provoquées (Dermatoses).

Les éruptions provoquées, par MILIAN. *Paris Médical,* 5 mai 1917, p. 343.

M. étudie, en insistant sur leur étiologie, les caractères différentiels permettant de les diagnostiquer et leur prophylaxie, les éruptions provoquées suivantes : les dermites pustuleuses causées par l'application d'huile de croton ou le thapsia, les éruptions bulleuses ou phlycténulaires causées par l'application des substances vésicantes, les dermites eczématiformes ou érysipéloïdes, les œdèmes, les faux ulcères de jambes, les fausses plaques muqueuses.

R.-J. WEISSENBACH.

Porokératose.

Porokératose papillomateuse palmaire et plantaire, par Ch. MANTOUX. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 1er décembre 1916, p. 1982.

Soldat de 25 ans, sans antécédents héréditaires, atteint depuis 6 mois de tuberculose pulmonaire chronique, arrivée au stade de ramollissement. Les lésions cutanées remontent à 3 ans et demi; elles se sont développées progressivement sans occasionner de gêne. Elles siègent exclusivement aux mains et aux pieds, sur les faces dorsales comme sur les faces palmaires et plantaires mais prédominant sur celles-ci. L'élément primitif est constitué par un grain corné à centre noirâtre qui semble inclus dans l'épaisseur de l'épiderme ; à son niveau la surface de l'épiderme est légèrement déprimée ; cette dépression siège toujours sur le sommet d'une crête papillaire. Les éléments plus âgés montrent à la place de la dépression épidermique une petite perte de substance au fond de laquelle on aperçoit une sorte de végétation, présentant une surface noirâtre, finement lobulée. La végétation s'élimine ensuite, laissant, en tombant, un véritable petit puits, à margelle légèrement surélevée, à fond rosé formé par la couche profonde de l'épiderme. Les éléments de divers âges s'agminent pour former des placards d'aspect verruqueux, saillants, d'étendues variées, atteignant, dans leurs plus grandes dimensions de 2 à 3 centimètres. Mais de très nombreux élé-

ments restent isolés ponctuant de la façon la plus irrégulière la surface palmaire des doigts. Parmi les éléments de la face dorsale, certains sont centrés par des poils, d'autres ne le sont pas.

M. insiste sur l'existence des éléments sur la face dorsale de la main et du pied, localisations qui n'ont pas encore été rencontrées dans les observations publiées. Le cas rapporté n'éclaire ni l'étiologie ni la pathogénie de l'affection. R.-J. Weissenbach.

Psoriasis.

L'origine tuberculeuse du psoriasis, par E. Gaucher. *Paris Médical,* 5 mai 1917, p. 342.

C'est par l'observation de la complication cutanée finale, mortelle, du psoriasis, de sa transformation en pityriasis rubra chronique secondaire, que G. a été amené, il y a plus de vingt ans, à soupçonner l'origine tuberculeuse du psoriasis, les cas de pityrianis rubra chronique secondaire consécutifs au psoriasis observés par G. s'étant tous terminés par une tuberculose pulmonaire mortelle à marche rapide.

La tuberculose et le psoriasis coexistent très fréquemment chez les malades ou dans leurs familles. Le psoriasis est très fréquemment associé à diverses formes ou localisations de la tuberculose : pulmonaire mais plus encore osseuse, articulaire, ganglionnaire. Le psoriasis doit être considéré comme une tuberculose cutanée toxinique, au même titre que le lupus érythémato-squameux. Au point de vue objectif, il y a, d'ailleurs, des transitions entre la papule squameuse du psoriasis et certaines papules désignées sous le nom de parapsoriasis, dont un certain nombre ont dû être rattachées à la tuberculose cutanée toxinique. R.-J. Weissenbach.

Nouveau mode de traitement du psoriasis par une solution vraie, injectable de soufre pur. — Utilisation de l'eucalyptol dans le traitement des dermatoses, par Louis Bory. *La Presse Médicale,* 7 juin 1917, p. 331.

B. a obtenu, chez six malades atteints de psoriasis rebelle aux traitements externes, une amélioration remarquable et, chez deux autres malades, la disparition de l'éruption par des injections intramusculaires de soufre et d'eucalyptol en solution dans l'huile de sésame. R.-J. Weissenbach.

Purpura.

Purpura fulminans. Septicémie méningococcique suraiguë, par Le Pape et Guy Laroche. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 2 juin 1916, p. 888.

Soldat de 21 ans entré à l'hôpital avec le diagnostic de « purpura aigu et coma ».

Début brusque par de la fièvre, des vomissements, sans signes méningés. Coma 24 heures après le début. Au moment de l'hospitalisation constatation d'une éruption purpurique en plaques, généralisée à tous les téguments, prédominant aux membres, sans éruption des muqueuses. T°: 40°. Splénomégalie. Pas de signes méningés. La ponction lombaire donne issue à un liquide légèrement trouble, hyperalbumineux, contenant quelques cellules endothéliales sans polynucléaires ni lymphocytes, et une énorme quantité

de diplocoques gram négatifs. Une hémoculture est pratiquée par ensemencement du sang en bouillon peptone foie. Le malade meurt 48 heures après le début des accidents. Une injection de 30 centimètres cubes de sérum antiméningococcique intra-rachidien avait été faite trois heures avant. A l'autopsie, congestion de l'encéphale : les liquides céphalo-rachidien et ventriculaire présentent les mêmes caractères que le liquide de la ponction lombaire. Les microbes isolés du liquide céphalo-rachidien et du sang, pendant la vie, étaient identiques. Cultivés, ils donnèrent des cultures ayant les caractères morphologiques et biochimiques (fermentation des sucres) de celles du méningocoque de Wechselbaum : ils étaient agglutinés par le sérum anti-méningococcique au 1/100 et ne l'étaient pas par le sérum anti-paraméningococcique. R.-J. Weissenbach.

Éruption purpurique généralisée à très larges éléments chez un paludéen, par F. Rathery et F. Lévy. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 7 juillet 1916, p. 1095.

Une observation de purpura généralisé à grands éléments, apparu au cours d'un accès fébrile paludique. R. et L. insistent sur les points suivants : éruption purpurique à larges manches, se faisant en plusieurs poussées, la poussée initiale étant la plus violente et la plus étendue ; existence au centre de certains éléments purpuriques de vésicules ; caractère récidivant de l'éruption qui se reproduit environ tous les 3 ou 4 mois, chacune des récidives semblant conditionnée par une crise de paludisme ; tous les accès présentés par le malade ne déterminent pas des poussées purpuriques, celles-ci semblent survenir seulement lors des accès particulièrement violents. R.-J. Weissenbach.

Présence des méningocoques dans les éléments purpuriques de l'infection méningococcique, par A. Netter et M. Salanier. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* 22 juillet 1916, p. 670.

Trois observations. La première concerne un nourrisson de 6 mois, présentant un exanthème rappelant celui de la rougeole remplacé par une éruption de taches purpuriques sur la face, les fesses et les jambes. T° 40°-41°. Pas de signe de méningite, liquide céphalo-rachidien normal. Ultérieurement apparaissent une irido-cyclite droite et une arthrite du coude gauche. Amélioration sous l'influence de 50 centimètres cubes de sérum anti-méningococcique polyvalent intra-rachidien en 3 injections et de 80 centimètres cubes sous-cutanés en 8 injections. Certaines des taches purpuriques évoluent vers l'escharification. Mort par érysipèle de la face.

La deuxième observation concerne un enfant de 5 ans et demi pris brusquement de vomissements, de douleurs généralisées, éruption de taches pétéchiales sur le thorax et la cheville gauche avec T à 40°. Ultérieurement généralisation de l'éruption purpurique, avec apparition de signes méningés. Le liquide céphalo-rachidien trouble renferme des polynucléaires et des méningocoques.

Dans ces deux observations l'examen sur frottis de la sérosité obtenue par scarification des taches a permis de déceler la présence de diplocoques ne prenant pas le Gram. L'ensemencement du sang a donné un résultat négatif.

Dans une troisième observation de méningite aiguë à début purpurique l'examen des frottis de la sérosité des taches n'a pas permis d'y retrouver de germes. R.-J. Weissenbach.

Nouveau cas de purpura suraigu, sans méningite cérébro-spinale. Nature méningococcique reconnue du vivant du malade grâce à l'examen microscopique, par A. Netter, M. Salanier et Mme Wolfromm. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie,* 18 novembre 1916, p. 973.

Observation de purpura aigu fébrile généralisé chez un nourrisson de 10 mois. Sur les frottis de la sérosité sanglante obtenue par scarification au vaccinostyle des plaques purpuriques N., S. et W. ont constaté la présence de diplocoques en grains de café ne prenant pas le Gram, isolés et peu nombreux, qu'ils identifient au méningocoque. Il n'a pas été fait de culture et d'identification bactériologique plus complète. Le liquide céphalo-rachidien contenait une quantité normale d'albumine, 6 leucocytes par millimètre cube, pas de germes à l'examen direct ; les cultures sont restées stériles. Une injection de 20 centimètres cubes de sérum antiméningococcique intra-rachidienne a été pratiquée. L'enfant est mort 48 heures environ après le début des accidents. R.-J. Weissenbach.

Pyodermites.

Fréquence, polymorphisme et importance des streptococcies cutanées aiguës et chroniques. — Dermo-épidermite streptococcique aiguë, érythémato-papuleuse, vésiculeuse, érosive ou pustuleuse en plaque à progression centrifuge, par H. Gougerot. *Journal des Praticiens,* avril et mai 1917, p. 257 et 275.

G. décrit sous le nom de dermo-épidermite streptococcique aiguë érythémato-papuleuse, vésiculeuse, érosive ou pustuleuse en plaque à progression centrifuge une forme nouvelle de streptococcie dermo-épidermique très rapprochée par sa symptomatologie de l'érysipèle et, dans certaines formes, de l'impétigo et de l'ecthyma. G. décrit les caractères cliniques qui permettent de la distinguer de ces infections cutanées et insiste sur l'importance, la fréquence et le polymorphisme des streptococcies cutanées aiguës et chroniques, spécialement de celles qui compliquent les plaies et traumatismes de guerre, graves ou minimes, et signale l'intérêt pratique, pronostique et thérapeutique, de leur connaissance. R.-J. Weissenbach.

Ls pyodermites et leur traitement dans une ambulance d'armée, par Carle (de Lyon). *Paris Médical,* 5 mai 1917, p. 376.

Exposé d'une méthode de traitement des pyodermites nécessitant un minimum de composants thérapeutiques : l'eau bouillie, l'huile de cade, l'oxyde de zinc, la vaseline, la teinture d'iode. R.-J. Weissenbach.

Traitement des dermo-épidermites microbiennes, par H. Gougerot. *Paris Médical,* 6 janvier 1917, p. 28.

G. passe en revue le traitement des différentes formes des dermo-épidermites microbiennes de guerre, infections cutanées dues aux microbes de la suppuration, surtout les streptocoques et les staphylocoques, le plus souvent complications des plaies fistuleuses. Non traitées, leur évolution

est chronique, sans tendance à la guérison, et les auto-inoculations fréquentes. Traitées, elles guérissent rapidement en deux à huit semaines, d'ordinaire en quatre à six semaines, sauf s'il y a association d'une dermatose : eczéma, ecthyma térébrant. R.-J. Weissenbach.

Radiumthérapie.

Le radium dans le traitement du cancer et de plusieurs autres affections de la peau (Radium in the treatment of cancer and various other diseases of the skin), par Simpson. *The Journal of the American medical Association,* 18 novembre 1916, p. 1508.

S. emploie le radium pour le traitement des épithéliomes de la peau et des muqueuses, des nævi vasculaires, des chéloïdes, du lupus vulgaire et érythémateux, du sycosis, du prurit anal, de la lichénification. Il en recommande l'emploi, en particulier, pour le traitement des épithéliomes inopérables et des nævi vasculaires. S. Fernet.

Sporotrichose.

Deux cas de sporotrichose confondus avec la syphilis (Sporotrichose lymphangitique de la fesse et adénite inguinale à point de départ anal. — Sporotrichose lymphangitique du membre inférieur avec adénites inguino-crurales et ostéoarthrite d'un doigt), par Gougerot. *Annales des maladies vénériennes,* novembre 1916, p. 664.

Le diagnostic clinique, basé sur l'aspect mixte des lésions gommeuses ulcérées, tantôt tuberculoïde, tantôt syphiloïde, et sur leur trajet, exactement celui des lymphatiques, fut confirmé par la culture et le succès rapide du traitement ioduré. M. Govaerts.

Thérapeutique dermatologique.

L'héliothérapie en dermatologie. La helioterapia en dermatologia, par J. F. de la Portilla. *Actas dermo-sifiliográficas,* décembre 1915, janvier 1916, p. 102.

Les rayons solaires chimiques possèdent une action bactéricide directe sur les agents microbiens ; l'action destructive qu'ils exercent contre le bacille de Koch, que l'on sait très résistant aux autres traitements, est intéressante et absolument certaine.

Outre cette action locale, la lumière a une action générale, due à l'absorption des rayons chimiques qui sont probablement transformés dans le sang en d'autres moins nuisibles et qui stimulent peut-être les échanges organiques, facilitent les combustions et tonifient l'organisme en général, en le mettant en état de se défendre plus facilement contre l'infection.

Cette double action antiseptique et tonique explique ses effets dans diverses affections de la peau, surtout dans les dermatoses d'origine tuberculeuse, notamment dans le lupus.

Il est possible que l'héliothérapie soit capable à elle seule de guérir ces processus comme Rallier semble l'indiquer, mais il faudrait du temps et ce mode de procéder serait d'autant moins justifié qu'il n'y a aucun inconvénient à associer à la cure de soleil les autres agents thérapeutiques connus.

L'héliothérapie, maniée avec prudence, est un procédé d'une inocuité absolue, mais il faut étudier la susceptibilité de chaque malade. J. Méneau.

Tuberculose cutanée et des muqueuses.

Traitement chimiothérapique de la tuberculose cutanée par le cyanure d'or et de potassium. — Note préliminaire avec la description d'une méthode originale simplifiée par les injections intraveineuses de cette médication (Tratamiento quimioterápico de la tuberculosis cutánea por el cianuro de oro y potasio. — Nota preliminar con la descripción de un método original simplificado, para los inyecciones intravenosas de dicha medicacion), par Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1913, p. 223.

A. a simplifié la méthode en usage en se contentant d'injecter 4 à 5 centimètres cubes d'une solution de cyanure d'or et de potassium à 1 pour 100 avec une seringue de 5 centimètres cubes, trois fois par semaine, dans les veines, par série de 15 injections avec repos d'environ 30 à 40 jours entre chaque série. La tolérance des veines est telle que plusieurs malades ont pu recevoir dans la même veine et sur un trajet de 1 centimètre de 50 à 60 injections sans éprouver le moindre trouble et être en état d'en recevoir encore autant. J. Méneau.

Tuberculose miliaire ulcéreuse primitive de la bouche (Tuberculosis miliar ulcerosa primitiva de la boca), par Sainz de Aja. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1913, p. 271.

A la suite de l'extraction de deux molaires par un charlatan avec les doigts, un homme de 35 ans, hyperchlorhydrique, vit survenir sur la gencive qui contenait l'alvéole de la molaire supérieure extraite un petit point blanc qui fut bientôt suivi d'un groupe d'autres qui s'ulcéraient sans causer grande douleur. Un mois après l'extraction et quinze jours après le début des lésions gingivales, apparaissent de nouvelles ulcérations nettement tuberculeuses, grosses comme un grain de mil ou de chènevis, sur la muqueuse de la joue droite au point de contact avec la molaire extraite et la gencive correspondante, sur la muqueuse qui forme le repli gingivo-génien droit, à la face supérieure de la langue et le fond de la bouche. L'état général a progresssivement baissé avec perte des forces et inaptitude au travail. Rien au poumon. Les lésions buccales sont néanmoins de nature tuberculeuse et s'accompagnent de lésions secondaires du larynx, de l'anus, de la prostate et des vésicules séminales. La tuberculose primitive de la bouche serait due peut-être au lait que prenait presque exclusivement le malade contre son hyperchlorhydrie, ou à ses couverts, sa pipe ou des cure-dents ayant servi à ses dents contaminées. Le pronostic est très grave. Le traitement devra être général et local. J. Méneau.

Verrues.

Enorme verrue végétante traitée par la neige d'acide carbonique (Enorme verruga vegetante tratada por la nieve de ácido carbónico), par Ledo. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1914, p. 236.

Un industriel âgé de 67 ans présente sur la région scapulaire une grosse verrue en forme de champignon, d'un diamètre de 5 centimètres, épaisse de 2 centimètres, reposant sur la peau saine par un rebord de 1/2 centimètre, brun foncé, grasse, molle, mamelonnée, sillonnée, laissant au grat-

tage une surface papillomateuse qui donne du sang, très sensible. Traitement par grattage superficiel suivi d'application de trois secondes de neige carbonique. Guérison en onze séances. Belle cicatrice. J. Méneau.

Traitement des verrues par la lumière solaire concentrée, par E. Vallet. *La Presse Médicale,* 24 mai 1917, p. 297.

V. utilise pour concentrer les rayons solaires la loupe des dermatologistes, de 7 centimètres de diamètre et de 9 centimètres de longueur focale environ. Le plan de la loupe est placé bien perpendiculairement aux rayons du soleil, de manière à avoir comme foyer une zone punctiforme qu'on arrête sur un point de la verrue : trois à quatre secondes d'action sont suffisantes pour chaque portion de la verrue, successivement traitée. Soit pusillanimité du sujet, soit ardeur du soleil trop forte, on doit parfois en rapprochant la lentille élargir le cercle lumineux pour diminuer l'action thermique : on prolongera dans ces cas le temps d'action de la lumière. Après une seule irradiation la verrue s'affaisse. Quatre ou cinq jours plus tard on abrase les parties mortifiées et on procède à une deuxième irradiation d'une durée de une à deux minutes, mais cette fois en rapprochant la loupe, de telle sorte que la verrue se trouve dans une zone circulaire dont le diamètre sera déterminé par l'intensité du rayonnement solaire et de façon à rendre l'irradiation supportable pendant le temps indiqué. En une semaine la partie profonde du papillome se détache sous forme d'une croûte brune épaisse. Les petites verrues disparaissent en général après la première irradiation. V. pense qu'on pourrait appliquer ce traitement aux épithéliomes cutanés, nævi, etc... R.-J. Weissenbach.

Xeroderma pigmentosum.

Xeroderma pigmentosum; épithéliomé guéri par le radium (Xeroderma pigmentosum, epitelioma curado con el radium), par Covisa. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1913, p. 217.

F. de 25 ans atteinte de xeroderma typique avec épithéliomes de la lèvre supérieure et de la paupière inférieure. Le premier, profondément excavé, donnait lieu à des douleurs et des hémorragies. C. a employé une petite capsule de l'appareil de Wichmann (de Hambourg) contenant 10 milligrammes de bromure de radium à 50 pour 100 avec une intensité de radiation de un millimètre d'unités d'uranium, sans filtre. Sept séances de une heure de durée chacune ont amené, en 3 ou 4 semaines, la disparition de l'ulcération avec belle cicatrice lisse. Sept autres séances consacrées à la moitié inférieure donnèrent d'aussi bons résultats, avec guérison parfaite. L'épithéliome de la paupière supérieure, peu superficiel, a également guéri complètement. J. Méneau.

Sur la nature des tumeurs dans le xeroderma pigmentosum (Über die Arten der Geschwülste beim Xeroderma pigmentosum), par K. Nakagawa. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie,* mars 1916.

L'examen de huit tumeurs a montré cinq épithéliomes du type pavimenteux (dont un nævo-carcinome), une corne cutanée, un fibrome et un mélano-sarcome.

Les rayons solaires jouent probablement le rôle principal dans leur pro-

duction. L'extirpation semble le traitement de choix ; le radium a donné à N. de bons résultats. PELLIER.

Zona.

Cas de zona simultané des troisième et huitième segments dorsaux du côté gauche chez un enfant de 11 ans (Case of simultaneous herpes zoster of the third and eighth dorsal segments of the left side in a boy aged 11), par GRAHAM LITTLE. *Proceedings of the Royal Society of medicine. Dermatological Section,* avril 1915, p. 130.

Début par le segment inférieur, sans douleur prémonitoire. Six placards s'étendant de la ligne médiane antérieure jusque presque à la ligne médiane postérieure, suivant le niveau attribué au 8e dorsal d'après les diagrammes de Head. Les deux jours suivants, l'éruption envahit le 3e segment dorsal sous forme de deux larges placards, l'un au-dessus du sein gauche dont il était séparé de deux travers de doigt et un au niveau de l'épine de l'omoplate. Il y avait aussi une petite plaque rouge sans vésicules au milieu de la surface interne du haut du bras. Ici la douleur fut très vive. L'enfant aurait fait une chute sur le pavé deux jours avant, mais ne présentait ni douleur vertébrale ni plaie J. MÉNEAU.

Développement d'un zona dans le domaine du plexus lombaire et du plexus sacré, à l'occasion d'une méningite cérébro-spinale. Réapparition d'un zona dans le plexus lombaire, six mois après au cours de la convalescence d'une pneumonie, par A. NETTER. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie,* 29 juillet 1916, p. 755.

Au cours d'une méningite cérébro-spinale un enfant de 14 ans, présente une éruption d'herpès sur la paroi abdominale *droite,* le pubis, le triangle de Scarpa *gauche,* la verge, le prépuce, le périnée et le *pourtour* de l'anus. Six mois plus tard à la convalescence d'une pneumonie apparaissent deux placards d'herpès l'un de 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large, au niveau de la partie inférieure *droite* de l'abdomen, l'autre de la dimension d'une pièce de cinquante centimes au niveau du triangle de Scarpa *gauche.* R.-J. WEISSENBACH.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Infection blennorrhagique.

Infection blennorragique et microbisme latent, par M. Braillon. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 12 novembre 1915, p. 981.

Il s'agit d'un sujet qui contracta en 1905 une blennorragie aiguë, compliquée de prostatite. Au bout de 5 semaines, la guérison clinique paraissait obtenue. Neuf ans plus tard, à la suite de multiples fatigues physiques et d'émotions supportées au cours du premier mois de la guerre, puis en captivité, une nouvelle uréthrite apparaît, en l'absence certaine de toute réinfection : dans l'écoulement, la présence du gonocoque est constatée, puis l'uréthrite évolue et se termine comme une affection franchement aiguë, sans aucune suite ; ces accidents articulaires apparaissent à marche subaiguë et aboutissent eux aussi à la guérison complète.

En l'absence certaine de réinfection d'origine génitale, l'hypothèse d'une réinfection d'autre origine ne pouvant être retenue, force est d'invoquer la première infection, datant de neuf ans, comme étant la cause de l'uréthrite actuelle, malgré l'absence de toute manifestation d'uréthrite chronique, malgré l'absence de lésions canaliculaires ou glandulaires objectivement constatables.

Le sujet se trouvait dans des conditions évidentes de dépression physique et morale, conditions qui diminuent les défenses antitoxiques et antiinfectieuses de l'organisme, mais une explication pathogénique ne paraît valable et complète que si on peut savoir comment ces conditions générales ont pu modifier d'abord localement l'immunité prostatique et uréthrale. Malgré l'apparence paradoxale que peut prendre cette opinion, B. voit dans la continence observée la cause locale de la repullulation du germe : non seulement, en effet, la suppression du massage prostatique physiologique, la suppression du drainage physiologique assuré par des habitudes génitales régulières, peut être invoquée, mais l'inhibition même des sécrétions génitales, réalisée par des préoccupations professionnelles, intellectuelles et morales, absorbant au maximum le fonctionnement du système nerveux aux dépens des excitations sexuelles d'origine cérébrale, a dû tarir dans une mesure importante la sécrétion prostatique elle-même. Le gonocoque a pu ainsi se trouver en présence d'humeurs et de tissus profondément modifiés dans leurs propriétés antiinfectieuses et antitoxiques, réinfecter la glande et envahir l'urèthre. R.-J. Weissenbach.

Pathogénie de l'infection gonococcique. — Action des courants énergétiques de l'organisme sur l'automobilité du gonocoque, par E. Roucayrol. *Paris Médical,* 13 janvier 1917, p. 37.

La voie lymphatique est une voie d'exception pour l'infection générale

gonococcique à point de départ urétral ; la voie sanguine est une voie d'infection momentanée ; la voie nerveuse serait la voie habituelle. La migration rapide de microbes privés de tout organe locomoteur au sein de conducteurs solides, tels que les filets nerveux, s'explique d'une façon satisfaisante si on fait appel à certaines connaissances que nous possédons en mécanique et en électricité. Les faits sur lesquels R. s'appuie pour étayer ses hypothèses : motilité par rotation du gonocoque, charge électrique des gonocoques, rôle des courants énergétiques parcourant les filets nerveux et provoquant l'automobilité du gonocoque, influence du ralentissement ou du renversement de l'influx nerveux, ne peuvent être exposés dans une analyse sommaire. R.-J. WEISSENBACH.

Parauréthrite blennorrhagique.

Sur la parauréthrite gonococcique (Über die Paraurethritis gonorrhoica), par Sh. DOHI. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie,* juillet 1915.

Sur 673 blennorhagiens D. a trouvé 24 diverticulites dont 2 sur le raphé du pénis et 22 sur les lèvres du méat. Il a eu de bons résultats avec des injections de nitrate d'argent au moyen d'une aiguille mousse. PELLIER.

Méningite blennorragique.

Contribution à l'étude de la méningite blennorragique, par Aug. BLIND et Raoul RICARD. *Paris Médical,* 21 avril 1917, p. 312.

Soldat âgé de 30 ans ; a eu des rapports avec une femme les 25 septembre et 28 octobre 1916. Le 29 octobre il est pris brusquement d'un violent frisson suivi de céphalée et de courbature. Le 31 octobre, syndrome méningé complet : raideur de la nuque, signe de Kernig, céphalée, vomissements, température 39°,8. Le méat semble un peu humide, mais il n'y a pas d'écoulement et le sujet affirme n'en avoir jamais présenté.

Le 1er novembre, même état. La ponction lombaire laisse écouler un liquide limpide, contenant quelques rares lymphocytes ; il n'y a pas d'albumine ; on ne peut pas y déceler de germes, ni à l'examen direct ni à la culture. Amélioration. On constate l'existence d'un écoulement urétral abondant, renfermant de nombreux gonocoques. Le 3 novembre, poussée d'herpès des oreilles. Les accidents méningés rétrocèdent rapidement ; l'écoulement urétral se tarit en un mois.

B. et R. concluent de l'étude de ce cas, qu'à côté de la méningite blennorragique tardive, il existe une méningite blennorragique précoce ; peu fréquente, elle est caractérisée par une septicémie, par une fixation secondaire de l'infection sur la séreuse méningée et par une évolution vers la guérison après fixation ultérieure de l'infection sur la muqueuse urétrale. Le liquide céphalo-rachidien ne présente pas de gonocoques décelables et ne présente qu'une légère lymphocytose ; il n'est pas à l'état d'hypertension. R.-J. WEISSENBACH.

Lésions blennorragiques de l'œil.

Kératite blennorrhagique après réinjection de vaccin gonococcique. Conjonctivite blennorrhagique métastatique (Keratitis gonorrhoica nach Reinjektion von Gonokokkenvakzin. Konjunktivitis metasta-

tica gonorroika), par J. Stretel. *Muenchener medicinische Wochenschrift*, 1914, n° 26, p. 1448.

S. commence par rappeler le travail d'ensemble de Heerford sur la kératite blennorrhagique d'origine endogène, hématogène.

Dans le cas de S., il s'agit d'un homme de 25 ans atteint de blennorrhagie avec efflorescences cutanées hyperkératosiques et irido-cyclite chez lequel on vit, après injection de vaccin gonococcique, survenir une infiltration de la cornée.

S. donne ensuite trois observations personnelles de conjonctivite blennorrhagique métastatique. Ch. Audry.

Vaccinothérapie de la blennorrhagie.

Sur le traitement vaccinal de la blennorrhagie infantile (Zur Vakzinebehandlung der kindlichen Gonorrhoe), par R. Hamburger. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 15, p. 759.

Même en injection intra-veineuse, et en admettant qu'on puisse supprimer tous les dangers et inconvénients de ces dernières, le traitement vaccinal est insuffisant pour guérir la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles. Ch. Audry.

Autosérothérapie de la blennorrhagie.

L'autosérothérapie appliquée au traitement de l'orchite blennorragique, par Wagon. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 25 juillet 1916, p. 81.

Dans 4 cas d'orchite blennorragique, W. a appliqué l'autosérothérapie : ponction de la vaginale ; du liquide recueilli, on injecte 1 centimètre cube sous la peau de la cuisse du patient. Le traitement n'est pas douloureux et a été suivi d'amélioration immédiate et de la guérison clinique en 6 à 8 jours. M. Govaerts.

Blennorrhagie dans l'armée.

La blennorragie et ses principales complications chez les militaires hospitalisés pendant le premier semestre de la guerre, par L. Bizard, J. Delcamp et J. Bralez. *Annales des maladies vénériennes*, février 1915, p. 65.

104 soldats ont été soignés pour blennorragie, soit 1/6 des malades hospitalisés pendant cette période dans le service de Gaucher à Saint-Louis. Ce qui frappe dans l'examen de ces cas, c'est : 1° La gravité de ces blennorragies explicables par la fatigue et le manque de soins (retraite de Charleroi). 2° Le grand nombre des complications, même lorsqu'il s'agissait — ce qui était fréquent — de blennorragies anciennes, en apparence guéries, réveillées par la fatigue, surtout dans les troupes montées. Ces complications se répartissent comme suit : *a*) 3 cas de rhumatisme ; *b*) 2 cas d'ictère par rétention, avec selles décolorées, à évolution bénigne, survenus l'un au cours d'une orchite, l'autre au cours d'une épididymite ; *c*) 26 cas d'orchi-épididymite, dont 6 ont présenté des symptômes d'irritation péritonéale avec, chez un, formation d'un abcès pelvien. M. Govaerts.

Bubons chancrelleux.

Chancres mous, bubons chancrelleux tardifs, par H. Gougerot. *Annales des maladies vénériennes,* août 1914, p. 610.

G. signale l'opposition entre la bénignité et la fugacité du chancre mou et la gravité, la longue durée du bubon chancrelleux, le premier guérissant facilement et rapidement, tandis qu'en même temps l'adénite arrive malgré le repos et les soins à suppuration et ulcération, parfois au phagédénisme. Il y a aussi des cas où le chancre est cicatrisé au moment où l'adénite apparaît; ce moment peut même être postérieur de plusieurs jours, exceptionnellement de plusieurs semaines (cinq dans un cas de G.) à la guérison du chancre.

Conclusion pratique : il est important de surveiller les malades même lorsque leurs chancres sont guéris, le bubon pouvant survenir tardivement : lors même que les ganglions semblent sains, le bacille de Ducrey y vit en saprophyte (G. l'a démontré par la culture), et peut ensuite, suivant sa virulence et le degré de défense de l'organisme, y déterminer de la suppuration plus ou moins rapidement. M. Govaerts.

Bubons chancrelleux sans chancre, par H. Gougerot. *Annales des maladies vénériennes,* août 1915, p. 449.

Le chancre simple peut être minuscule, éphémère, alors que l'adénite est grave. Il existe donc cliniquement des formes de transition vers l'adénite sans chancre. D'autre part, dans des adénites survenues en apparence spontanément chez des malades attentifs, G. a trouvé 5 fois du bacille de Ducrey. L'un de ces malades était galeux, les 4 autres présentaient un Wassermann positif. Un 6e malade était porteur d'un chancre syphilitique qui se serait développé 15 jours après l'apparition de bubons chancrelleux non précédés de chancre.

Des observations qui précèdent, G. est disposé à conclure que, déposé sur une muqueuse d'apparence saine, le bacille de Ducrey peut la traverser et envahir l'organisme.

Le fait que dans 4 cas les malades présentaient aussi une syphilis sans porte d'entrée connue amène G. à se demander s'il ne s'agit pas de syphilis sans chancre, mais il n'ose pas conclure dans ce sens. M. Govaerts.

Bubons chancrelleux chroniques, par H. Gougerot. *Annales des maladies vénériennes,* août 1915, p. 459.

Les bubons chancrelleux peuvent présenter une évolution très chronique, durant jusqu'à 5 ans dans une des observations citées.

Ces adénites peuvent affecter quatre formes : 1° forme fistuleuse chronique tuberculoïde; 2° forme froide, indurée, non ulcéreuse, tuberculoïde également; 3° forme fibreuse éléphantiasique (abcès fibreux); 4° forme phagédénique. Le diagnostic est à faire avec la tuberculose, les mycoses et la syphilis. M. Govaerts.

NOUVELLES

American Association for the Control of Syphilis.

Les 23 et 24 mai dernier, a été fondée à Cincinnati l'*American Association for the Control of syphilis*, dont l'objet est la propagation de la connaissance de la syphilis parmi les médecins, les institutions médicales, les administrations hospitalières et les administrations et autres organisations ayant charge de la surveillance et du traitement de la syphilis.

Les membres de l'Association espèrent faire progresser les importants côtés sociaux et économiques de la question de la syphilis. Des mesures sont prises pour réunir des statistiques uniformes dressées par les diverses institutions qui traitent actuellement la syphilis, pour établir ultérieurement des cliniques libres et des dispensaires pour le diagnostic et le traitement de la syphilis et pour encourager l'enseignement plus complet de la syphilis dans les écoles médicales.

L'Association agira par un organisme national et par des comités locaux dans différentes villes, probablement en collaboration complète avec l'American Social Hygiene Association, mais en s'attachant au côté purement médical de son œuvre, qui n'est pas entièrement envisagé par cette dernière association.

Les membres actuels de l'Association sont :

Dr W. T. Belfield, de Chicago ;
Dr Ernest D. Chipmann, de San-Francisco ;
Dr W. T. Corlett, de Cleveland ;
Dr I. Dyer, de New-Orleans ;
Dr M. F. Engman, de Saint-Louis ;
Dr J. A. Fordyce, de New-York ;
Dr Marcs Haase, de Memphis ;
Dr H. H. Hazen, de Washington ;
Dr M. B. Hartzell, de Philadelphie ;
Dr H. E. Kleinschmidt, de Saint-Louis ;
Dr G. M. Mac Kee, de New-York ;
Dr W. H. Mook, de Saint-Louis ;
Dr H. Morrow, de San-Francisco ;
Dr H. J. Nichols, de San-Francisco ;
Dr O. Ormsby, de Chicago ;
Dr Sigmond Pollitzer, de New-York ;
Dr W. A. Pusey, de Chicago ;
Dr A. Ravogli, de Cincinnati ;
Maj. Matthew Reasoner, de Washington ;
Dr Morton Smith, de Boston ;
Dr W. F. Snow, de New-York ;
Dr H. W Stelwagon, de Philadelphie ;
Dr G. H. Walker, de Baltimore ;
Dr Grover Wende, de Buffalo ;
Dr Udo Wile, de Buffalo ;
Dr J. M. Winfield, de Brooklyn ;
Dr H. R. Warney, de Detroit.

Ont été élus :

Dr M. F. Engman, président ;
Dr J. F. Schamberg, vice-président ;
Dr H. E. Kleinschmidt, secrétaire et trésorier, 607 Federal Reserve Bldg., Saint-Louis, Missouri.

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.



CONCEPTION GÉNÉRALE DES DERMATOSES (1)

ENTITÉS MORBIDES VRAIES, SYNDROMES OBJECTIFS, RÉACTIONS CUTANÉES ET LEURS COMBINAISONS

Par **L. Brocq.**

Depuis que nous avons ébauché notre conception générale des dermatoses en 1892, depuis que nous l'avons précisée en 1903, les temps ont marché. En pathologie générale presque tout le monde admet maintenant la grande division qui s'impose et que nous avions adoptée en *Entités morbides vraies* et *Syndromes objectifs*, et l'on devra désormais, dans les traités didactiques, adopter la classification que nous avons été les premiers à employer dans notre ouvrage de 1907.

Pour beaucoup de nos confrères l'article que nous écrivons aujourd'hui n'aura donc que peu d'intérêt, puisqu'ils connaissent déjà nos idées. Si nous nous sommes décidé cependant à le faire paraître, c'est que malheureusement certains dermatologistes ne semblent pas avoir compris toute l'importance à la fois théorique et pratique de ces notions de pathologie générale.

Quand on ouvre un traité de dermatologie, et nous parlons des plus récemment parus, que voyons-nous en effet ? Nous y trouvons l'eczéma, le psoriasis, les érythèmes mis sur le même plan que l'impétigo, que les folliculites, que la lèpre. On ne tient qu'un compte des plus minimes de l'étiologie vraie de ces dermatoses, et cependant c'est sur leur étiologie qu'on doit avant tout se baser pour les classifier.

Il convient donc de revenir encore une fois sur ces principes primordiaux et de les bien mettre en lumière.

Entités morbides vraies.

Nous appelons *Entité morbide vraie* une maladie nettement définie par une étiologie précise, bien établie.

(1) Voir Brocq, Conception générale des dermatoses (Théories des réactions cutanées, des dermatoses composées et des faits de passage). *Annales de dermatologie*, 1904, p. 193 et 289.

(2) Brocq, *Traité élémentaire de dermatologie pratique*. Paris, 1907.

Les entités morbides vraies indiscutables à l'heure actuelle sont pour la plupart des maladies dont l'agent pathogène existe en dehors de l'organisme humain, et qui vient du dehors léser cet organisme.

Un *traumatisme* bien défini constitue une entité morbide vraie, la plus simple d'ailleurs, qu'il s'agisse d'un coup, du contact irritant d'une substance nuisible quelconque, de l'action du soleil, de la lumière électrique, des rayons X, etc...

Tout parasite se développant sur les téguments ou dans l'organisme constitue une entité morbide vraie, que ce soit un animal, un végétal, ou un microbe. La gale est une entité morbide vraie nettement définie par la présence de l'acare, la trichophytie est une entité morbide vraie nettement définie par un trichophyton quelconque ; la syphilis est une entité morbide vraie nettement définie par le tréponème pâle.

Tout ce qui précède est clair. Voici qui l'est un peu moins au premier abord. Un malade à la suite de l'ingestion d'un médicament ou d'une substance toxique quelconque est pris d'une éruption. La relation de cause à effet est hors de doute : on la vérifie par une nouvelle ingestion de la substance nuisible, ingestion qui est suivie des mêmes accidents cutanés. C'est donc bien une entité morbide vraie, puisque nous connaissons exactement l'étiologie de la dermatose. Oui, mais il convient néanmoins ici de distinguer :

Parmi les éruptions qui peuvent se développer ainsi à la suite de l'ingestion d'une substance nuisible pour l'organisme visé, il y en a qui ont des caractères bien à part, permettant de reconnaître d'emblée, par leur seule vue, quelle a été la substance qui a provoqué l'éruption. Telles sont les éruptions dites érythémato-pigmentées fixes de l'antipyrine, les éruptions bulleuses et végétantes de l'iodure de potassium, les éruptions nodulaires du bromisme, etc... Pour ces variétés éruptives il n'y a pas la moindre hésitation : on connaît leur étiologie, elles ont une physionomie spéciale ; il faut bien admettre qu'elles constituent une entité morbide vraie.

Mais il en est d'autres qui ne sont nullement caractéristiques de la substance provocatrice : elles sont constituées par des éruptions urticariennes, érythémateuses, bulleuses, analogues d'aspect à celles que peuvent provoquer d'autres substances nuisibles, ou d'autres causes morbides.

D'ailleurs un seul et même médicament peut provoquer soit des éruptions pathognomoniques, soit des éruptions d'ordre banal suivant les sujets, et même suivant les phases de la vie chez un même sujet.

Il faut donc admettre qu'il s'agit bien dans ces cas d'une entité morbide puisqu'on connaît l'étiologie précise de ces éruptions, mais qu'une substance nuisible donnée peut provoquer l'apparition d'accidents éruptifs qui ont l'aspect de ce que nous désignons sous le nom de

Réactions cutanées. Nous renvoyons pour plus de détails sur ce point à la seconde partie de ce mémoire.

Syndromes objectifs.

Nous appelons *syndromes objectifs* un ensemble de symptômes, ou, pour parler d'une manière plus précise, un ensemble de lésions élémentaires qui ont une physionomie à part et qu'on dirait au premier abord être l'expression objective d'une maladie particulière, mais auxquelles on ne connaît pas d'étiologie certaine *et qui soit toujours la même*.

Quand on étudie les éruptions cutanées on voit qu'elles affectent plusieurs aspects ou formes objectives, érythèmes, papules, tubercules, vésicules, bulles, pustules, etc... La lésion éruptive initiale, première, constitue ce que l'on appelle la *lésion élémentaire primitive* : les lésions auxquelles peut donner lieu l'évolution de ces lésions élémentaires primitives constituent ce que l'on appelle les *lésions élémentaires secondaires*.

Lésions élémentaires primitives et lésions élémentaires secondaires peuvent évoluer à l'état pur, ou se combiner et se grouper de telle manière qu'elles constituent des ensembles objectifs distincts. C'est à ces ensembles objectifs, quand ils ont une physionomie spéciale, bien à part, que nous donnons le nom de *Syndromes objectifs*.

Le psoriasis par exemple est un syndrome objectif, du moins jusqu'à plus ample informé. Cette dermatose est nettement caractérisée par son aspect, par ses squames stratifiées, par ce fait majeur que, sous le coup de curette exploratrice, on obtient d'abord la tache de bougie, puis la pellicule décollable, puis la surface rouge lisse et luisante avec exosérose plus ou moins accentuée, puis le piqueté hémorragique avec purpura. Or nous n'en connaissons pas, du moins encore, l'étiologie. L'expérimentation thérapeutique (1) semblerait au contraire indiquer que des conditions multiples, variables selon les sujets et peut-être selon les phases de la vie chez un même sujet, peuvent présider à son développement. Aussi l'avons-nous provisoirement rangé dans nos réactions cutanées.

Il existe de fort nombreuses dermatoses qui ne peuvent, de même, être rangées à l'heure actuelle que dans les syndromes objectifs ; l'éléphantiasis par exemple qui peut être causé par des infections parasitaires ou microbiennes diverses, par de simples obstacles à la circulation de la lymphe, etc...., l'urticaire, les diverses éruptions que l'on classe dans le groupe des eczémas, les érythèmes, etc..., etc....

(1) Voir notre dernier article sur le psoriasis. L. Brocq, Quelques réflexions sur l'étiologie du psoriasis à propos des récentes publications américaines *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1910, p. 156.

Ces syndromes objectifs semblent pouvoir se développer chez un même sujet ou chez des sujets différents sous l'influence de causes diverses. Il semble même qu'un syndrome objectif donné puisse s'observer comme symptôme dans plusieurs entités morbides bien définies et par suite parfaitement distinctes les unes des autres.

On devra donc en dermatologie étudier :

d'abord : *1er échelon : les lésions élémentaires,*

puis : *2e échelon : les syndromes objectifs,*

enfin : *3e échelon : les entités morbides vraies.*

Nous allons voir par la suite que ce plan, si simple et si net en apparence, n'est pas toujours facile à réaliser.

Pour le moment contentons-nous de faire remarquer que la plupart des dermatologistes actuels commettent à chaque instant l'erreur regrettable qui consiste à considérer nombre de syndromes objectifs comme constituant des entités morbides vraies.

Quand ils parlent de psoriasis, ils entendent parler d'une véritable entité morbide des mieux définies, de même pour ce qu'ils appellent la maladie eczéma, de même pour le prurigo et ainsi de suite. Or ce n'est nullement scientifique.

Certes il convient de reconnaître qu'ils ont d'assez sérieux motifs d'en agir ainsi. Certains de ces syndromes objectifs sont si fortement constitués, ils ont une physionomie tellement particulière qu'ils évoquent invinciblement l'idée d'une maladie vraie ; et il est fort possible qu'il en soit réellement ainsi : mais ce n'est encore nullement démontré. Et ce qui prouve toute la contingence de cette impression, à l'heure actuelle, c'est que certains auteurs croient pouvoir affirmer de la manière la plus intransigeante que la cause réelle de l'affection est un microbe encore inconnu, que l'on ne tardera pas à découvrir, tandis que d'autres affirment avec non moins de certitude que la cause de la même affection est un trouble de la nutrition générale, ou un dysfonctionnement d'organe.

On ne doit en science affirmer d'une manière catégorique que ce qui est parfaitement sûr et surabondamment démontré. Que l'on fasse des hypothèses, rien de mieux ; elles remuent les idées, font travailler les questions, provoquent les discussions. Mais il faut savoir distinguer entre les hypothèses, quelque logiques et rationnelles qu'elles soient, et la vérité démontrée.

Tant que la certitude ne sera pas faite sur l'origine réelle des syndromes objectifs dont nous parlons, nous ne devrons les considérer que comme des syndromes objectifs et nullement comme des entités morbides vraies.

Pour éviter toute ambiguïté il est nécessaire de préciser certains points.

A. Il y a, comme nous venons de le dire plus haut, des syndromes objectifs dans lesquels les recherches modernes ont déjà permis de

distinguer des entités morbides vraies dont les manifestations cutanées revêtent l'aspect de ces syndromes. « Pourquoi parlez-vous dès lors de syndromes, nous dira-ton ? ce sont des entités morbides vraies, et voilà tout ! » Certes, si tous les cas dans lesquels on observe ces syndromes pouvaient être rangés dans des entités morbides bien définies, l'objection serait de poids et l'on ne pourrait plus parler que de syndromes objectifs communs à plusieurs entités morbides distinctes. Mais il n'en est pas toujours ainsi et il reste pour certains de ces groupes morbides, élimination faite des entités morbides vraies reconnues et classées, un caput mortuum pour lequel on n'a pas encore d'étiologie précise.

Il est donc à l'heure actuelle nécessaire de diviser les syndromes objectifs en trois groupes principaux :

1° Ceux qui sont symptomatiques d'entités morbides vraies bien définies ;

2° Ceux dans lesquels on a déjà pu distinguer des entités morbides vraies sans être encore parvenu à tout classifier ;

3° Ceux dans lesquels il a été encore absolument impossible de dégager des entités morbides vraies.

B. Il convient en outre de faire remarquer qu'on aurait grand tort de croire que la notion des entités morbides vraies doit fatalement être limitée aux affections causées par des agents extérieurs exerçant sur l'organisme une action pathogène.

Tout porte à croire au contraire que peu à peu on mettra en pleine lumière des entités morbides vraies nettement définies au point de vue étiologique par des dysfonctionnements d'organes internes ou par des auto-intoxications.

Malheureusement à l'heure actuelle nos notions à cet égard manquent encore de précision : nous comprenons que ces dermatoses peuvent exister ; nous sentons parfois que telle ou telle d'entre elles doit avoir telle étiologie, mais nous n'en possédons pas encore la preuve absolue, scientifique, irréfutable.

C'est en grande partie pour cette catégorie d'éruptions que nous avons créé notre conception des réactions cutanées.

Il ne faut donc pas confondre, comme on pourrait le faire à un examen superficiel, les deux termes *réactions cutanées* et *syndromes objectifs*.

Un syndrome objectif peut s'observer à la fois dans une entité morbides vraie des plus nettes, dépendant d'un microbe pathogène connu, et dans une réaction cutanée dépendant d'une auto-intoxication.

Ce que nous appelons une réaction cutanée pure n'est d'ordinaire pas d'origine externe : elle ne dépend pas de l'action directe sur les téguments d'un agent pathogène vulnérant ou microbien.

Je dis, « ce que nous appelons une réaction cutanée pure », et je dois m'exprimer ainsi, car, si l'on veut ergoter, on peut dire qu'une infection

microbienne soit par le microbe lui-même, soit par ses toxines peut provoquer des « réactions du côté des téguments ». Il convient donc de préciser et de s'entendre.

Prenons maintenant des exemples pour nous mieux faire comprendre.

1er ET 2e GROUPE DES SYNDROMES OBJECTIFS.

Syndromes objectifs que l'on sait dès maintenant pouvoir s'observer dans plusieurs entités morbides distinctes.

Nous avons vu que, parmi les syndromes objectifs, il en est certains comme les gangrènes cutanées, comme l'éléphantiasis, comme les pemphigus par exemple, dans lesquels on a déjà élucidé certaines étiologies précises, ce qui veut dire que de chacun de ces grands syndromes objectifs on a pu dégager des entités morbides vraies.

Prenons les éléphantiasis par exemple : on sait qu'il y a des états éléphantiasiques qui sont dus à la présence dans l'économie de la filaire du sang : on sait qu'il y en a d'autres qui sont en relation avec une infection streptococcique : voilà des entités morbides bien définies, qui se manifestent extérieurement par le syndrome éléphantiasis. On sait que ce syndrome peut aussi résulter de l'oblitération des vaisseaux veineux et lymphatiques. On sait qu'il peut se développer à l'occasion de lésions syphilitiques, de lésions tuberculeuses. Il y a enfin des cas de lésions éléphantiasiformes dans lesquels il est encore absolument impossible de déceler une étiologie quelconque.

Nous redirons exactement la même chose à propos des gangrènes, à propos des pemphigus. Le pemphigus épidémique des nouveau-nés est certainement une affection de nature microbienne, bien que le microbe pathogène (et peut-être y en a-t-il plusieurs), demande encore à être précisé : il est inoculable, auto-inoculable, et nous sommes sûrs de rester sur un terrain solide en le considérant comme une entité morbide vraie (1). Il en est de même du pemphigus aigu fébrile grave. Mais à côté de ces formes il en est d'autres dont les allures cliniques sont moins précises, dont l'étiologie est beaucoup plus douteuse ou

(1) Il ne faut pas en effet qu'on nous accuse d'une intransigeance ridicule. Quand une affection est nettement caractérisée au point de vue objectif, quand son inoculabilité est parfaitement démontrée, nous n'hésitons pas à la considérer comme une entité morbide vraie, même si nous n'en connaissons pas le microbe. Avant la découverte du tréponème la syphilis était pour nous un type d'entité morbide vraie. Il en est à l'heure actuelle de même pour le molluscum contagiosum, pour les verrues vulgaires, dont les agents pathogènes, malgré de très intéressantes recherches toutes récentes, ne sont pas encore bien nettement connus. Mais, quand un syndrome objectif n'a pas une étiologie précise, quand il n'est ni contagieux, ni inoculable, comment veut-on que nous puissions d'emblée le considérer comme étant d'origine microbienne ?

franchement ignorée, comme le pemphigus végétant, les dermatites polymorphes bulleuses, le pemphigus vrai type E. Besnier-Brocq, etc....

Comment donc arriver à exposer nettement l'histoire de ces grands syndromes objectifs ? Comme nous le disions plus haut, après avoir décrit les lésions élémentaires, il faudrait dans un ouvrage didactique rationnel exposer l'histoire des grands syndromes objectifs en général, puis donner un tableau didactique des formes cliniques qui en affectent l'aspect objectif. Dans la section des entités morbides vraies on décrirait les entités morbides vraies qui revêtent l'aspect de ces syndromes ; par exemple on rappellerait à propos de la filariose que cette affection peut prendre les aspects objectifs dits éléphantiasis ; à propos de la streptococcie on rappellerait que le streptocoque peut aussi provoquer des états éléphantiasiques, etc...

C'est ce que nous avons déjà tenté de faire dans notre dernier ouvrage didactique, et cette manière de procéder a surpris beaucoup de lecteurs.

3e GROUPE.

Syndromes objectifs dont on n'a pu encore dégager des entités morbides distinctes.

A côté de ces deux premiers groupes de syndromes objectifs il en existe un autre, des plus importants, dans lequel rentrent surtout ce que nous avons décrit sous le nom de réactions cutanées. Dans la plupart de ces derniers on n'a pu encore délimiter d'entités morbides vraies. Cependant ici encore il convient de préciser.

Il est probable qu'un certain nombre d'entre eux seront annexés peu à peu, à mesure que la science progressera, aux entités morbides vraies d'origine microbienne. Néanmoins il est permis d'affirmer dès maintenant que chez eux le microbe pathogène, s'il existe, ne joue qu'un rôle relativement effacé, qu'il n'agit que comme une épine autour de laquelle se produisent des fluxions morbides d'origine interne (1).

Il est également probable qu'un nombre assez important de ces syndromes objectifs sera, comme nous l'avons dit plus haut, rattaché à des étiologies assez précises d'origine interne. Voici ce que nous entendons par là.

Nous savons que l'ingestion de certaines substances nuisibles pour un organisme donné, aliments ou médicaments, provoque chez certains sujets des éruptions diverses, et qu'à ce point de vue on peut envisager ces éruptions comme constituant des entités morbides vraies. Il est probable que des substances toxiques élaborées dans l'organisme, peu ou point éliminées, peuvent provoquer chez certains sujets des érup-

(1) Voir nos autres travaux pour l'explication de ces idées que nous ne pouvons développer à fond dans cet article.

tions d'aspect variable, plus ou moins pathognomoniques. Cela n'est pas une simple vue de l'esprit, un simple raisonnement par analogie. Nous savons que dans l'eczéma papulo-vésiculeux par exemple on trouve pour ainsi dire toujours de l'imperméabilité rénale ; nous savons que dans l'azotémie on observe fréquemment du prurit avec eczéma papulo-vésiculeux et lichénifications, etc... Il est donc permis d'espérer que dans un avenir plus ou moins prochain on pourra établir des entités morbides ayant pour base précise des auto-intoxications bien définies d'origine interne.

Mais n'avons-nous pas déjà une entité morbide vraie assez nettement établie et qui repose sur l'hypofonctionnement ou sur la suppression d'un organe ? Le myxœdème n'a-t-il pas dès maintenant son étiologie précise ? Et la thérapeutique ne démontre-t-elle pas victorieusement ses étroites relations avec l'hypofonctionnement ou la suppression du corps thyroïde ?

Il en est de même pour certaines modifications subies par le système nerveux dont les relations avec des troubles trophiques cutanés ont été bien mises en lumière. Cependant il ne faudrait pas se payer de mots. Une lésion du système nerveux ne constitue pas par elle-même une entité morbide vraie : elle n'est le plus souvent qu'un syndrome qui peut être rattaché à une ou plusieurs entités morbides vraies. Il s'agira donc dans des faits de cet ordre de voir si réellement on peut déceler un agent pathogène premier nettement défini, ou bien s'il n'y a qu'une association de syndromes, les syndromes cutanés dépendant des syndromes nerveux.

Toutes ces distinctions faites, il reste à l'heure actuelle, et il restera probablement longtemps encore, sinon toujours, des expressions morbides cutanées qu'il est et qu'il sera impossible de classer étiologiquement. Pour les étudier, pour ne pas les laisser à l'état d'informe chaos, on les a groupées, en s'appuyant sur leur aspect objectif, sur leur physionomie clinique, un peu sur les symptômes subjectifs qui les accompagnent, et enfin sur leur évolution. On a constitué ainsi de purs syndromes, et, comme nous l'avons démontré il y a fort longtemps déjà, la plupart de ces syndromes sont reliés entre eux par des séries de faits de passage.

Il est évident qu'il y a plusieurs manières de comprendre cet énorme faisceau de faits. On peut n'établir que très peu de types cliniques très distincts les uns des autres, mais on étend alors singulièrement la valeur des dénominations qu'on leur donne, et sur leurs frontières se trouvent des formes morbides qui ressemblent fort peu aux types dits purs. Par exemple on peut n'établir qu'un type morbide *eczéma vésiculeux vrai*, qu'un type morbide *psoriasis vrai*, et refuser d'admettre d'autres types morbides entre ces deux types fondamentaux. Mais alors que fera-t-on de la masse énorme de faits cliniques qui sont objective-

ment et évolutivement intermédiaires à ces types principaux ? Se contentera-t-on de dire faits de passage entre l'eczéma et le psoriasis ? c'est bien vague. Dira-t-on que ce ne sont que des eczémas ou que des psoriasis ? Mais alors on sera obligé de fausser les types purs que l'on a établis puisque les faits auxquels nous faisons allusion ne cadrent complètement ni avec l'un ni avec l'autre de ces deux syndromes primordiaux.

C'est pour parer à ces objections que nous avons créé le groupe des parakératoses psoriasiformes, et leurs nombreuses sous-variétés, les unes se reliant plus intimement aux eczémas, les autres aux psoriasis. En établissant ces nouveaux types objectifs nous n'avons certes pas eu l'intention de découvrir de nouvelles entités morbides ; nous n'avons voulu que serrer de plus près le diagnostic objectif, qu'établir des syndromes cliniques plus précis. Nous n'avons donc pas, comme on nous l'a reproché, émietté à l'excès des maladies, nous n'avons fait que rendre plus net le diagnostic clinique, en permettant de bien établir d'un mot devant quelle variété objective se trouve le médecin.

En somme, pour bien comprendre le réseau en apparence inextricable de faits cliniques dont nous parlons en ce moment, il faut en revenir à la conception que nous avons proposée il y a 24 ans dans notre article intitulé : de la méthode graphique en dermatologie. Chaque type morbide doit être considéré comme un agrégat de faits, agrégat plus ou moins volumineux, plus ou moins dense suivant son importance ; cet agrégat est relié aux autres agrégats par des faits dont les symptômes participent à la fois des symptômes des divers agrégats entre lesquels ils se trouvent ; et ces faits intermédiaires ou de passage sont situés entre ces agrégats à des distances proportionnelles aux affinités qu'ils ont pour chacun d'eux. Les agrégats eux-mêmes sont séparés entre eux par des distances proportionnelles à leurs affinités réciproques.

Entre les principaux agrégats se trouvent des agrégats secondaires représentant des variétés et des sous-variétés des types morbides principaux (1).

Il ne s'agit donc plus ici de cadres fermés, d'entités morbides strictement délimitées par leur agent pathogène. Nous sommes en présence de syndromes objectifs multiples correspondant à des réactions cutanées propres à l'individu, pouvant se produire sous l'action de causes pathogènes diverses qui mettent en jeu l'aptitude morbide de l'individu. Chacun réagit suivant ses susceptibilités propres, d'où la possibilité d'une infinie diversité d'expressions objectives, d'où cette particularité qui étonne tant la plupart des médecins, la multiplicité, je dirai plus, la

(1) Voir pour plus de détails sur cette conception nos publications antérieures et en particulier notre *Traité élémentaire de dermatologie pratique*.

nouveauté incessante des types morbides cutanés. Le vieux dermatologiste voit sans cesse des éruptions qu'il n'a pas encore observés : pourquoi s'en étonner ? L'individualisme humain est infini.

Si l'on veut bien admettre le point de vue auquel nous nous plaçons, on comprendra combien nous paraissent vaines et oiseuses les objections de ceux qui soutiennent que les parakératoses psoriasiformes sont du psoriasis, ou que le psoriasis doit rentrer dans l'eczéma séborrhéique, etc., etc....

Nous ne saurions trop le répéter : que l'on raisonne ainsi le jour où l'on aura trouvé, *d'une manière irréfutable*, le microbe pathogène de l'eczéma et celui du psoriasis, nous le comprendrons parfaitement. Mais en ce moment encore rien n'autorise à considérer ni l'eczéma, ni le psoriasis comme des entités morbides vraies ; ce ne sont que des syndromes objectifs : et il est parfaitement illogique de soutenir qu'un syndrome objectif nettement caractérisé doive rentrer dans un autre syndrome objectif ; c'est un non-sens. Il faut se contenter de dire que ces deux syndromes objectifs sont voisins l'un de l'autre, qu'ils peuvent coexister, chez le même sujet, qu'ils peuvent évoluer seuls à l'état pur chez d'autres sujets.

On voit donc quelles entorses à la logique et au bon sens donnent ceux qui, étudiant un syndrome, prétendent, en s'appuyant sur des faits de passage, annexer à ce syndrome d'autres syndromes objectifs qui ont avec lui certaines affinités. Ils le font en partant de cet idée radicalement fausse que ce syndrome constitue une entité morbide bien définie, entité morbide à laquelle ils doivent rattacher d'autres groupes de faits grâce aux faits de passage qui les unissent.

Il est cependant permis de discuter à propos de ce que nous venons de dire. Voici par exemple un psoriasique. C'est bien du psoriasis vrai. Le malade n'a jamais eu la syphilis. Cependant on lui fait des injections mercurielles et la dermatose disparaît.

Voici un autre psoriasis. Il présente des symptômes d'insuffisance thyroïdienne : on le traite par le corps thyroïde, et le psoriasis disparaît.

En voici un troisième : le malade est grand mangeur de viande ; il fait peu d'exercice corporel : sous l'influence du régime végétarien les accidents cutanés diminuent, puis s'éteignent ; etc...

N'est-il pas possible de faire dans le premier cas de cette éruption une entité morbide se rattachant à une syphilis héréditaire ancienne ? dans le deuxième cas une entité morbide se rattachant à l'hypothyroïdisme ? dans le troisième cas une entité morbide se rattachant aux intoxications alimentaires ? etc..., etc...

Et en effet, en s'appuyant sur ce que nous avons dit au début de cet article, n'y a-t-il pas là des entités morbides puisque nous paraissons avoir des étiologies précises ?

Des objections analogues pourraient être faites à propos de la plupart des grands syndromes objectifs, urticaire, eczéma vrai, eczéma papulo-vésiculeux, prurigo, etc.... ?

Ces objections sont très spécieuses et fort embarrassantes au premier abord. Il n'en est pas moins vrai que, si l'on va au fond des choses, les faits cliniques ne sont pas aussi nets que nous venons de le dire. Il n'y a pas dans l'immense majorité des cas une cause morbigène unique d'où dépend la dermatose, il y a presque toujours un faisceau complexe de conditions pathogéniques, et parfois une cause plus importante, à laquelle nous avons donné le nom de *dominante étiologique*, qui prime les autres pendant un laps de temps plus ou moins long, qui dans beaucoup de cas varie suivant les circonstances de la vie de l'individu.

Nous ne sommes donc vraiment pas là en présence de quelque chose de net, de précis, comme une infection microbienne définie, comme une intoxication causée par une substance toxique.

Nous rentrons dans le faisceau des causes prédisposantes et déterminantes qui constitue la pathogénie complexe de nos réactions cutanées.

Et d'ailleurs qu'est-ce que cette dermatose qui pourrait être suivant les cas l'expression objective de plusieurs entités morbides bien distinctes dans leur pathogénie ? N'est-ce pas là le type même du syndrome objectif? Si les étiologies que nous venons d'ébaucher étaient bien nettement démontrées, cela nous amènerait tout simplement à considérer le psoriasis, l'urticaire, l'eczéma, etc...., comme étant des syndromes objectifs de la 1re ou de la 2e catégorie (voir plus haut) et non plus de la 3e.

Combinaisons des entités morbides vraies et des réactions cutanées.

Mais ce n'est pas tout, et dans ce qui précède nous n'avons envisagé que des faits en apparence assez simples. Malheureusement en pratique il n'en est pas toujours ainsi. Et c'est encore là un point d'une importance capitale que nous nous sommes efforcé de bien mettre en évidence dans nos diverses publications.

Entités morbides vraies et réactions cutanées se combinent fort souvent et s'intriquent de manière à constituer des complexus morbides du plus haut intérêt et dont nous allons maintenant exposer le schème général.

Physionomies diverses des éruptions d'origine externe selon les sujets.

Quand on blesse un sujet violemment avec un instrument contondant, ou avec une base ou un acide fort, on désorganise brutalement

les tissus, et les effets immédiats sont à peu près identiques quelles que soient les susceptibilités individuelles ; mais, dès que l'on n'emploie plus de corps vulnérants énergiques, dès que l'on ne soumet plus les téguments qu'à l'action de substances de faible nocivité, un élément capital entre en jeu, c'est la résistance des téguments particulière à chaque individu, et non seulement sa vulnérabilité considérée d'une manière générale, mais encore ses susceptibilités particulières à l'égard de tel ou tel agent.

Mais ce n'est pas tout : lorsque la peau ne résiste pas à l'action nuisible de tel ou tel agent extérieur, il se produit une lésion cutanée : cette lésion devrait théoriquement avoir toujours le même aspect quand elle est causée par un même agent. Il en est souvent, mais non toujours, ainsi. Il est possible dans un certain nombre de cas de déclarer d'emblée, en se basant sur le seul aspect des lésions cutanées, qu'elles sont consécutives à l'action nuisible de tel ou tel agent. Par contre un seul et même agent peut déterminer chez certains sujets de la pigmentation, chez d'autres de l'érythème, chez d'autres de la phlycténisation. chez d'autres de l'urticaire, etc.... Tous les sujets ne réagissent donc pas de la même manière au point de vue morbide quand ils subissent l'action nuisible d'un même agent externe.

Nous voyons apparaître ici cet élément mal connu dans son essence, dont nous n'avons pas à rechercher ici la nature (1), que l'on a dénommé l'idiosyncrasie, que l'on a beaucoup discuté, mais dont l'existence s'impose par l'évidence même. On peut l'appeler comme l'on voudra ; on est obligé de l'admettre.

Nous ne considérons pas, quant à nous, cette faculté de l'individu de réagir à un traumatisme d'une manière qui lui est propre comme constituant vraiment ce que nous avons appelé les réactions cutanées (voir plus haut ce que nous en disons) : mais il est certain que les traumatismes peuvent provoquer l'apparition d'éruptions dont l'aspect est surtout gouverné par les susceptibilités morbides propres au sujet, et dès lors ces éruptions doivent vraiment être regardées comme de véritables réactions cutanées.

Que sous l'action du soleil par exemple un sujet ait de l'érythème, on peut dire qu'il n'y a là qu'une action traumatique directe et toute simple. Que sous l'action des rayons solaires le sujet ait de l'urticaire, et voilà un type pur de réaction cutanée qui vient se superposer au traumatisme exercé par le soleil ; la réaction cutanée complique la dermatose traumatique et lui impose une physionomie particulière.

On nous dira que l'urticaire dans ce cas reconnaît d'autres causes, qu'elle tient à certains troubles du côté du tube digestif ou de ses annexes, à des dysfonctionnements d'organes, foie, reins, utérus, glandes vas-

(1) Voir notre *Traité élémentaire de dermatologie pratique* ; 1907, t. I. Généralités.

culaires sanguines, système nerveux, etc.... Nous n'en disconvenons pas. Il n'en est pas moins vrai que les rayons du soleil l'ont provoquée et localisée, et que la dermatose produite par l'agent externe est mixte.

Nous avons choisi cet exemple parce qu'il est relativement simple et peu discutable, mais, si l'on veut bien regarder avec quelque attention les malades en apparence les plus vulgaires, on s'apercevra que les exemples de ces associations foisonnent dans la pratique.

Il y a quelque temps de cela certains dermatologistes ont été quelque peu étonnés par un travail des plus intéressants de notre si regretté confrère et ami L. Jacquet et de M. le Dr Jourdanet sur les dermites professionnelles des mains (2). Ces auteurs ont bien mis en vedette toute l'importance que jouent dans la genèse de ces éruptions l'alimentation, la manière de se nourrir, et les troubles du tube digestif. Loin de nous surprendre, ce mémoire n'a fait que confirmer les idées que nous nous efforçons de propager depuis de longues années. Ici encore il ne s'agit que d'une application des lois générales qui règlent toute la pathogénie des affections cutanées. Les substances irritantes que manient les ouvriers peuvent chez certains d'entre eux déterminer de vrais traumatismes accidentels. Le plus souvent elles ne font que diminuer peu à peu la résistance des téguments et alors elles finissent par créer au niveau des régions sur lesquelles elles agissent des lieux de moindre résistance. Elles y facilitent par le même mécanisme les infections microbiennes. Dès lors, si l'organisme du sujet en question fonctionne mal, si par cela même il est prédisposé ou devient prédisposé à une dermatose donnée, cette dermatose aura surtout de la tendance à se développer au niveau des régions irritées et blessées par des contacts nocifs. Il y aura en ces mêmes points pullulation des microbes normaux de la peau, exaltation de leur violence, et constitution par suite de ces dermatoses mixtes qui ont été décrites un peu à tort sous le nom d'eczémas professionnels.

Il convient d'ajouter, pour compléter le tableau, que dans beaucoup de cas les intoxications subies par le malade (aliments avariés, alcools, café, thé, etc...), les chocs subis par le système nerveux, exaltent le prurit, que ce prurit devient surtout intense au niveau des régions traumatisées, et que le grattage, en provoquant des inoculations microbiennes et des lichénifications, vient encore compliquer la scène morbide,

Ce qui précède permet de comprendre toute la variété d'aspect que peut prendre suivant les sujets une dermatose en apparence causée par le même agent extérieur.

(2) Jacquet et Jourdanet. Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique des dermites professionnelles des mains. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1911, p. 11.

Ces faits paraissent encore bien plus nets quand on étudie l'action sur les téguments de certaines substances comme les teintures, les vapeurs irritantes, etc...

On sait combien depuis une vingtaine d'années on a employé des teintures pour cheveux et pour barbe à base de chlorhydrate de paraphénylène diamine ou de diamidophénol. Le plus grand nombre des personnes qui les emploient s'en trouvent fort bien, mais celles qui ont de l'hyporésistance cutanée voient souvent se produire sous leur action des éruptions plus ou moins violentes que nous avons étudiées en 1898 et qui vont du simple érythème aux dermites vésiculeuses et érysipélatoïdes les plus intenses,

Donc, suivant le degré de vulnérabilité des téguments, les manifestations cutanées provoquées par ces substances varient dans d'énormes proportions ; mais ce n'est pas tout. Chez les sujets qui n'ont que de l'hyporésistance cutanée simple, lorsqu'on a bien lavé les cheveux pour enlever le plus possible la teinture ou lorsqu'on a coupé la barbe, c'est-à-dire lorsque l'on a fait disparaître le mieux qu'on a pu l'agent vulnérant, tout se calme plus ou moins rapidement selon l'intensité de la réaction, et la peau reprend en quelques jours sa physionomie normale. Chez certaines personnes au contraire, malgré les soins que l'on a pris pour ne pas laisser de substance irritante au contact des téguments, on voit les accidents cutanés continuer, parfois même il se produit des poussées congestives successives comme si l'on avait fait de nouvelles applications irritantes, et cependant il n'y en a pas eu. Que se passe-t-il donc dans ces cas ?

Au premier abord c'est assez difficile à comprendre ; mais, si l'on étudie d'un peu près ces malades, on ne tarde pas à voir que de l'eczéma véritable, presque toujours vésiculeux vrai ou amorphe, parfois papulo-vésiculeux, plus rarement séborrhéique, parfois mixte, est venu se greffer sur l'éruption artificielle primitive, et dès lors cet eczéma évolue comme s'il s'était développé primitivement. Si l'on poursuit encore plus attentivement l'étude de ces faits, on trouve dans la majorité des cas qu'il s'agit de sujets ayant de l'imperméabilité rénale, de l'insuffisance hépatique, des fermentations gastro-intestinales, un système nerveux en mauvais état, qu'ils ont de la goutte héréditaire ou acquise, etc... Et si par hasard ils avaient avant l'apparition de leurs manifestations cutanées certains troubles viscéraux du type de ceux que l'on rattachait autrefois à l'arthritisme (migraines, névralgies, dyspepsie, entérite muco-membraneuse, coliques hépatiques, coliques néphrétiques, etc...), ces troubles ont disparu en totalité ou en partie pendant toute l'évolution de leur dermatose.

Il est donc évident que l'éruption artificielle a été ici la cause provocatrice de l'apparition du côté de la peau d'une manifestation morbide d'ordre général, qu'elle a déterminé du côté des téguments la forma-

tion d'un locus minoris resistentiæ au niveau duquel se sont faites les poussées congestives d'origine interne, toxique, ou autotoxique qui auparavant se portaient du côté d'un quelconque des viscères.

Il y a donc ici combinaison de réactions cutanées d'origine interne avec l'éruption artificielle provoquée directe.

Il en est de même pour les sujets, beaucoup plus nombreux qu'on ne le croit, qui ont des poussées érythémateuses, vésiculeuses, eczémateuses, érysipélatoïdes, etc..., aux mains, à la face, aux paupières, aux oreilles, etc..., sous l'action de simples vapeurs irritantes, teinture d'iode, chlore, térébenthine, salol, etc..., sous l'action de certaines plantes, primevères, rhus toxicodendron, etc..., sous l'action de certains parfums, parfois même du soleil, du vent, ou des poussières.

D'une extrême sensiblité cutanée, ayant une hyporésistance des téguments poussée à un degré déconcertant, ces sujets se sensibilisent de plus en plus par une mauvaise hygiène générale, par un mauvais fonctionnement de certains de leurs organes, par une émotivité de plus en plus grande du système nerveux ; dès lors des irritants légers qui, pour la plupart des personnes normales, sont absolument inoffensifs, suffisent pour déterminer chez eux une certaine inflammation des téguments. La répétition des contacts amène peu à peu l'éruption artificielle. Le locus minoris resistentiæ est dès lors créé, et en ce point, qui est devenu le point faible de l'organisme, se portent les poussées congestives d'origine interne qui dépendent de toutes les actions nuisibles subies par l'économie.

Telle est l'explication de ces faits, inexplicables au premier abord, où des actions externes, en apparence inoffensives, peuvent être le point de départ de poussées éruptives d'une effrayante intensité qui prennent l'aspect d'érythèmes, d'eczémas suraigus, d'eczémas dits érysipélatoïdes, etc....

On doit admettre ici encore une étroite combinaison des irritations d'origine externe, et des réactions cutanées d'origine interne, les premières localisant les secondes.

Certes, s'il n'y a pas d'irritation locale externe, l'éruption ne se produit pas ; c'est le traumatisme qui déclanche la poussée. Mais d'autre part, si le traumatisme peut provoquer de semblables effets, c'est que l'organisme est tout préparé pour les produire. Agissant sur un orga- nisme en état normal, ce même traumatisme ne produira rien.

C'est ainsi que s'expliquent toute une série d'éruptions dont la pathogénie paraît au premier abord assez obscure.

C'est d'après les mêmes principes que l'on doit comprendre l'origine de nombre d'éruptions qui se développent à la suite de l'ingestion de substances nuisibles.

C'est en grande partie sur l'étude raisonnée des éruptions médicamenteuses que nous avons fondé notre conception générale des dermatoses.

L'administration des médicaments permet en effet de réaliser sur une vaste échelle des expérimentations vraiment scientifiques.

Comme nous l'avons démontré à plusieurs reprises et en particulier en 1903, lorsque l'on étudie soigneusement les éruptions médicamenteuses on voit qu'on peut émettre les propositions suivantes :

La plupart des médicaments usuels sont tolérés sans modifications cutanées par la grande majorité des sujets : chez certaines personnes ils peuvent provoquer des éruptions.

Ces éruptions doivent être divisées en deux grands groupes : les unes ont une physionomie spéciale qui dépend de la nature du médicament qui les a provoquées, de telle sorte qu'à la vue seule de l'éruption on peut dire que le malade a absorbé telle substance nuisible ; nous citerons parmi elles les éruptions érythémato-pigmentées fixes de l'antipyrine, les éruptions nodulaires du bromure de potassium, l'iodisme bulleux végétant, etc.... ; les autres ont un aspect banal, c'est-à-dire prennent les allures d'une urticaire, d'un érythème, d'un purpura, etc.... que rien dans leur physionomie ne permet de distinguer d'une urticaire, d'un érythème, d'un purpura provoqués par des causes d'un tout autre ordre. Dans cette deuxième catégorie de faits, ce n'est plus le médicament qui imprime à l'éruption son caractère, c'est l'individu qui réagit d'après ses susceptibilités propres sous l'action de l'agent nocif : ce sont donc bien dans ce dernier cas de *vraies réactions cutanées* (1) dans le sens que nous attachons à ce terme.

Ce n'est pas tout ; les éruptions dont nous venons de parler et qui sont provoquées par l'ingestion de substances nuisibles disparaissent d'ordinaire en quelques jours, dès qu'on en a reconnu la cause et dès qu'on a cessé d'ingérer le corps nocif. Mais dans certains cas il n'en est pas ainsi. Quand l'éruption s'est produite, croyant qu'elle dépend du médicament ingéré, on le suspend ; on évite même soigneusement de donner tout autre médicament capable lui aussi d'avoir des effets nuisibles, et cependant l'affection cutanée suit son cours ; il se produit des poussées successives incessantes : bien plus, il peut y avoir, après une période d'activité, une phase de repos ; puis, sans nouvelle ingestion de la substance provocatrice, de nouvelles séries de poussées éruptives peuvent survenir. Que s'est-il donc passé ?

Dans ces cas les poussées éruptives ont surtout le caractère des érythèmes polymorphes, des érythèmes desquamatifs scarlatiniformes récidivants, des dermatites exfoliantes généralisées, des dermatites

(1) Nous renvoyons pour de plus amples détails sur ces points, que nous ne faisons que résumer, à nos publications antérieures, et même à notre *Traité élémentaire de dermatologie pratique* de 1907 (Généralités, T. 1).

polymorphes, etc..., et les phénomènes morbides se déroulent absolument identiques à ceux que l'on observe dans les cas typiques de ces affections.

Il est dès lors tout naturel d'admettre que l'agent toxique n'a fait chez ces sujets que provoquer l'apparition et le développement d'une dermatose latente jusque-là, mais qui existait en puissance chez le malade.

On voit donc qu'ici encore il y a intime union entre des affections cutanées vraiment dignes d'être rangées dans les réactions cutanées pures et des dermatoses provoquées par des agents toxiques ingérés, ou dermatoses pathogénétiques.

L'étude des éruptions microbiennes va nous permettre de mettre encore mieux en relief certains des points que nous venons d'exposer,

Les éruptions microbiennes fonctions de goutte.

Dans nos travaux antérieurs nous avons montré qu'au point de vue clinique (et bien entendu nous insistons sur ce terme « *point de vue clinique* », car au point de vue purement scientifique ce que nous allons dire ne se soutient pas), on peut diviser les éruptions microbiennes en deux grandes catégories : celles qui sont causées par des microbes vulgaires, tels que les staphylocoques, les streptocoques, le coccus polymorphe à cultures grises, etc...., et les microbes hautement différenciés comme le bacille de la lèpre, le bacille de la tuberculose, le tréponème de la syphilis, etc....

Occupons-nous tout d'abord des premiers, et parmi eux prenons l'un des plus communs, qui existe en quelque sorte toujours à la surface des téguments, le staphylocoque doré.

Entre autres lésions cutanées il cause le furoncle. Le furoncle est nettement, d'une manière incontestable, produit par cet agent infectieux. Depuis les travaux de Pasteur personne n'a nié ce fait qui est prouvé autant qu'il peut y avoir quelque chose de sûr en science. On peut reproduire le furoncle par inoculation. Un furoncle isolé, naît, se développe, et guérit, puis tout est dit.

C'est un incident, un accident, si l'on veut.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il y a des sujets qui voient pulluler chez eux les furoncles ; chez lesquels ils se reproduisent incessamment pendant des mois et pendant des années. Pour quelles raisons ?

On peut les saisir par l'étude des médications qui exercent une action curative dans ces cas.

L'expérience a montré qu'on pouvait arriver à la guérison chez la plupart de ces malades par deux grandes séries de moyens thérapeutiques :

1re série. — On s'attaque surtout à l'infection microbienne et on agit directement contre elle.

Or, dans la majorité des cas, l'action directe sur les furoncles et sur les téguments voisins, par des antiseptiques locaux, est insuffisante, parfois même nuisible. Il faut agir non seulement de cette manière, mais encore aller plus loin, agir sur l'infection générale de l'organisme d'après la méthode de Wright — en injectant au malade à plusieurs reprises un vaccin préparé avec son staphylocoque à lui — ou bien en lui faisant absorber des substances destinées à modifier les milieux de son organisme, telles que les levures ou leurs dérivés.

2e *série*. — L'analyse minutieuse des faits a démontré que dans un certain nombre de cas de furonculose rebelle, on peut arriver à guérir les malades en modifiant complètement leur alimentation, leur genre de vie ou leur état général. Le végétarisme total, la vie à la campagne, l'exercice au grand air, le calme moral, etc..., donnent parfois la guérison, de telle sorte qu'il semble que dans ces cas le microbe ne joue plus le rôle de dominante étiologique, que ce sont au contraire les modifications subies par le terrain qui dominent la scène morbide.

Mais ce n'est pas tout : l'observation patiente d'un certain nombre de ces malades permet en outre de mettre en lumière les faits suivants.

Chez quelques personnes il y a certaines régions du corps, la nuque en particulier, parfois le cou, parfois les fesses, qui semblent être infectées par le staphylocoque doré d'une manière latente. Après une période plus ou moins longue de calme apparent, tout d'un coup, sans raison bien appréciable, du moins au premier abord, un furoncle se déclare, parfois même un anthrax ; puis, après une poussée éruptive d'intensité variable, tout rentre dans le calme toujours en apparence ; et, après une période variable de repos, il se reproduit une nouvelle poussée.

Chez ces personnes il existe donc une infection staphylococcique permanente, complètement latente pendant certaines périodes et qui ne se manifeste par des symptômes caractéristiques que sous l'influence de certaines modifications subies par le terrain.

Si l'on étudie ces cas de fort près, voici ce que l'on peut remarquer :

Chez certains sujets les intervalles de repos qui séparent les poussées furonculeuses sont à peu près réguliers, chez quelques-uns ces poussées se produisent au printemps et à l'automne, chez d'autres elles reviennent tous les trois ou quatre mois, parfois tous les mois.

Il semble que, plus les intervalles de repos sont longs, plus intense soit la poussée furonculeuse. Après un volumineux anthrax il n'est pas rare d'observer des phases de calme de six mois, d'un an et plus.

Les causes provocatrices des poussées sont parfois impossibles à déceler ; parfois elles semblent être un écart de régime, surtout du surmenage, de violentes émotions.

Dans d'autres cas il n'y a pas la moindre régularité dans la produc-

tion des poussées furonculeuses, mais il semble bien que l'on peut incriminer une des causes précédentes pour expliquer leur venue.

En outre, et voici un point capital, point sur lequel nous avons beaucoup insisté dans notre enseignement, un certain nombre de malades qui souffraient avant leurs poussées furonculeuses, de névralgies, d'accès d'asthme, de douleurs rhumatismales, de prurits, d'eczémas, etc... ne présentent plus ces manifestations morbides, qui ont disparu dès que la furonculose a fait son apparition.

Des goutteux, qui ont eu un gros anthrax au cou avec suppuration abondante, n'ont plus d'accidents goutteux pendant un temps relativement assez long. D'autre part il semble que chez eux l'anthrax prenne un développement d'autant plus considérable qu'ils sont plus entachés de goutte.

Comment peut-on concevoir tous ces faits? Nous ne voyons pour notre part qu'une seule explication plausible.

Nous avons démontré, après quelques auteurs anciens, que dans certains organismes que l'on peut assimiler aux goutteux vrais, il se produit au bout d'un laps de temps variable pour chaque sujet, mais assez souvent toujours à peu près le même pour un sujet donné, une manifestation morbide quelconque qui revêt parfois le caractère de douleurs, de névralgies, assez souvent celui de poussées congestives qui se portent du côté des diverses muqueuses, nez, pharynx, larynx, bronches, estomac, intestins, etc..., simulant des affections de ces divers organes,.... qui se portent aussi parfois du côté des téguments, et revêtent la forme de prurits, d'urticaire, d'eczéma papulo-vésiculeux, de poussées inflammatoires sur eczémas séborrhéïques, etc....

Ce sont en somme de véritables crises de goutte assimilables aux poussées qui se produisent d'une manière presque cyclique au niveau des articulations des goutteux vrais qui ne se soignent ni par le régime, ni par des médicaments appropriés.

Quand ces sujets sont infectés par le staphylocoque doré, et quand ce staphylocoque par son inoculation profonde provoque l'apparition de furoncles, les poussées congestives dont nous venons de parler se localisent au niveau de ces furoncles qui ont déterminé la formation à leur niveau d'un locus minoris resistentiæ de l'organisme. — Le développement plus ou moins important de ces furoncles, leur évolution vers l'anthrax, la virulence du staphylocoque, etc...., dépendent en grande partie de la disposition plus ou moins grande de l'organisme à ces poussées congestives.

Et l'on assiste ainsi chez ces sujets à ce fait évidemment tout à fait paradoxal au premier abord, que la furonculose devient en quelque sorte une manifestation de la goutte larvée, ou pour mieux dire qu'elle localise à son niveau les poussées congestives dues à l'élément gout-

teux qui existe chez le sujet. Elle joue donc le rôle d'un dérivatif, c'est-à-dire le rôle que jouerait un cautère.

Il ne faudrait pas croire qu'il n'y ait que les infections dues aux microbes, dits banaux, qui soient capables de jouer un rôle semblable. Qu'on nous permette à cet égard de citer une anecdote.

Nous étions tout jeune médecin, quand en 1884 nous nous trouvâmes par le plus grand des hasards appelé à soigner un jeune Anglais de passage à Paris atteint de tuberculose pulmonaire. Il portait au sommet droit des lésions profondes, cavitaires même ; il avait été pris brusque ment d'une forte poussée congestive autour de son foyer avec fièvre, état général assez grave. La famille réclama une consultation, et elle nous désigna un de nos vieux maîtres d'alors, d'un grand âge, depuis longtemps à la retraite, et que nous n'avions encore jamais vu. Il vint, il interrogea le malade dont il connaissait d'ailleurs la famille ; il l'ausculta ; puis, lorsque nous fûmes tous les deux seuls dans la pièce à côté pour rédiger notre consultation, il nous dit ces mots qui nous plongèrent dans la plus complète stupéfaction : « Jeune homme, vous avez là une crise de goutte. » « Mais, lui répondîmes-nous, mon cher maître, le malade est un tuberculeux ; il a des cavernes au sommet droit. » — « Parfaitement, » nous répondit le vieux maître, « c'est un tuberculeux incontestable ; mais il a en ce moment une crise de goutte ; sa famille est goutteuse, lui-même est un goutteux, mais un goutteux tuberculeux. » Nous avouons à notre honte que nous ne comprîmes pas : nous avouons à notre très grande honte que nous traitâmes même d'une manière fort irrévérencieuse le vieux praticien qui venait de nous donner cette grande leçon de clinique. Rien dans notre éducation antérieure ne nous avait préparé à la comprendre.

Mais elle nous avait frappé ; elle nous paraissait tellement absurde, tellement ridicule, qu'elle s'était gravée dans notre esprit, et peu à peu, à mesure que nous nous sommes mis à mieux étudier les faits, à essayer de les expliquer, elle s'est dévoilée à nous dans toute sa vérité et sa profondeur.

Oui, il est exact que, sur des affections d'origine externe, traumatiques, toxiques, parasitaires, microbiennes, il peut se greffer des poussées congestives, des prurits, d'origine interne avec toutes leurs conséquences. Et ces affections d'origine externe peuvent être singulièrement déformées, masquées, aggravées par ces manifestations morbides d'origine interne.

Le rôle du médecin est de démêler la complexité de ces faits, de reconnaître leur origine multiple, de traiter les divers éléments qui entrent dans leur constitution.

Dans certains cas les réactions d'origine interne masquent l'élément initial, l'épine, autour duquel elles se sont développées ; un traitement

approprié permettra de le déceler, et, dès qu'on l'aura mis en lumière, il faudra avant toute chose essayer de le supprimer quand il est possible de le faire; c'est le cas pour certaines dermatoses d'origine externe curables par les moyens dont nous disposons à l'heure actuelle, telles que la gale, les diverses mycoses, la syphilis, etc... Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et il faudra alors, en s'occupant activement de l'état général du sujet, tâcher de diminuer dans la mesure du possible les poussées congestives d'origine interne dont nous venons de parler, qui exaltent la virulence des microbes pathogènes, facilitent leur développement, rendent leur évolution particulièrement grave, ou tout au moins retardent la guérison.

Disons en terminant cet article qu'il est probable qu'une pathogénie identique à celle du furoncle devra, dans un avenir plus ou moins lointain, être appliquée à certaines des dermatoses que, jusqu'à plus ample informé, nous avons rangées dans nos réactions cutanées pures. Nous croyons assez volontiers, pour ne parler que de quelques-unes, que le lichen plan, les parakératoses psoriasiformes eczématisées, peut-être le psoriasis, peut-être l'eczéma vésiculeux vrai, peut-être les pelades, pourraient reconnaître comme agent pathogène initial un microbe de minime virulence, formant épine, et déterminant à la peau la fixation de réactions cutanées d'origine interne.

Ne serait-ce pas ainsi qu'il faudrait interpréter et accepter les recherches, si intéressantes d'ailleurs malgré leur exclusivisme, de nos modernes bactériologistes?

SUR LES NEUROFIXATIONS

Par

E. Mallein,
Médecin Aide-Major de 1re classe.

A. Tzanck,
Médecin Aide-Major de 1re classe.

Anciens Internes des Hôpitaux de Paris,
Chefs de services dermatosyphiligraphiques d'Armée,

et

Yves Kermorgant,

Médecin Aide-Major de 2e classe, externe des Hôpitaux de Paris,
Médecin adjoint d'un Centre dermatosyphiligraphique d'Armée.

Il est un fait d'observation que tous les syphiligraphes connaissent actuellement. C'est le suivant :

Un syphilitique vient consulter dans les premiers jours de sa maladie ; le diagnostic est établi, le malade est mis en traitement, on lui fait une série d'injections arsenicales (novarsénobenzol, arsénobenzol, luargol, etc.). Le chancre encore visible, la roséole commençante disparaissent rapidement et le malade est perdu de vue pendant quelques semaines ou quelques mois.

Six mois, huit mois après, il revient consulter et l'on constate alors des symptômes nerveux portant sur les nerfs crâniens ou périphériques ou sur la moelle ou l'encéphale, symptômes nerveux, disons-le tout de suite, singulièrement rebelles au traitement antisyphilitique.

Ce sont les faits de ce genre que nous envisageons sous le nom de *Neurofixations*.

Mais il faut préciser. Nous n'employons pas à dessein le terme de neurorécidives. Sous ce dernier nom, en effet, on a décrit des faits multiples et variés dont nous ne nous occupons pas dans cette note. On a englobé sous ce terme des accidents nerveux d'intoxication arsenicale qui sont tout à fait différents (nous rapportons d'ailleurs plus loin à propos du diagnostic des neurofixations une observation typique de ces phénomènes d'intoxication). On a appelé neurorécidives des faits de syphilis nerveuse précoce, faits différents encore de ceux que nous avons en vue.

Les neurofixations sont caractérisées par l'apparition de phénomènes nerveux 6 mois, 8 mois après le début d'une syphilis en apparence normale, traitée par l'arsenic, et, comme nous le verrons, mal ou insuffisamment traitée, phénomènes plus ou moins rebelles au traitement antisyphilitique. Les neurofixations qui nous occupent sont inexplicables par l'arsenic seul ou la syphilis seule, *elles sont dues à la*

syphilis traitée, à une certaine période, par l'arsenic dans certaines conditions.

Voyons la symptomatologie, le diagnostic de ces neurofixations, essayons d'en ébaucher la pathogénie, voyons surtout comment le traitement a pu être mal dirigé et comment on pourrait peut-être éviter les faits de ce genre.

Symptomatologie.

Un point capital de la symptomatologie est l'époque d'apparition de ces accidents. Ce n'est pas un phénomène tardif, c'est un phénomène de syphilis jeune, d'une syphilis de quelques mois, six mois en moyenne.

Quand on recherche les commémoratifs on trouve que la syphilis, à son origine, ne présentait rien de particulier; c'était un chancre banal, une roséole apparue dans les délais habituels ou des plaques vulgaires, rien qui permette de penser à une syphilis maligne. Ce n'est pas du côté de la syphilis même, de sa virulence propre, que l'on trouve quelque chose de caractéristique. De ce côté tout est banal, mais à l'origine il s'agissait toujours d'une syphilis à la période de roséole ou de débuts de période secondaire, ce point seul est à retenir.

Mais si l'on étudie le traitement suivi antérieurement à l'apparition des accidents, on constate les faits suivants :

Le malade a été soumis à un traitement arsenical, soit par l'arsénobenzol, soit par le novarsénobenzol; il a le plus souvent été soumis à un traitement purement arsenical d'emblée, soit à un traitement mixte dans lequel le mercure n'a pas précédé l'arsenic, mais l'a quelquefois suivi ou accompagné comme accessoire.

Toujours le traitement arsenical a été institué en pleine période secondaire, en pleine roséole par exemple, ou si la roséole n'avait pas encore parue, en période de généralisation, 30 à 40 jours après le chancre.

Quelquefois aussi le traitement arsenical a été réduit à un nombre d'injections restreint, 1, 2, 3, de novarsénobenzol.

Quels sont les accidents nerveux que l'on observe dans ces neurofixations ?

Ce peuvent être des accidents d'ordre subjectif, tels que la *céphalée*. Celle-ci, assez constante, est remarquable par sa ténacité, mais, phénomène subjectif et partant invérifiable, elle a moins de valeur que les autres accidents pour constituer un type clinique.

Il est d'ailleurs impossible de tracer un tableau clinique d'ensemble de ces neurofixations, car les cas en sont nombreux ; dans le centre d'Armée de l'un de nous où ont été soignés plus de 2 500 syphilitiques, on n'a pu en observer que quelques cas.

Tout le système nerveux peut être atteint tantôt sur un point, tantôt sur un autre :

Les nerfs périphériques peuvent être le siège d'algies.

Plus fréquemment sont atteints les nerfs crâniens, nerfs de l'œil, de la musculature interne ou de la musculature externe, ou encore les nerfs auditifs, nerf cochléaire, vertiges type Ménière.

L'abolition des réflexes est rare ; plus souvent c'est de l'exagération des réflexes, au contraire, que l'on constate. On ne trouve pas un tableau clinique de tabes confirmé, mais cependant des signes de la série tabétique, ligne de Romberg, quelquefois signe d'Argyll-Robertson, du tremblement.

Ajoutons enfin des troubles de la mémoire.

Qu'est-ce qui constitue donc l'individualisation de ces neurofixations ?

D'une part c'est, en dehors de l'époque d'apparition des commémoratifs, la ténacité des symptômes. Ils ne sont pas absolument rebelles au traitement ; ce sont des accidents spécifiques, mais ils obéissent mal et lentement au traitement.

D'une part, les réactions, les signes de laboratoire ont là une grosse importance.

La réaction de Wassermann, recherchée dans le sang, ne donne pas d'une façon constante un résultat positif, mais la ponction lombaire donne des renseignements autrement importants :

La tension du liquide est variable ; le plus souvent, dans les cas que nous avons observés, elle nous a paru augmentée.

Les trois signes que l'on recherche dans le liquide céphalo-rachidien : albuminose rachidienne, lymphocytoses, réaction de Wassermann, n'ont pas toujours le parallélisme décrit par les auteurs, mais d'une façon constante la nature spécifique des accidents se manifeste par l'un ou l'autre de ces signes, souvent par deux, quelquefois par trois. L'albuminose est le plus constant des trois.

Et ceci rapproche les neurofixations d'une façon singulièrement frappante des méningites syphilitiques latentes ou chroniques, centres de résistance du tréponème étudiés par Jeanselme et Vernes.

Nous donnons ici le résumé succinct de quelques observations :

Observation I. — R.....x. Chancre induré contracté en août 1915. Roséole très profuse, existant encore en janvier 1916, époque à laquelle le malade reçoit 5 injections d'arsénobenzol à la dose de 0,20 et 2 de novarsénobenzol (0,30). L'éruption disparaît, mais, par contre, apparition d'iritis et de céphalée ; malgré un traitement continu à l'arsénobenzol, puis au cyanure de mercure (injections quotidiennes à la dose de 0,01), aucune amélioration.

Bien mieux, en plein traitement au cyanure, le malade fait une hémiplégie droite avec aphasie. Examiné le 20 août 1915, c'est-à-dire exacte-

ment un an après sa contamination, on observe : 1° une hémiplégie droite avec aphasie ; 2° de la céphalée et des vertiges persistants ; 3° des troubles oculaires : œil droit irido-choroïdite en voie de régression ; pupille légèrement déformée, peu mobile ; œil gauche névrite optique, irido-choroïdite avec papille œdémateuse, acuité visuelle nulle ; 4° la réaction de Wassermann est positive dans le sang ; 5° la ponction lombaire révèle des modifications du liquide céphalo-rachidien : lymphocytose, albumine et réaction de Wassermann H. 0,0,8.

Observation II. — Ma.....r. Chancre en septembre 1915. Le malade reçoit en pleine période secondaire (novembre 1915) 4 injections d'arsénobenzol à la dose de 0,20. En sortant de l'hôpital, il continue à prendre 4 pilules de proto-iodure de mercure par jour. En février 1916, céphalée intense, vertiges et enfin ictus avec hémiplégie gauche. Œil gauche : iritis avec kératite ponctuée, réaction de Wassermann dans le sang, 0,8. Liquide céphalo-rachidien : pression augmentée, lymphocytose, albumine, réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien, 0,0,8.

Observation III. — H.....d. Chancre en juin 1915. En pleine roséole, traitement commencé par deux injections d'arsénobenzol. En octobre 1915, céphalée excessivement tenace, puis troubles oculaires. En fin décembre, c'est-à-dire 6 mois à peine après l'apparition du chancre, apparition de troubles sphinctériens et de gêne de la marche. Une paraplégie spasmodique s'installe. Bientôt la marche devient impossible. Réaction de Wassermann dans le sang. Ponction lombaire ; hypotension très marquée du liquide céphalo-rachidien, véritable purée de lymphocytes (300 éléments par champ environ), réaction de Wassermann, 0,0,8, dans le liquide céphalo-rachidien, albumine, 0,80 par litre au rachi-albuminimètre de Sicard et Cantaloude.

Observation IV. — F. M., sous-lieutenant. Chancre à Lyon en août 1910 ; reçoit une seule injection de 0,30 de novarsénobenzol et rejoint son corps. Pendant les mois d'octobre et de novembre reçoit 20 injections mercurielles. A un ictus le 21 décembre avec crises épileptoïdes ; évacué à F... où il ne reprend connaissance que le 22. A l'examen, troubles de la mémoire, surtout dans l'expression, pas de trouble de l'idéation, pas de céphalée, pas de troubles de la motilité ni de la préhension. Réflexes exagérées, Rosenbach supérieur légèrement exagéré. Le malade a la sensation de perdre l'équilibre et de marcher comme un homme ivre.

Ponction lombaire : hypertension ; albumine augmentée, lymphocytose et réaction de Wassermann positive.

Ce malade n'a jamais eu, antérieurement, d'épilepsie vraie, il a été hospitalisé pendant la guerre, en 1914, pour emphysème. Mis au traitement par le cyanure de mercure. Sorti après 2 mois. Mercuriel en bon état nerveux.

Remarquons dans cette observation la longue durée du traitement nécessaire pour faire disparaître les accidents.

Un cas s'est terminé par la mort :

Observation V. — S..., réformé à deux reprises en 1911 et en 1915 pour

crises d'épilepsie (service de la marine et service du Pr. P. Marie). Contracte postérieurement la syphilis en août 1915 à Bahia. Reçoit à ce moment 6 injections de novarsénobenzol dont on ignore les doses. En mai 1916, incorporé à nouveau, présente des syphilides circinées pour lesquelles il est évacué 9 mois après son chancre. Le 7 octobre 1916, il est évacué dans le service de neurologie. Epilepsie jacksonnienne ; la tête lui tourne ; mouvements grimaçants de la face droite, déviation de la tête à droite, tremblements de la main qui se ferme, raideur de la jambe droite, sans perte de connaissance, et sensation de fourmillements et d'engourdissement du côté droit ; entre les crises, troubles parétiques, exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde, paralysie faciale, sillon nasogénien effacé à droite. Du 10 au 22 octobre 1916, il lui est fait deux injections de novarsénobenzol de 0,15 et 0,30 et quatre injections de cyanure de mercure, après lesquelles, pour des raisons non médicales, il rejoint son corps.

Dans le courant de novembre, les crises épileptiques se rapprochent, elles sont précédées d'une aura et suivies d'hémiparésie avec deux mouvements choroathétosiques. En décembre, le malade est évacué à nouveau, il entre progressivement dans un état de torpeur qui ira en s'accroissant, tandis que les crises épileptiques iront en s'espaçant pour disparaître complètement. L'état de torpeur cérébral est tel qu'on ne peut dire si c'est de la confusion ou de la démence. Ponction lombaire : albumine massive, lymphocytose très forte sans polynucléaires, tandis que le Wassermann du sang est négatif. Le malade meurt dans le coma.

Autopsie : Adhérences dure-mériennes, plaques serpigineuses blanc grisâtre en avant de la scissure de Sylvius à la partie moyenne de la frontale ascendante ; de même la pie-mère adhère et entraine avec elle la substance corticale, placard purulent au niveau du chiasma, autour du cervelet, adhérence du bulbe et du cervelet. En coupe, les plaques dépassent l'épaisseur de la couche corticale, surtout au niveau de la zone frontale moyenne et de la pariétale ascendante, l'adhérence dans la région de Sylvius et dans celle des plexus choroïdes, adhérence telle qu'en tirant sur les vaisseaux on arrache la substance cérébrale. Rien de particulier dans les cavités thoraciques et abdominales.

Dans cette observation sont à remarquer, d'une part, la nature nettement spécifique des lésions constatées à l'autopsie chez un ancien épileptique vulgaire et, d'autre part, le traitement notoirement insuffisant, novarsénobenzol, du mois d'octobre.

Diagnostic.

Le diagnostic ne peut se poser qu'avec deux sortes d'accidents nerveux, les syphilis nerveuses précoces ou les accidents nerveux dits au traitement arsenical.

Les syphilis nerveuses précoces sont des cas d'ordre banal, connus

depuis longtemps et que l'on peut observer encore, malgré le traitement arsenical. Nous savons maintenant, grâce aux travaux de Ravaut, Sicard, Hudelo et Jeanselme et de ses élèves, combien précocement la syphilis touche le système nerveux, mais il n'y a, dans ces cas, rien de spécial, de nouveau depuis l'introduction de l'arsenic dans la thérapeutique. En voici encore une observation :

Observation VI. — S... Louis, 111e Territorial, syphilis au début traitée par 8 injections d'arsénobenzol et une de novarsénobenzol en novembre 1915, revu le 21 avril 1916: céphalée, vertiges, exagération des réflexes, signe de Romberg, pas de signe d'Argyll-Robertson. Ponction lombaire : hyperalbuminose, mononucléaires et lymphocytes. Réaction de Wassermann H. 228, disparition des accidents par cyanure de mercure.

Dans ce cas, rien qui permette de supposer que le traitement a pu avoir une influence quelconque sur l'apparition des accidents. Rien d'anormal dans ce traitement.

Le diagnostic des neurofixations se pose avec les accidents du traitement arsenical. La différence considérable, c'est en plein cours de traitement que les accidents purement arsenicaux surviennent et non pas six mois après. Voici une observation d'accidents nerveux en rapport avec le traitement arsenical :

Observation VII. — C..., gendarme. Chancre contracté en septembre ; entre dans le service avec roséole et syphilide acnéiforme, cicatrice du chancre polymiro-adénopathie, système nerveux, réflexes normaux.

Traitement mixte ; reçoit 0,10 d'arsénobenzol et novarsénobenzol 0,30 et 0,45, légère intolérance, maintenue à la 3e injection à 0,45; piqûre le 6 janvier ; le 9 janvier fait, à 15 heures, une crise épileptoïde. En raison de l'hypotension après la crise, injection d'adrénaline de 1/4 de milligramme, le malade va et vient. Une demi-heure après, deuxième crise. Puis les crises vont se succédant et se rapprochant jusqu'à devenir subintrantes (réflexes normaux dans l'intervalle des crises).

A 19 heures, saignée de 300 grammes : il semble y avoir une légère sédation ; à 21 heures, tension artérielle remontée et plutôt au-dessus de la normale, injection de sérum lactosé. A 23 heures, saignée de 500 grammes. Le sang est recueilli à fin d'analyse.

A 3 heures du matin, le malade reprend connaissance et est tout étonné de se trouver dans une chambre d'isolement.

	Urine	Sang
	—	—
Urée.	4 gr.	0,625
Chlorures.	1 gr.	6,45
Azote total.	2,40	0,80
Azote de l'urée	1,86 pour 100	0,23

Nous avions demandé la recherche de l'arsenic dans l'urine et dans le

sang. Aucun laboratoire dans l'Armée n'était pourvu du matériel nécessaire.

Evolution ultérieure excellente. Le malade, revu en avril 1917, ne présente aucun signe nerveux.

Pathogénie.

Ces accidents de neurofixations diffèrent des accidents purement syphilitiques, différents des accidents d'intoxications arsenicales pures, sont rares, mais ils ont une individualité propre, leur pathogénie est encore obscure.

Si l'on veut essayer d'ébaucher cette pathogénie, on a pour cela les circonstances, les commémoratifs, le mode de traitement arsenical d'une part et, d'autre part, la connaissance d'un fait qui nous paraît voisin : la réaction d'Herxheimer.

Nous n'avons pas à rappeler en quoi consiste cette réaction (Cf. MILIAN, *Paris médical*, 15 novembre 1913). Entre la réaction de Herxheimer et les neurofixations, il existe des divergences et des caractères communs qui peuvent se résumer ainsi :

Les divergences avec les réactions de Herxheimer sont :

1° La date d'apparition est retardée à quelques semaines, à quelques mois après la cessation du traitement;

2° Le traitement a moins aisément prise sur ces accidents que sur la réaction de Herxheimer à proprement parler. Ces divergences ne sont sans doute pas essentielles.

Les caractères communs des neurofixations et des réactions de Herxheimer sont les suivants : dans les deux cas, il s'agit de malades soignés à la période secondaire. Dans les deux cas, le traitement arsenical a été faible ou insuffisant, souvent la période de préparation mercurielle a été négligée. Ces accidents n'apparaissent pas dans les syphilis soignées avant le 20e jour du chancre.

Les conditions nécessaires pour leur production sont donc les mêmes dans les deux cas ; les divergences résident dans la date d'apparition à la résistance plus grande au traitement.

A notre avis, ces divergences ne sont pas fondamentales. Si chez les malades qui présenteront ultérieurement une neurofixation on pratiquait précocement une ponction lombaire, on mettrait vraisemblablement en évidence la méningomyélite naissante. Ces phénomènes de neurofixation ont une curabilité moindre que les réactions de Herxheimer vraisemblablement parce que l'intervention thérapeutique n'a lieu qu'à un stade déjà avancé, après une période de latence clinique de plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Il semble donc que toutes les hypothèses pathogéniques qui ont été

invoquées pour expliquer les réactions de Herxheimer pourraient être également émises dans les neurofixations.

Conclusions.

On ne saurait en aucune façon tirer de ces faits le *moïndre argument contre le traitement arsenical de la syphilis.*

Mais les règles du traitement doivent être, à notre avis, légèrement modifiées :

Chancre au début ; dans les premiers jours, traitement arsenical d'emblée aussi précoce que possible.

Syphilis après le 20e jour ou en pleine période secondaire : avant le traitement arsenical, faire une préparation mercurielle.

Aux *armées* il nous a été impossible de rassembler la bibliographie de cette question, nous nous en excusons ici.

ALOPÉCIES EN AIRES CHEZ LES BLESSÉS DE GUERRE RADIOGRAPHIÉS

Par le Pr **Frenkel**, Médecin-major de 1re classe,
Chef du Centre ophtalmologique de la 17e Région (Toulouse).

Nous avons observé, au mois de mai 1917, une véritable petite épidémie de pseudo-pelade. Le début, imperceptible d'abord, a été constaté dans le courant du mois de mai, chez les blessés oculaires, les uns déjà énucléés, les autres non énucléés. Chez tous, l'alopécie est localisée dans la région occipitale et a pris rapidement une grande extension, dépassant chez quelques-uns la largeur de la paume de la main. Chez la plupart, l'alopécie est en bordure ; chez tous, son siège correspond au côté de la blessure oculaire, sauf chez un seul où elle est médiane. Ces blessés sont répartis dans des salles différentes, dès le début de leur hospitalisation et ne se sont pas servi des mêmes objets de toilette. Voici quelques renseignements sur les cas observés :

Observation I. — B... Jules, 22 ans, soldat au 22e régiment d'artillerie, 101e batterie. — Entré le 22 avril. Blessé le 29 mars 1917 par obus à l'œil gauche.

Symptômes à l'entrée : ODV : 1. — OGV : Q. Milieux inéclairables. Corps étranger orbitaire supéro-interne. Injection de la conjonctive bulbaire. Chambre antérieure très diminuée.

12 avril 1917. — Radiographie : OG : Un gros projectile à la partie sup. ext. et part. de la cavité orbitaire gauche.

16 avril 1917. — Grand électro-aimant : résultat négatif.

21 avril 1917. — Radiographie : Projectile de 3 millimètres de forme irrégulière, situé dans le quart supéro-post. à peu près sur la ligne médiane du globe oculaire gauche.

27 avril 1917. — OG : Enucléation (cocaïne).

5 mai 1917. — Plaque alocépique région occipitale gauche.

22 mai 1917. — La plaque occupe toute la moitié gauche de l'occiput et est plus large que la paume de la main.

Observation II. — B... Raymond, 23 ans, sergent au 153e régiment d'infanterie, 10e compagnie. — Entrée : 23 avril 1917. Blessé le 16 avril 1917 par obus à l'œil droit.

Symptômes à l'entrée : ODV : 0. Plaie pénétrante sclérale à 1 millimètre du limbe à 8 h. 2 millimètres de largeur. Enclavement de l'iris. Hémorragie du vitré. Fond invisible. — OGV : 1.

25 avril 1917. — OD : Résection de la hernie de l'iris.

27 avril 1917. — Radiographie : OD : Projectile de 5 millimètres de longueur dans la partie antéro-supéro-nasale du globe oculaire.

30 avril 1917. — Extraction du projectile *au grand électro-aimant* par l'incision de la plaie sclérale. — Poids : 5 mgr. 25. — Dimens. 6 × 4, 5 × 1, 5 millimètres.

4 mai 1917. — Cataracte traumatique. Plaie d'incision bien fermée.

6 mai 1917. — Exsudat pupillaire. Irido-choroïdite diffuse. — OGV : 0,6.

8 mai 1917. — OD : Enucléation (chloroforme).

18 mai 1917. — Grande plaque d'alopécie région occipitale, côté droit — OGV : 1.

Observation III. — D... Léon, 21 ans, sergent au 123e régiment d'infanterie, 11e compagnie. — Entré le 26 avril 1917. Blessé par accident en service commandé le 18 avril, par grenade, aux membres, au tronc et à l'œil droit.

Symptômes à l'entrée : ODV : 0. Large perforation de la cornée en croix. Cataracte traumatique. — OGV : 1. — Nombreuses blessures superficielles, bras, cuisse et jambes droites et cuir chevelu.

28 avril 1917. — *Radiographie :* Pas de projectile visible dans la région oculaire droite.

14 mai 1917. — Otite moyenne traumatique d'origine récente. — Anévrysme traumatique de l'artère temporale droite, ayant débuté hier. — Extraction de la poche après double ligature à l'hôpital militaire (même jour).

15 mai 1917. — Grande plaque d'alopécie région occipitale côté droit.

24 juillet 1917. — OD : Enucléation pour atrophie douloureuse (cocaïne).

Observation IV. — D... Bekkeda, 23 ans, soldat au 2e régiment de tirailleurs algériens, 2e compagnie. — Entré le 21 avril 1917. Blessé le 7 mars 1917 à l'œil gauche et bras gauche.

Symptômes à l'entrée : ODV : 1. — OGV : 1/50. — Plaie cicatricielle du bord orbitaire inférieur et queue du sourcil. Symblépharon. Granulations anciennes.

Radiographie : 1er mai 1917. — Un petit projectile au-dessus du plancher buccal. Un autre au-dessous du plancher de l'orbite gauche, probablement sous-cutané.

22 mai 1917. — OG : Blépharospasme habituel. Strabisme convergent. — Vaste placard d'atrophie post-hémorragique.

Alopécie du côté gauche, au côté temporal de la région occipitale depuis une huitaine de jours (*15 mai 1917*).

Observation V. — P... Gabriel, 34 ans, caporal au 108e régiment d'infanterie, 2e compagnie. — Entré : 23 avril 1917. Blessé le 17 avril 1917 par obus à l'œil gauche, aile gauche du nez.

Symptômes à l'entrée : ODV : 1. — OGV : 0. Hémorragie sous-conjonctivale. Exophtalmie. Mydriase paralytique. Paralysie de la 3e paire. Atrophie du nerf optique. Strabisme divergent.

Radiographie : 1er mai 1917. — OG : Les projectiles se trouvent à la partie postérieure de l'orbite. L'un des projectiles se trouve inclus dans la grande aile du sphénoïde, en avant de la selle turcique.

7 mai 1917. — Hôp. 41 : Perte de substance aile gauche du nez. Obstruc-

tion de la fosse nasale gauche. Pas de gros bourgeons. — Pas de sinusite maxillaire probable.

16 mai 1917. — Grande plaque alopécique, milieu de l'occiput.

Observation VI. — L... Jules, 20 ans, soldat au 83e régiment d'infanterie. — Entré le 23 avril 1917. Blessé le 18 avril par obus à l'œil gauche.

Symptômes à l'entrée : ODV : 1. — OGV : Q. Hyphéma 1/2 chambre antérieure. Section du bord ciliaire paupière supérieure 1/4 externe. — Plaie sclérale à 3 millimètres du limbe de 3 millimètres à 1 h. région ciliaire. Hémorragie du vitré.

Radiographie : 27 avril 1917. — OG : Petit projectile en avant du centre du globe oculaire gauche sur l'axe antéro-postérieur.

30 avril 1917. — Grand électro-aimant : négatif.

14 mai 1917. — 2e essai *électro-aimant* négatif.

17 mai 1917. — Grande plaque alopécique, région occipitale, côté gauche.

Observation VII. — R... Michel, 31 ans, soldat au 12e régiment d'artillerie. — Entré le 18 avril 1917. Blessé le 2 avril à gauche et à 9 kilomètres de Reims à la région pariétale droite et à l'œil gauche.

Symptômes à l'entrée : ODV : 1. — OGV : 0. Plaie pénétrante au limbe à 11 h. Blessure de l'iris. Cataracte traumatique. Douleurs ciliaires. T-I. Hyphéma. — Plaie du crâne par E. O. région temporo-occipitale droite. Longue fissure de l'écaille du temporal irradiée vers la pointe de la mastoïde. Otorragie.

Radiographie : 21 avril 1917. — Projectile de 3 millimètres, de forme irrégulière, situé dans le quart antéro-supéro-externe du globe oculaire gauche. Un petit débris métallique est un peu postérieur au premier.

23 avril 1917. — Grand électro-aimant : négatif.

24 avril 1917. — Après kératotomie supérieure, *grand électro-aimant :* négatif.

28 avril 1917. — OG : Enucléation (chloroforme).

8 mai 1917. — Alopécie à la région occipitale à gauche.

22 mai 1917. — La plaque alopécique occupe toute la moitié gauche de la région bregmatico-occipitale.

Observation VIII. — T... Fleury, 21 ans, sergent au 2e régiment de zouaves, 3e compagnie. — Entré le 18 avril 1917. Blessé le 13 avril par grenade à l'œil gauche et à la face.

Symptômes à l'entrée : ODV : 0. Plaie pénétrante au limbe à 9 heures. Plaie de l'iris. Décollement rétinien. Irido-cyclite. — OG : 1,50. — V : 1.

Radiographie : 21 avril 1917. — Pas de projectile visible dans l'orbite droite.

25 avril 1917. — Résection hernie de l'iris.

Perforation à l'emporte-pièce de la membrane tympanique droite et gauche, sans suppuration.

30 avril 1917. — OD : Enucléation.

14 mai 1917. — Grande plaque alopécique région occipitale, côté droit.

Observation IX. — D... Gaston, 28 ans, sous-lieutenant au 79e régiment d'infanterie. — Entré le 9 mai 1917. Blessé le 5 mai 1917 par éclat d'obus à l'œil droit.

Symptômes à l'entrée : ODV : Q. Plaie pénétrante sclérale à 7 heures, à 3 millimètres du limbe. Iritis avec hypopyon. Exsudat pupillaire. Milieux inéclairables. Chémosis. — OGV : 1.

Radiographie : Corps étranger intra-oculaire dans le 1/4 antéro-inféro-externe.

Gros électro-aimant : négatif.

11 mai 1917. — OD : Enucléation de l'œil droit pour infection grave par corps étranger (cocaïne).

Observation X. — G... Paul, 29 ans, soldat au 4e bataillon de chasseurs, à P. — Entré le 9 mai 1917. Blessé le 5 mai par éclat de grenade à la face.

Symptômes à l'entrée : ODV : 1/25. — Plaie 1/3 int. paup. inf. Petite plaie sclérale à 5 heures. Chorio-rétinite traumatique en bas et dedans. Chambre antérieure profonde. Hémorragie de la rétine côté nasal. — OGV : 1.

Gros électro-aimant négatif (*10 mai*).

13 mai 1917. — Eruption généralisée post-sérique. — ODV : 0,1. — OGV : 1.

2e essai électro-aimant : négatif.

Radiographie : 18 mai 1917. — Corps métallique de forme irrégulière plus long et plus large qu'épais, situé dans le 1/4 antéro-inféro-interne du globe oculaire droit. Le projectile se trouve, vraisemblablement, dans la paroi du globe ou dans la région située au-dessous de l'insertion tendineuse du muscle droit interne.

25 mai 1917. — Paralysie du droit inférieur.

21 mai 1917. — Extraction au *grand électro-aimant,* d'un projectile lamelleux provenant d'une boîte en fer-blanc de 57 mgr. 8, mesurant 8 × 7 × 1/5 millimètres. Ce projectile, coincé dans la sclérotique près de l'insertion du droit inférieur étant en partie intra-oculaire et en partie extra-oculaire.

22 mai 1917. — ODV : 0,1. Disparition de la paralysie du droit inférieur.

29 mai 1917. — Chute des cheveux, région occipitale, côté droit.

Observation XI. — E... Henri, 23 ans, sous-lieutenant au 4e régiment du génie. — Entré le 21 mai 1917. Blessé le 22 avril par grenade à l'œil droit.

Symptômes à l'entrée : ODV : Q. Plaie linéaire de la cornée, occlusion et exsudat pupillaire. Cataracte traumatique. — OGV : 1.

Radiographie : 22 mai 1917. — 5 petits débris métalliques dans l'hémisphère antérieur, dans le 1/4 inférieur du globe oculaire droit.

29 mai 1917. — OD : Enucléation (cocaïne).

7 mai 1917. — Début d'alopécie, région occipitale droite.

En examinant les observations rapportées ci-dessus on est frappé tout d'abord par ce fait que, chez tous les malades, l'alopécie est localisée du même côté que la blessure oculaire et que chez tous, il s'agit d'un traumatisme grave qui a entraîné chez 6 d'entre eux

l'énucléation. On pourrait penser à première vue qu'il s'agit ici d'une pseudo-pelade nerveuse due à des troubles trophiques d'ordre réflexe, dont le point de départ aurait été dans la région oculaire. Quelque séduisante que soit une telle hypothèse, elle a dû être rejetée immédiatement, parce qu'une cause plus tangible et plus directe doit être incriminée tout d'abord.

En effet, tous ces hommes ont subi la radiographie qui a été indiquée par la nécessité de localiser des projectiles dont ils ont été porteurs. Or, si l'on dresse sous forme de tableaux, d'une part, la date de la radiographie pratiquée, chez chacun d'eux, et d'autre part, la date à laquelle les phénomènes cutanés ont apparu tout d'abord, on ne manque pas d'être frappé par ce fait à peu près constant que le premier phénomène trophique du côté de la peau a apparu 15 jours environ après leur exposition aux rayons X. D'autre part, en contrôlant la région sur laquelle a été appliquée la plaque photographique, on a constaté que c'était précisément celle qui est le siège de l'alopécie actuelle. Il est donc évident que la chute des cheveux de la région occipitale chez tous ces militaires doit être mise en relation avec la radiographie pratiquée chez eux.

Nous tenons à faire remarquer qu'aucun de ces blessés n'a présenté de radio-dermite véritable, mais seulement une épilation systématique de la région qui a été mise en contact avec le localisateur. Chez aucun de ces blessés, la région épilée ne présente ni atonie, ni œdème, ni aucun signe qu'on peut trouver dans certains cas de dermite véritable.

Le service de radiographie ayant été prévenu, on n'a pu nous indiquer comme cause de ces phénomènes aucune faute de technique apparente, ni aucune cause générale manifeste. La question s'est donc posée de savoir pourquoi ces hommes, et non d'autres, ont souffert de l'action des rayons. On a pu reconnaître que quelques-uns d'entre eux ont dû poser deux fois à des jours différents, avec un intervalle de moins de huit jours entre deux poses. Pour de tels cas, on a mis en avant le mot d'anaphylaxie ; mais cette assimilation ne nous paraît nullement justifiée pour des raisons sur lesquelles il est inutile d'insister ici. Il suffit dans ce cas d'admettre qu'il y a superposition d'action irritante. Chez les autres, on a fait 5 poses dans la même séance pour obtenir une localisation précise du projectile. Il est possible enfin, qu'on ait eu à faire à des ampoules de qualité moindre.

Chez ceux d'entre nos blessés chez lesquels les phénomènes d'alopécie ont commencé vers le 5 ou le 15 mai, on a pu constater un commencement de la pousse des cheveux vers la fin du mois de mai. Toutefois, cette pousse était très lente et, au début du mois de juillet, elle n'était pas encore bien avancée. Vers le milieu du mois d'août, deux des blessés qui ont pu être revus avaient un état presque normal, et il est probable qu'il en est de même des autres.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Erythème.

Un cas d'érythème noueux rebelle à la médication ; guérison par le salicylate de soude (Un caso de eritema nudoso rebelde á la medicación ; curacion con salicilato sodico), par A. Sainz de Aja et M. Forns. *Actas dermo-sifiliográficas*, avril-mai 1916, p. 223.

S. et F. emploient en injections intra-veineuses une solution de salicylate de soude à 40 pour 100. On peut commencer par 50 centigrammes et atteindre des doses quotidiennes de 2 grammes, sans préjudice des applications locales de salicylate de méthyle et de l'administration interne. Pellier.

Gale.

Contribution à l'étude de la gale féline chez l'homme (Contributo allo studio dell'acariasi felina nell'uomo), par V. Barbaglia. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, octobre 1914.

Les lésions prurigineuses étudiées par B. consistaient en placards urticariens, atteignant au maximum les dimensions d'un centime, en petites croûtes hématiques et en points hémorragiques entourés d'une zone congestive. Leur distribution ne correspondait en rien aux lieux d'élection de la gale humaine. Sur le chat, cause de l'éruption, l'examen des croûtes montra en abondance le sarcoptes minor de Furstenberg ou sarcoptes notoedrus de Bourguignon-Delafond.

Ce parasite déjà observé sur le chat n'avait pas été mis en évidence dans les lésions humaines et l'on avait tendance à admettre qu'elles étaient dues à son action directe sur les téguments mais sans pénétration dans le tissu.

B. a reproduit sur l'homme les lésions papuleuses, vésiculeuses et urticariennes et a pu retrouver le parasite dans les vésicules. Sur des coupes histologiques, il a constaté l'existence du sarcopte logé dans le corps muqueux où il occupe à peu près entièrement une petite cavité tapissée de cellules cornées parakératosiques. Chez l'animal les cavités donnent plus l'impression du sillon que chez l'homme. Il est ainsi démontré que le sarcopte du chat provoque le prurit par une véritable pénétration endo-épidermique dans laquelle il n'arrive pas à rencontrer les éléments nécessaires à son existence. Pellier.

Gale norvégienne ou croûteuse (Sarna noruega o costrosa), par J. de Azua et J. Nonell. *Actas dermo-sifiliográficas*, juin-juillet 1916, p. 268.

Le premier cas de gale norvégienne observé en Espagne porte sur un homme de soixante-huit ans chez qui la maladie durait depuis trente ans. Irrégulièrement réparties sur le corps, les lésions croûteuses atteignaient le cou et l'oreille gauche et consistaient en croûtes de couleur jaune ter-

reux, de forme conique, contenant un grand nombre d'acares vivants et morts. PELLIER.

Granulome végétant.

Un cas de granulome végétant à staphylocoques (Un caso di granuloma vegetante da stafilococco), par A. CHIEFFI. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* t. LVI, 1915, p. 196.

Lésion végétante de la région hypogastrique datant de 6 ans, de la grandeur de la paume de la main, dont l'ensemencement donna du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré. Guérison rapide par la radiothérapie. PELLIER.

Hypertrichose.

Sur le mécanisme histologique de la tricholyse définitive dans la radiumthérapie de l'hypertrichose (Sul meccanismo istologico della tricolisi definitiva nella radiumterapia dell'ipertricosi), par C. VIGNOLO-LUTATI. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1916, p. 214.

Le point important de cette étude réside dans la constatation d'une trichogenèse de réparation, tout à fait analogue au processus normal et paraissant évoluer de front avec la tricholyse déterminée par les applications de radium. Il semble donc qu'il y ait intérêt à prolonger l'action élective du radium dans le but d'agir sur les germes épithéliaux qui sont au point de vue histologique le facteur essentiel de la trichogenèse. PELLIER.

Myases.

Les myases cutanées de l'homme (Le myasi cutanee nell'uomo), par A. PORTA. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* mars 1915, p. 5.

Très belle étude de parasitologie, basée sur une bibliographie très étendue. La partie zoologique ne saurait être résumée. Notons seulement que les parasites des myases présentent une distribution géographique ; en Europe, type hypoderma et gastrophilus, en Amérique, Canada et Patagonie, genre chrysomia, en Amérique tropicale, genre dermatobia, en Afrique, genre cordylobia et pycnosoma. Le genre sarcophaga est seul commun à tous les continents.

Au point de vue clinique, P. propose de diviser les accidents cutanés en deux types. Dans le premier (dermatosi muscosa) les larves sont fort nombreuses et comme celles de la Wollfahrtia magnifica et de la Chrysomia macellaria arrivent à la formation rapide de véritables amas. Les larves libres dans les tissus semblent les dévorer avec voracité, déterminent des pertes de substances considérables et des phénomènes généraux pouvant se terminer par la mort. Dans le second type (dermatosi œstrosa) le développement des larves est plus lent ; elles peuvent être nombreuses mais en général vivent isolées. Celles du genre hypoderma et gastrophilus ont comme caractère propre d'être migratrices (myase rampante de Balzer). L'éosinophilie signalée par Balzer montre que ces affections dépassent les limites de simples lésions cutanées.

Il est difficile au médecin d'identifier lui-même les diverses larves. Elles peuvent être conservées dans l'alcool à 70°. On peut également dans le

but d'obtenir l'insecte parfait les cultiver sur de la viande en ayant soin qu'elles ne manquent ni d'eau ni d'air. PELLIER.

Nævi.

Sur les nævi symétriques multiples. A propos d'un cas du soi-disant adénome sébacé de Pringle (Sopra i nævi multipli symmetrici. A proposito di un caso del cosi detto adenoma sebaceo del Pringle), par P.-L. BOSELLINI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* t. LVI, 26 novembre 1915, p. 369.

Le malade de B. était un épileptique de 34 ans, d'un développement intellectuel des plus rudimentaires. Les tumeurs qu'il présentait sur la face étaient pisiformes, de couleur rouge vineuse et en quelques points pourvues d'un pédicule long et mince. Sur les épaules et le cou existaient quelques nævi plans ou verruqueux, parfois molluscoïdes. L'étude histologique de plusieurs fragments montrait qu'il s'agissait là d'un type mixte; dans les lésions de la face prédominent les altérations des glandes sébacées et des follicules, tandis que les petites tumeurs pédiculées du menton correspondent au type fibro-vasculaire. La structure des nævi du cou et des épaules était celle du fibrome mollusciforme.

Après avoir passé en revue les différentes tumeurs congénitales, B. estime que, si leur différenciation avec l'épithéliome est parfois difficile au point de vue histologique, il existe au point de vue clinique et évolutif des raisons suffisantes pour ne pas les comprendre dans un même ordre de faits. PELLIER.

Dyskératome nævique (psorospermose folliculaire végétante de Darier) [Discheratoma nævico (psorospermosi follicolare vegetante di Darier)], par A. BELLINI. *Giornale italiano della malattie veneree e della pelle,* octobre 1914, p. 776.

Trois observations accompagnées de belles microphotographies. Entre toutes les étiologies l'origine nævique apparaît à B. comme la plus vraisemblable. La systématisation observée par Malinowsky, la débilité intellectuelle signalée par plusieurs auteurs plaident en sa faveur. B. attache plus d'importance aux glandes sébacées hétérotopiques qu'il a pu constater dans la couche cornée et que Hoffmann, Pasini et Giorgi avaient déjà décrites.

La neige d'acide carbonique donne des résultats peu étendus et temporaires. La thérapeutique la plus active est la radiothérapie. Mais, outre le danger des radiodermites que B. a pu constater sur un de ses malades, il convient de se demander s'il n'y a pas quelque imprudence à soumettre aux rayons Rœntgen une couche germinative qui donne des signes nets de prolifération vers la profondeur. PELLIER.

Œdème.

Sur l'œdème exsudatif aigu (Sull'edema essudativo acuto), par L. MARTINOTTI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* décembre 1914, p. 866.

A moins de 2 années d'intervalle M. a observé sur 2 soldats, originaires de la même localité, un tableau clinique caractérisé par un œdème de la

face et du scrotum sur lequel se développent de petites vésico-pustules, dont le contenu se concrète en croûtes jaunâtres. La maladie est précédée de prurit et de mal de gorge. Elle se termine spontanément en peu de jours par une légère desquamation.

Des deux cas M. a isolé un bacille anaérobie facultatif du type Friedländer-Fritsch. Il convient aussi de noter qu'avant leur incorporation les deux malades couchaient dans des écuries à côté d'animaux présentant du jetage nasal. PELLIER.

Pigmentation (Troubles de la).

Sur la leucodermie pseudo-syphilitique qui survient chez les Japonais (Uber das pseudo-syphilitische Leukoderma, welches bei Japanern vorkommt), par T. OKAMURA. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie,* janvier 1916, p. 2.

Il se produit très fréquemment chez les Japonais une sorte de leucodermie très analogue par sa morphologie avec la syphilide pigmentaire et la leucodermie psoriasique. Les taches n'ont pas la blancheur du vitiligo bien qu'on trouve parfois à leur périphérie une zone d'hyperpigmentation. La lésion a une prédilection pour le thorax et n'atteint qu'exceptionnellement le cou et les membres. Elle est de beaucoup plus fréquente chez les hommes.

Cette leucodermie n'a rien à voir avec la syphilis, on la rencontre sur des sujets non syphilitiques et sur des porteurs de chancres. Quant au psoriasis il est très rare au Japon.

Au microscope, on trouve une très petite diminution du pigment de l'épiderme, bien qu'au centre les cellules basales puissent parfois en être complètement dépourvues.

Il est vraisemblable que cette leucodermie, dont il est difficile de préciser la cause déterminante, dépend surtout d'une question de race et que la couleur de la peau y joue un rôle important. PELLIER.

Prurit.

Le radium dans la thérapeutique du prurit vulvaire (Il radium nella terapia del prurito vulvare), par C. VIGNOLO-LUTATI. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* décembre 1914, p. 930.

Les faits d'épithéliome douloureux, de névralgies et de névrites heureusement traités par le radium ont conduit V.-L. à utiliser ce procédé dans deux cas de prurit vulvaire. Excellent et rapide résultat. PELLIER.

Note sur le prurit sénile (Nota sobre el prurito senil), par P. UMBERT. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1916, p. 220.

Certains cas de prurit sénile considérés comme sine materia semblent être une modalité clinique de l'intoxication urinaire de Guyon. Deux sujets ont vu, après prostatectomie, disparaître des prurits rebelles à toute médication en même temps que leurs troubles urinaires. PELLIER.

Psoriasis.

Rapports du psoriasis avec la dermatite desquamative maligne et ses agents septiques, étudiée dans son processus et ses résultats

(Rapporti della psoriasi colla dermatite desquamativa maligne e cogli agenti settici studiata nel processo e negli esiti), par A. Zappala. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* décembre 1914, p. 881.

La dermite exfoliatrice qui vient se greffer sur le psoriasis est l'effet d'une complication septique qui, une fois écartée, laisse évoluer à nouveau le processus chronique et celui-ci semble parfois en rester heureusement modifié. Pellier.

Purpura.

Contribution à la connaissance du purpura annularis télangiectodes (Majocchi) [Contributo alla conoscenza della purpura annularis télangiectodes (Majocchi)], par M. Copelli. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* mars 1915, p. 70.

Deux cas chez des fillettes de 14 et 8 ans, ayant des antécédents tuberculeux soit personnels, soit familiaux. Chez une des malades C. a pu observer une récidive, chose fréquente dans les purpuras mais non signalée jusqu'ici dans la maladie de Majocchi. Cette récidive, bien que particulièrement développée sur les membres inférieurs. se manifesta cependant sur toute la surface cutanée mais ne subit pas l'évolution normale vers une configuration annulaire.

Au point de vue histologique, C. a retrouvé les faits signalés par Majocchi : endoartérite oblitérante et phénomènes d'atrophie diffuse dans toute la zone atrophique centrale, épaississement des parois vasculaires et dilatations anévrysmales avec phénomènes d'œdème et d'hémorrhagie dans la zone annulaire et télangiectasique. Il semble donc que la maladie a à sa base une altération des parois vasculaires portant spécialement sur leur tunique moyenne. Son origine toxique est probable et dans les cas de C. on ne peut s'empêcher de les rattacher à la toxémie tuberculeuse. Pellier.

Pyocyanique (Maladie).

Sur la maladie pyocyanique (Sopra la malattia piocianica), par P. Bosellini. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1916, p 199.

Le cas de B. correspond à la forme cutanée idiopathique qu'il convient de distinguer des manifestations cutanées symptomatiques d'une infection générale. Vingt-quatre heures après une piqûre au poignet se développe une réaction inflammatoire au centre de laquelle ne tarde pas à se dessiner une zone nécrosée ; le sillon d'élimination apparaît au bout de dix jours. Au vingtième jour la lésion très douloureuse est circulaire, légèrement surélevée par rapport au tissu sain qui l'entoure, entourée d'une zone congestive, reposant sur une base infiltrée, à fond escharotique. Ses dimensions s'accroissent et la nécrose détruit l'aponévrose, déterminant des hémorrhagies assez sérieuses. Guérison par les applications de chlorure de zinc.

L'ensemencement a donné avec des staphylocoques du bacille pyocyanique, avec lequel B. a pu reproduire sur le cobaye des lésions nécrosantes suivies de mort de l'animal par infection pyocyanique. Pellier.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Bactériologie de la syphilis.

Note préliminaire à la contribution à l'étude du leucocytozoon de la syphilis (Nota previa alla contribución al estudio del leucocytozoon siphilis), par J. Peyri-Rocamora. *Policlinico,* juillet 1913, n° 7.

P. a recherché les formes parasitaires décrites par Mac Donagh dans les ganglions de syphilitiques. Il les a facilement retrouvées dans les préparations du suc ganglionnaire examiné à l'ultra-microscope, après coloration au bleu de méthylène et dans les coupes colorées au réactif de Pappenheim. Les frottis colorés au Giemsa prêtent plus facilement à la confusion avec les éléments cellulaires. P. a observé les mêmes formes sporulées dans les ganglions de lapins syphilisés. Pellier.

Réactions biologiques dans la syphilis.

Sur la présence de différents anticorps dans le sérum des syphilitiques (Sulla presenza di anticorpi diversi nel siero dei sifilitici), par F. Porcelli-Tittone. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* 14 mai 1915, p. 121.

L'idée que la substance produisant la déviation du complément dans la réaction de Wassermann est composée de divers éléments a été soutenue déjà par nombre d'auteurs. P. y apporte une contribution nouvelle en étudiant l'emploi d'un mélange d'antigènes (foie syphilitique et cœur du cobaye) susceptibles de fournir à eux seuls une déviation. Si une dose de sérum syphilitique dévie le complément avec des quantités *a* et *b* de deux antigènes différents, il faudrait pour la même quantité de compléments une dose moindre du même sérum si on utilise comme antigène un mélange de la moitié de chacune des quantités *a* et *b*. Pellier.

Injections intraveineuses de radium et réaction de Wassermann irréductiblement positive (The effect of intravenous injections of Radium on a persistant positive Wassermann reaction), par Winfield Ayres. *Medical Record,* 9 octobre 1915, p. 610.

Chez quatre malades présentant des syphilis latentes avec réaction de Wassermann positive et irréductible par les médications spécifiques classiques, A. a pu modifier la réaction en pratiquant 4 ou 5 injections intraveineuses de bromure de radium à la dose de 100 microgrammes. Les doses plus faibles auraient pour résultat la réactivation de la réaction et A. se base sur ce fait pour reconnaître au radium une action spécifique sur la syphilis. Il n'a pas tenté la médication dans la syphilis en activité.

S. Fernet.

La réaction de Wassermann dans deux cent cinquante et un cas de tuberculose (The Wassermann reaction in two hundred and fifty one tuberculans dispensary cases), par Jones. *Medical Record*, 2 septembre 1916, p. 418.

On pratique régulièrement la réaction de Wassermann chez tous les tuberculeux se présentant au dispensaire de Scattle. Sur 251 malades, 73 ont présenté des réactions positives. Chez deux seulement on a pu retrouver des antécédents probables de syphilis, tous les autres niaient complètement tout antécédent spécifique et ne présentaient aucune trace de syphilis acquise ou héréditaire. Devant un aussi fort pourcentage de résultats positifs, J. doute de la spécificité de la réaction. S. Fernet.

Le contenu du sang et du liquide céphalo-rachidien en amino-acides chez les syphilitiques et les non-syphilitiques (The amino-acid content of the bload and spinal fluid of syphilitic and non-syphilitic individuals), par Ellis, Cullen et Van Slyke. *The Journal of the American medical Association,* 9 janvier 1915, p. 126.

E., C., et V. S. ont expérimenté la méthode de Kaplan et Clelland pour le diagnostic de la syphilis par le dosage des amino-acides du sang et du liquide céphalo-rachidien. Ils concluent que : 1° la quantité des amino-acides du sang varie dans les limites de 4,5 et 8,5 milligrammes par 100 centimètres cubes chez les différents individus. 2° la même variation peut être observée chez le même individu. 3° les amino-acides du liquide céphalo-rachidien varient chez les différents sujets de la même façon que chez un seul sujet entre 2 et 4 milligrammes par 100 centimètres cubes. 4° les amino-acides du sang varient exactement dans les mêmes limites chez les syphilitiques et chez les non-syphilitiques. 5° les résultats du dosage des amino-acides du sang et du liquide céphalo-rachidien n'ont aucun rapport avec les résultats de la réaction de Wassermann et aucune valeur diagnostique dans la syphilis. S. Fernet.

La valeur comparée de la réaction à la luétine et de la réaction de Wassermann dans la syphilis héréditaire, par G. Blechmann, Maurice Delort et A. Tulasne. *Archives de Médecine des enfants,* avril 1915 p. 197.

De leur long travail B., D. et T. concluent :

« Trop souvent infidèle et inconstante, la réaction de Noguchi n'apporte au diagnostic et au pronostic de la syphilis héréditaire qu'un complément secondaire d'information. Très inférieure comme rendement à la réaction de Wassermann, elle ne saurait la suppléer comme élément de certitude. Dans les cas litigieux, l'intra-dermo-réaction n'ajoutera au faisceau des présomptions concordantes qu'une impression de plus. » P. Gastinel.

Questions à l'étude concernant la syphilis, par R. Sabouraud. *Paris Médical,* 5 mai 1917, p. 369.

S. signale l'intérêt de l'étude clinique, menée parallèlement à celle de la réaction de Wassermann, dans les questions suivantes : syphilis héréditaire et lupus tuberculeux ; syphilis et ulcères de jambe ; si l'hérédo-syphilitique perd avec l'âge sa séro-réaction positive ; gravité de la syphilis

acquise par les sujets hérédo-syphilitiques ; polymorphisme de l'hérédité syphilitique ; syphilis conceptionnelle ; demi-contagion et demi-contamination. R.-J. WEISSENBACH.

Influence des injections intraveineuses de collargol sur la réaction de Wassermann, par C. PICADO. *Comptes rendus de la Société de biologie,* 31 mars 1917, p. 327.

Les injections intraveineuses d'argent colloïdal influencent la réaction de Wassermann dans certains cas, soit par réactivation, soit par inhibition. Elles peuvent même la faire apparaître chez des sujets indemnes de syphilis. Il est donc nécessaire, pour éviter des erreurs possibles causées par le traitement médical, de ne pratiquer la réaction de Wassermann que sur des sujets n'ayant pas reçu récemment (24 ou 48 heures) d'injections intraveineuse de collargol. R.-J. WEISSENBACH.

La séro-réaction de la syphilis. — Procédé simplifié. — Préparation de l'antigène, par A. LATAPIE. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 3 mars 1917, p. 270.

La source d'erreur la plus commune dans la réaction de Wassermann est inhérente au mode de prélèvement du sang. Il importe que les ventouses dont on se sert et la peau soient débarrassées de toutes substances antiseptiques. Le mieux est de retirer le sang par ponction veineuse.

L'antigène doit être exactement titré. L. décrit le mode de préparation et de titrage.

Le nouveau procédé simplifié proposé par L. est le suivant : Le sang qui vient d'être aspiré, au moyen d'une seringue, par ponction veineuse est réparti à raison de 2 centimètres cubes dans deux tubes à essai, dont un (tube B) servira de témoin et l'autre (tube A) contient 1,5 centimètre cube d'antigène. Après 12-48 heures, on répartit le liquide, exsudé après coagulation, dans trois petits tubes, de la façon suivante : 1er tube : 0,4 centimètre cube de A ; 2e tube : 0,2 centimètre cube de A + 0,2 centimètre cube d'eau physiologique, ; 3e tube : 0,1 centimètre cube de B + 0,3 centimètre cube d'eau physiologique, et dans les 3 tubes : 0,1 centimètre cube de globules de mouton à 6 pour 100. Après 2 heures de séjour à l'étuve à 37°, on note les résultats. Les résultats de ce procédé simplifié sont supérieurs à ceux du procédé simplifié Levaditi et Latapie. R.-J. WEISSENBACH.

La réactivation de la réaction de Wassermann au moyen des injections de soufre-mercure, par A. BERGERON et Camille JOUFFRAY. *La Presse Médicale,* 26 avril 1917, p. 241.

B. et J. montrent que le traitement nécessaire pour provoquer la « réactivation de la réaction de Wassermann » ne doit être ni trop énergique, ni trop faible, celle-ci ne redevenant positive que si la quantité de toxine mise en circulation par destruction des tréponèmes est suffisamment abondante et suffisamment prolongée. Les arsenicaux ne conviendraient donc pas. On s'adressera de préférence aux injections sous-cutanées ou intra-musculaires de préparations mercurielles. B. et J. emploient les injections intra-musculaires de soufre-mercure colloïdal. Le malade reçoit deux injections, à 3 jours d'intervalle, de un quart de milligramme de soufre et de un milligramme de mercure dans un centi-cube, puis à 3 jours d'intervalle, trois

nouvelles injections d'une dose double de soufre et de mercure. Quinze jours plus tard on pratique la réaction de Wassermann ; si elle donne un résultat positif, on a obtenu la « réactivation rapide » ; si elle donne un résultat négatif on la pratique à nouveau quinze jours plus tard et si elle est alors positive on a obtenu la « réactivation tardive ». Au besoin on recherchera une troisième fois la réaction au bout de quinze jours. Toute réactivation qui n'a pas été obtenue alors ne se produira plus. On peut selon les cas, mais aussi selon sa disposition d'esprit, conclure que les présomptions cliniques étaient fausses et le malade non syphilitique ou que la méthode n'a pas atteint son but. Les conclusions de B. et J. sont basées sur l'étude de la réactivation dans 20 cas de syphilis certaine et dans 16 cas de syphilis vraisemblable. R.-J. Weissenbach.

Réinfection syphilitique.

Réinfection syphilitique avec notes sur l'immunité et le traitement (Syphilitic reinfection with notes on immunity and treatment), par Smith. *Medical Record,* 10 juillet 1916, p. 60.

Chez un homme, âgé de 52 ans, S. constate un chancre induré typique de la verge datant de 10 jours. Adénopathie satellite, présence de spirochètes. Réaction de Wassermann négative.

Le traitement étant institué immédiatement, il n'y a pas d'accidents secondaires.

Ce malade avait eu, à l'âge de 20 ans, un chancre syphilitique et une éruption secondaire et avait suivi pendant deux ans consécutifs un traitement mercuriel régulier. S. insiste sur la possibilité d'une guérison de la syphilis par le traitement mercuriel seul, tout en reconnaissant l'extrême rareté de ces faits. S. Fernet.

Superinfection et réinfection syphilitique (Superinfezione et reinfezione sifilitica), par E. Mariotti. *Giornale italiano della malattie veneree e della pelle,* 1916, p. 185.

Deux observations dont la première est vraiment bien discutable, non comme le croit M. à cause de l'incertitude du premier diagnostic qui est confirmé par une réaction de Wasserman positive mais par l'imprécision des dates respectives de la lésion, du Wassermann positif et des accidents secondaires consécutifs. Dans le second cas la réaction de Wassermann a été également positive et M. ne nous dit pas la date exacte de l'apparition du chancre. Il semble que, dans les cas de ce genre, il y aurait toujours intérêt à préciser. Pellier.

Associations pathologiques de la syphilis.

Tuberculose et syphilis. — Hybrides tuberculo-syphilitiques externes, par Max Poissonnier. *Journal des Praticiens,* 10 et 17 février 1917, p. 85 et 102.

P. étudie les rapports de la syphitis et de la tuberculose et spécialement certaines formes cliniques de leur association, les hybrides tuberculo-syphilitiques externes. La syphilis et la tuberculose ne sont pas antagonistes l'une de l'autre. Chez un tuberculeux, la syphilis est rapidement maligne : les accidents tertiaires sont graves et fréquents. La syphilis pré-

dispose à la tuberculose, elle donne à l'évolution de celle-ci un coup de fouet. L'union de la syphilis et de la tuberculose donne naissance à des lésions spéciales, manifestations à la fois tuberculeuses et syphilitiques, parmi lesquelles les hybrides tuberculo-syphilitiques externes sont particulièrement fréquentes. Leur diagnostic est délicat : le meilleur élément d'appréciation est fourni par le résultat du traitement anti-syphilitique. Leur traitement sera général ou local : le traitement général sera celui de toute syphilis par le mercure, l'iodure et les arsenicaux associé aux règles d'alimentation et d'hygiène prescrites dans les tuberculoses externes ; il sera intensif et prolongé. Localement il faudra immobiliser les articulations malades avec un appareil plâtré ; ne jamais employer la méthode sanglante ; mais traiter par les ponctions et les injections modificatrices les abcès, les fongosités et les fistules. R.-J. Weissenbach.

Syphilis de l'estomac.

Syphilis secondaire et troubles gastriques (Sekundäre Syphilis und Magenveränderungen), par H. Neugebauer. *Wiener klinische Wochenschrift,* 1914, n° 24, p. 845.

A la période secondaire de la syphilis, il peut se produire des modifications de la sécrétion gastrique, par exemple des variétés persistantes d'anacidité, susceptibles d'aboutir à l'achylie. L'hyperacidité est plus exceptionnelle. Ces troubles dépendent soit d'un trouble de l'innervation du vague, soit d'une altération de la paroi gastrique, soit de la réuninn de ces deux facteurs.

On fera le diagnostic d'une gastrique syphilitique par la réaction de Wassermann, par le mode des modifications gastriques, des altérations apparentes de la muqueuse, une galactosurie alimentaire positive, d'autres signes de syphilis, l'influence du traitement spécifique.

En cas de doute, il faut administrer le traitement spécifique en même temps que les autres. Ch. Audry.

Syphilis du système nerveux.

Méningites syphilitiques et réactions méningées chez des syphilitiques, par Marcel Lavergne. *Archives de médecine des enfants,* novembre 1916, p. 579.

Les états méningés paraissant survenir spontanément et les réactions méningées — se produisant au cours d'une maladie infectieuse — si elles s'accompagnent d'une lymphocytose appréciable dans le liquide céphalo-rachidien, témoignent d'une fragilité des centres nerveux souvent imputable à l'hérédo-syphilis.

Dans de tels cas, même en l'absence de tout indice de spécificité, il y aurait lieu de faire rechercher systématiquement la réaction de Wassermann. M. Govaerts.

Syphilis héréditaire.

Hérédo-syphilis nerveuse probable, par L. Babonneix. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 13 octobre 1916, p. 1546.

Homme de 30 ans présentant des symptômes nerveux de divers ordres, dont l'ensemble permet de songer à l'hérédo-syphilis nerveuse, quoique la

réaction de Wassermann, recherchée d'ailleurs avec le sérum seul, soit négative.

Ces symptômes appartiennent les uns à la série tabétique : diminution des réflexes tendineux, hypotonie musculaire, ataxie accrue par l'occlusion des yeux, lenteur des réflexes pupillaires sans signe d'Argyll Robertson, lymphocytose céphalo-rachidienne ; les autres à la série cérébelleuse : élargissement de la base de sustentation dans la station verticale, titubation cérébelleuse, asynergie cérébelleuse. On note de plus du tremblement, du nystagmus, parole scandée comme dans la sclérose en plaques ; des contorsions, gesticulations, grimaces variées comme dans la chorée vraie ; une tendance à l'accélération pendant la marche comme dans la maladie de Parkinson ; un signe de Babinski bilatéral.

Le malade porte des malformations diverses : dents de Hutchinson, brachycéphalée, épaisseur anormale des parois crâniennes, brièveté des doigts, un certain degré d'atrophie tertiaire et infantilisme. R.-J. Weissenbach.

Méfaits de l'hérédo-syphilis tardive sur le système nerveux. Sclérose en plaques. Chorée des femmes enceintes. Comment y remédier ? par Henri Dufour. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 19 mai 1916, p. 715.

D. rapporte l'observation de trois malades l'un âgé de 33 ans atteint depuis plusieurs années d'une sclérose en plaques et les deux autres, deux femmes âgées de 29 et de 30 ans, enceintes toutes deux, et atteintes l'une de chorée généralisée et l'autre d'une hémichorée gauche d'origine syphilitique. D. insiste sur l'importance qu'il y a à instituer la médication spécifique avant l'apparition des accidents, qui seulement ainsi peut être efficace et prévenir l'apparition de troubles graves.

D. utilise dans ces cas le calomel et le cacodylate de soude en faisant alterner le calomel pris par voie digestive avec les injections de cacodylate de soude. R.-J. Weissenbach.

Sur les adénopathies scrofuloïdes des syphilitiques héréditaires (Beitrag zum Studium der skrofuloiden Adenopathien hereditär-syphilitischer Individuen), par K. Vignolo-Lutati. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* 1914, t. 120, p. 376.

V.-L. rappelle la description de Fournier et le travail de Ménard, ensuite il donne 7 observations de ces adénites hérédo-syphilitiques qui empruntent le facies clinique de la scrofulose, en ayant soin de montrer qu'il s'agit non d'une association tuberculo-syphilitique, mais bien d'une variété scrofuloïde d'adénite hérédo-syphilitique. Ch. Audry.

Syphilis héréditaire d'origine paternelle à la troisième génération, par Gaucher. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 29 septembre 1916.

Dans une famille où l'arrière-grand-père du côté paternel était syphilitique, le grand-père et le père indemnes de syphilis acquise, les 3 enfants ont une séro-réaction de Wassermann positive. A côté de dystrophies hérédo-syphilitiques, deux d'entre eux présentent des végétations adénoïdes, et le troisième de l'entéro-colite. M. Govaerts.

La syphilis héréditaire qu'on ignore, par R. Sabouraud. *La Presse Médicale,* 17 mai 1917, p. 273.

La syphilis héréditaire reste fréquemment ignorée. Il faut que tout médecin connaisse mieux les stigmates de la syphilis héréditaire, principalement les plus légers et, les connaissant, se fasse un devoir de les rechercher toujours. S. insiste sur les stigmates dentaires et spécialement la description de l'éminence mamillaire de la face palatine de la première grosse molaire supérieure. R.-J. Weissenbach.

Traitement de la syphilis.

Recherches expérimentales sur les propriétés et l'action antisyphilitique de notre nouvelle préparation mercurielle l'Imamicol (Experimentelle Untersuchungen über die Eigenschaften und die antiluetische Wirkung von unserem neuen Quecksilber praeparate Imamicol), par Tetsuta Ito, Matsusaki, Mitsuhaski et Kurokawa. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie,* juin 1916.

L'Imamicol est une solution à 10 pour 100 d'un sulfo-salicylate sodique de mercure, contenant 2,75 pour 100 de mercure. Presque aussi antiseptique que le sublimé, il est dix à vingt fois moins toxique. Injecté à l'animal, il se montre d'une parasitropie supérieure à celle du sublimé. Les expériences faites sur des syphilitiques sont encore trop peu nombreuses pour permettre des conclusions définitives. Pellier.

Traitement de la syphilis par les injections quotidiennes d'une faible dose de néosalvarsan ou de galyl, par Marcel Labbé et André Gendron. *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 24 novembre 1916, p. 1945.

Dans sept cas, de syphilis secondaire ou tertiaire L. et G. ont employé les injections intraveineuses quotidiennes de faible dose (0 gr. 10 ou 0 gr. 15) de novarsénobenzol ou de galyl.

Les injections ne furent suivies d'aucune réaction générale. Les différents accidents spécifiques disparurent rapidement. Mais la réaction de Wassermann ne fut dans aucun cas modifiée par le traitement : cette constatation peut donner à penser, écrivent L. et G. que la stérilisation de l'organisme a moins de chance d'être obtenue par ce procédé que par la méthode classique des doses croissantes et hebdomadaires. Ce mode de traitement est particulièrement indiqué chez des syphilitiques qui, en raison de leur état général, ne doivent pas être exposés aux fortes réactions provoquées par la médication arsenicale. R.-J. Weissenbach.

La diversité actuelle des traitements de la syphilis, par Hudelo. *Paris Médical,* 5 mai 1917, pp. 351-369.

Exposé critique très documenté de la technique et des résultats des méthodes actuelles de traitement de la syphilis à ses différentes périodes. H. insiste sur l'incertitude laissée, quant à l'avenir des syphylitiques, par le seul traitement arsenical et préconise le traitement mixte mercuriel et arsenical suivant les règles très générales suivantes. Au début (chancre ou accidents secondaires précoces) H. pratique de cinq en cinq jours, neuf injections de novarsénobenzol, de 0 gr. 30 à 0 gr. 90, représentant

4 à 5 grammes au total, en intercalant entre ces injections vingt injections de 0 gr. 01 de cyanure de mercure. Le malade est, après cette cure, dont la durée totale est de quarante jours, toujours blanchi, avec une réaction de Wassermann habituellement négative, un liquide céphalo-rachidien normal.

Après un repos de six semaines à deux mois, le malade vient se soumettre à un nouvel examen. Si la réaction de Wassermann est restée négative, on commence de suite et pour trois à quatre ans le traitement mercuriel. H. donne la préférence aux injections de sels solubles, benzoate ou biiodure de mercure, par séries soit de vingt injections suivies d'un mois de repos, soit de dix injections par mois jusqu'à la fin du sixième mois de la maladie. Si la réaction de Wassermann est au contraire redevenue positive, on fait une deuxième cure mixte arsenico-mercurielle de quarante jours suivie d'un repos de six semaines, qui mène ainsi vers la fin du sixième mois. Si la ponction lombaire de contrôle, pratiquée en fin de cure première, révèle un liquide anormal (hypertension, albuminose, lymphocytose, réaction de Wassermann positive H. conseille de réduire), la période de repos à trois semaines seulement, puis de reprendre une cure mixte prolongée ; si des accidents marqués, tels que céphalée, obtusion cérébrale, etc..., viennent cliniquement s'ajouter, il est préférable, comme le conseille Ravaut, d'avoir recours aux cures douces, à doses moyennes (0 gr. 45 au maximum d'arsénobenzol, benzoate à 0 gr. 01 ou 0 gr. 015), mais toujours longues de dix à douze injections arsenicales et renouvelées jusqu'à retour à la normale du liquide céphalorachidien.

Après le sixième mois révolu de l'infection, on traitera le malade soit par les injections de sels solubles comme il a été dit plus haut, soit par l'huile grise en séries de six injections hebdomadaires, renouvelées tous les trois mois jusqu'à la fin de la deuxième année, tous les quatre mois la troisième, tous les six mois la quatrième et la cinquième. H. conseille de faire un examen du sang tous les quatre mois environ. R.-J. Weissenbach.

Les anémies transitoires au cours du traitement de la syphilis par le néosalvarsan, par G. Langevin, M. Brulé et André-Pierre Marie. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 22 décembre 1916, p. 2310.

L., B. et M. ont étudié les variations du nombre des globules rouges chez un certain nombre de syphilitiques au cours du traitement mixte par les injections intraveineuses de cyanure de mercure alternant avec des injections intraveineuses de doses croissantes de novarsénobenzol en solution concentrée. De façon presque constante, dans les 24 heures qui suivent l'injection de néosalvarsan, le nombre des hématies s'abaisse par millimètre cube de 500 000 et même de 1 million. Cet abaissement du nombre des globules rouges semble indépendant de la dose de médicament, et très variable d'un sujet à l'autre. Le traitement mercuriel associé ne semble pas devoir être incriminé, car l'hypoglobulie a été constatée chez des sujets soumis au seul traitement par le novarsénobenzol et chez les sujets soumis au traitement mixte, la courbe de numération globulaire s'élève toujours entre 2 injections de sel arsenical pendant les injections de sel mercuriel. La rénovation sanguine est rapide et se fait sans apparition de

formes anormales ; la résistance globulaire ne varie pas. Chez certains sujets, les destructions globulaires peuvent aboutir à des anémies assez accentuées, le chiffre des hématies s'abaissant au-dessous de 3 millions par millimètre cube : on doit alors espacer les injections pour que la réparation sanguine puisse se faire dans l'intervalle de celles-ci. R.-J. Weissenbach.

Le traitement par l'arsénobenzol dans la néphrite syphilitique (La cura arsenobenzolica nella nefriti sifilitica), par P. Filadoro. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* 7 juillet 1915, p. 226.

Dans les 18 observations de F. on peut distinguer 3 ordres de faits : les uns correspondent à des guérisons, les autres à des échecs et il faut y ajouter 3 cas de mort. Les guérisons portent en général sur des syphilitiques secondaires. Dans les néphrites plus tardives se rencontrent des cas qui résistent à la thérapeutique ou même s'aggravent de ce fait. Il convient de commencer par des doses faibles mais encore cette précaution s'avère-t-elle insuffisante ; un des malades de F. a succombé après une injection de 0gr,10. Pellier.

Étude expérimentale et clinique des préparations japonaises d'arsénobenzol (Experimenteller Bericht und einige klinische Beobachtungen über japanische Salvarsanpräparate), par Dohi, Nakano et Kambayushi. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie,* septembre 1916, p. 34.

Les différents produits préparés au Japon pour remplacer le salvarsan sont moins toxiques pour les animaux d'expériences que le produit de Höchst. Peut-être le salvarsan qui fut employé comparativement était-il de date trop ancienne. Au point de vue clinique les produits japonais se sont montrés d'une activité au moins égale. Pellier.

Intoxication mercurielle aiguë de cause médicale (Intoxicación mercurial aguda por intrusion medica), par A. Levo. *Actas dermo-sifiliográficas,* avril-mai 1916, p. 232.

Un praticien porte un diagnostic de syphilis que rien ne justifie ultérieurement. Moins justifié encore est le traitement institué : 5 injections hebdomadaires d'un flacon entier d'huile grise Vigier. Résultat : stomatite violente, vomissements, diarrhée. Un second médecin qualifie de plaques les lésions buccales et, pratique, à doses raisonnables, deux nouvelles injections d'huile grise..... Pellier.

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

TRAVAUX ORIGINAUX

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE LA LÉSION DITE « STOMATITE NACRÉE OU TRIANGULAIRE COMMISSURAIRE DES FUMEURS »

Par le Dr **L.-M. Bonnet,**
Médecin-major de 1re classe, Médecin des hôpitaux de Lyon.

I. — Le domaine de la syphilis a été notablement étendu ces dernières années. Bien des lésions de divers organes, de cause longtemps vague ou inconnue, lui ont été justement attribuées ; d'autres le seront encore sans doute.

La recherche de cette infection dans les antécédents de la plupart des malades est donc fort importante, tant au point de vue nosographique, qu'à celui de l'intérêt immédiat du malade appelé parfois à bénéficier d'une thérapeutique appropriée.

Malheureusement, il ne suffit pas de demander à un sujet s'il a eu la syphilis pour être sûrement renseigné sur ce point. Sans parler de ceux (pas très fréquents aujourd'hui) qui mentent sciemment à ce sujet, bien des syphilitiques répondent de bonne foi qu'ils ne le sont pas, les uns parce qu'ils l'ont oublié, beaucoup parce que leur maladie a toujours été méconnue.

Tout stigmate facilement reconnaissable est donc fort précieux. Mais la valeur exacte de ces stigmates doit être rigoureusement établie. Il n'est pas douteux que certains auteurs sont allés un peu vite en cette matière, et en sont arrivés à voir partout la syphilis acquise ou héréditaire.

II. — Un de ces stigmates les plus importants est la leucokératose buccale, particulièrement précieuse parce qu'elle est cherchée en un instant, sans même que le malade ou son entourage sachent ce que l'on soupçonne.

Que la leucoplasie typique de la bouche, et de la langue en particulier, soit habituellement conséquence de la syphilis, cela paraît bien établi. Mais toutes les leucokératoses buccales reconnaissent-elles cette origine ?

Pour quelques auteurs (Gaucher, Landouzy) la syphilis est toujours en cause.

Pour la plupart, la syphilis est la cause la plus fréquente, mais non

la seule, et ils citent des cas de leucokératose sans syphilis. La leucoplasie résulterait à la fois de conditions générales et de causes locales. Comme causes générales Bénard (1) indique la syphilis, l'arthritisme, la névropathie ; Butlin, Brocq (2), n'ayant parfois rencontré aucune tare appréciable, admettent aussi une sorte de prédisposition essentielle. Comme causes locales, on cite toutes les causes d'irritation : tabac, affections dentaires, abus de mets épicés, etc. D'ailleurs, ces auteurs reconnaissent que des types objectifs distincts ne correspondent pas à ces étiologies diverses; aucun caractère n'est spécifique à ce point de vue. D'où leur conclusion : en pratique, quel que soit le type objectif de leucokératose que l'on rencontre, voici ce que l'on doit dire : le sujet n'est pas sûrement syphilitique, mais il a beaucoup de chance de l'être.

Les auteurs se sont, en effet, depuis longtemps, efforcés de chercher si telle ou telle variété étiologique de leucoplasie possédait des caractères anatomo-cliniques propres. C'est la leucokératose dite tabagique ou nicotinique qui a été surtout envisagée. On sait que Vidal en avait fait une description spéciale, et lui avait assigné des caractères distinctifs. Mais on n'a pas tardé à voir des fumeurs dont la leucoplasie ne répondait pas à cette description ; et, inversement, la description de Vidal était observée chez des sujets non fumeurs.

Je ne sais si l'on arrivera jamais à diagnostiquer avec certitude, de par ses caractères objectifs, la nature arthritique, tabagique, essentielle, syphilitique, etc., d'une leucoplasie. J'en doute fort. Mais parce qu'une nosographie aussi complexe et parfaite des leucokératoses s'est montrée irréalisable, il ne s'en suit pas, à mon avis, qu'il faille jeter le manche aprés la cognée, et, passant d'un extrême à l'autre, conclure (ainsi que cela est assez de mode actuellement) que tous les types de leucokératose sont équivalents et ont la même valeur séméiologique.

III. — On peut observer au niveau des commissures labiales des leucokératoses d'aspects variés. C'est ainsi qu'on y trouve parfois des placards leucoplasiques identiques à ceux de la leucoplasie linguale véritable; et assez souvent alors il y a coïncidence de ces deux localisations.

Mais il existe un type de leucokératose propre aux commissures et présentant des caractères bien spéciaux : siège uniquement commissural; forme triangulaire, à sommet postérieur se prolongeant parfois un peu sur la muqueuse jugale ; couleur blanc terne, tirant souvent sur la teinte pelure d'oignon ; grande minceur de la lésion. C'est ce type clinique que j'ai seul pris comme objet d'étude.

(1) Bénard, art. *Leucokératose*, in *La Pratique Dermatologique*, Paris, tome II.
(2) Brocq, *Traité élémentaire de Dermatologie pratique*, Paris, 1907.

On sait qu'il a été parfaitement individualisé et décrit par Fournier (1) et que ce maître affirmait que cette « stomatite nacrée ou triangulaire commissuraire des fumeurs » n'était nullement d'origine syphilitique, et était tout à fait distincte de la « leucoplasie vraie » qui, elle, est fonction de syphilis. Il y insiste à plusieurs reprises.

Landouzy prit exactement le contrepied de cette doctrine et, dans une série de mémoires, s'attacha à démontrer qu'il n'y avait pas lieu de distinguer des espèces de leucokératoses ; que toutes étaient également d'origine syphilitique. « Je ne fais aucune distinction, dit-il, entre ces stomatites nacrées, triangulaires ou commissurales, dites des fumeurs, et les plaques commissurales et jugales, saillantes, d'aspect blanc mat, d'apparence micacée ou psoriasiforme auxquelles on réserve, à tort suivant moi, le nom de leucoplasie vraie, et auxquelles seules on accorde depuis peu l'origine syphilitique. Entre les unes et les autres, il n'y a que des différences d'aspect et de degré : issues d'une même cause, elles sont de même essence et de même nature. » Et encore : « J'accorde à la leucoplasie buccale, quel que soit son siège, son étendue, son intensité, son aspect et sa forme, une valeur quasi-pathognomonique (autant pathognomonique que peut être un signe) certainement, en pratique de syphiligraphie une valeur égale à la réaction de Wassermann.... La leucoplasie jugale et commissurale, dite plaques de fumeur, est, dans la généralité des cas, fonction de syphilis. »

C'est surtout en 1908 que Landouzy (2) exposa sa manière de voir, en se basant sur une série d'observations cliniques. Il y revint à nouveau en 1915, en invoquant, comme nouvelle preuve, les résultats de la réaction de Wassermann.

En médecine, c'est bien souvent le dernier qui parle qui a raison surtout quand il parle haut et fort. Landouzy avait exposé et affirmé son opinion de façon retentissante : il entraîna la conviction du public médical. Je sais bien qu'en 1912 M. Queyrat (3) présenta un homme ayant de la leucoplasie commissurale, sans syphilis antérieure, et que M. Milian déclara avoir vu de tels faits : mais ils furent d'accord pour déclarer que cela était extrêmement rare (4). Je ne trouve plus rien depuis,

(1) Fournier, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 27 novembre 1906, p. 166.

(2) Landouzy, Valeur séméiologique des leucoplasies des joues et des commissures dites « plaques des fumeurs », *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 23 juin 1908 ; Valeur séméiologique des leucoplasies jugales et commissurales dites « plaques des fumeurs », *Presse médicale*, 27 juin 1908 ; Importance diagnostique de la leucoplasie buccale, *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 novembre 1908 ; Les taches blanches de la muqueuse jugale et commissurale dites « plaques de fumeurs » fonction de syphilis, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 11 mai 1915.

(3) Queyrat et Bouttier, Un cas de leucoplasie commissurale sans préexistence de syphilis. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 décembre 1912.

(4) Leucoplasie = syphilis 995 fois sur 1000 (Queyrat). Il y a des leucoplasies non syphilitiques, mais elles sont extrêmement rares (Milian).

notamment plus rien après la dernière communication de Landouzy. En somme, depuis cette époque il est très généralement admis que toutes les leucokératoses sont à peu près toujours d'origine syphilitique.

IV. — La meilleure manière de vérifier « la valeur séméiologique de la leucokératose triangulaire des commissures » m'a paru être de la rechercher systématiquement chez des sujets indemnes de syphilis antérieure.

La question se pose alors de savoir quel critérium choisir comme preuve de cette absence de syphilis antérieure. L'interrogatoire, l'examen clinique ne peuvent donner que des probabilités. La réaction de Wassermann négative ne permettrait pas d'affirmer que le sujet n'a pas eu la syphilis à un moment donné.

Il m'a semblé que, quelque paradoxal que cela puisse paraître, ce qui était encore le plus sûr était de prendre comme sujets d'observation, les malades porteurs de chancre syphilitique (avant tout accident secondaire) et ne présentant, en outre, ni stigmate d'hérédo-syphilis, ni histoire de syphilis antérieure. Évidemment, il n'y a pas là une certitude mathématique ; mais je crois m'exposer ainsi au minimum d'erreurs. Il est même assez remarquable que personne (1) n'ait jamais fait de recherche systématique semblable, étant donné que la méthode est fort simple et que tout le monde a, peu ou beaucoup, étudié la séméiologie des leucokératoses.

Déjà en 1909 j'avais fait cette recherche, pendant les mois d'août, septembre et octobre, avec M. le Dr Olivier, qui était alors mon interne à l'Antiquaille. Nous avions réuni 16 cas d'accidents primitifs en évolution, sans antécédents ni stigmates suspects, chez lesquels existait, d'un côté ou des deux, cette stomatite triangulaire des commissures. Dès lors, ma conviction était faite.

L'été dernier, étant médecin chef d'une ambulance qui recevait la majorité des vénériens d'une armée, j'ai repris cette étude sur les malades entrés pendant deux mois (2). Pendant les mois d'août et de septembre 1917, je reçus 80 militaires porteurs d'accidents primitifs récents : parmi eux, 21 (c'est-à-dire 26 pour 100) présentaient de la leucokératose commissuraire, uni ou bilatérale. Or, la syphilis était bien trop récente pour avoir produit cette leucokératose : je ne tenais compte que des chancres à leur début ou à la période d'état, avant la période secondaire. On ne pouvait incriminer de syphilis antérieure :

(1) On ne saurait considérer comme une étude systématique de la question le cas publié par MM. Queyrat et Bouttier (*cité plus haut*) : ces auteurs apportent simplement un fait isolé, à titre de curiosité, pour ainsi dire.

(2) Il ne m'a pas paru utile de prolonger d'avantage cette observation, le résultat étant fort net.

j'éliminai tout cas discutable ; j'avais à faire à des sujets jeunes, dont beaucoup en étaient à leurs débuts génitaux ; et puis, passe encore s'il s'agissait d'un fait isolé, mais ce n'était pas le cas ici ; de quel droit supposer, a priori, que le quart des syphilis contractées par des sujets jeunes sont des réinfections ?

Par conséquent, je considère comme démontré que la stomatite triangulaire des commissures s'observe assez fréquemment sans qu'il y ait eu de syphilis antérieure et n'est nullement un stigmate caractéristique de cette maladie.

Voilà donc résolue la question que je m'étais posée.

Je peux ajouter une remarque. Pendant que j'observais, à mon ambulance, ces 80 accidents primitifs, je voyais 74 autres syphilitiques (surtout des secondaires ; quelques tertiaires), et chez eux je notai 21 cas de stomatite commissuraire (soit 28 pour 100). En d'autres termes, cette stomatite commissuraire n'est pas sensiblement plus fréquente chez les syphilitiques chez lesquels l'infection a eu le temps d'agir que chez ceux chez lesquels elle ne l'a pas eu. Ce qui conduit à conclure que la syphilis non seulement n'est pas nécessaire à la production de cette lésion, mais encore n'exerce pas d'action favorisante appréciable.

Enfin, je peux dire que le traitement antisyphilitique n'a aucune action nette sur cette forme de leucokératose. Je donne cela à titre documentaire, mais sans y attacher une grande importance au point de vue spécial auquel je me suis placé, car les échecs de ce traitement dans la leucoplasie syphilitique véritable de la langue ne se comptent pas. Chez 21 de mes sujets (13 accidents primitifs, et 8 syphilitiques plus ou moins anciens), j'ai noté soigneusement l'état à l'entrée et à la sortie : malgré un traitement intensif (3 grammes de novarsénobenzol et 0,60 centigrammes de biiodure), chez aucun je n'ai vu disparaître cette lésion ; chez trois seulement elle m'a paru s'être très légèrement atténuée, mais cette très légère amélioration était très explicable autrement : c'étaient de très grands fumeurs auxquels on avait supprimé le tabac, et, en outre, ils étaient entrés avec une dentition en mauvais état qu'avait assainie le dentiste de la formation.

V. — Je me suis proposé d'étudier ici la valeur séméiologique de cette lésion, et non sa pathogénie ; ce sera l'objet d'un travail ultérieur.

Mais je peux dire déjà que, si le tabac joue un très grand rôle dans sa production, il faut reconnaître qu'elle peut s'observer chez des sujets qui fument très peu, et inversement faire défaut chez de très grands fumeurs. Je l'ai même observée, très rarement il est vrai, chez des gens qui ne fumaient pas. Aussi je préfère ne pas employer le terme, cependant consacré, de « plaques des fumeurs ».

VI. — Voici donc ma *conclusion* :

On peut observer au niveau des commissures labiales des leucokératoses d'aspects très divers.

Une forme spéciale, propre aux commissures, a été décrite par Fournier, et j'ai rappelé plus haut ses caractères. Elle n'est pas fonction de syphilis et n'a aucune valeur pour le diagnostic rétrospectif de cette maladie. C'était, d'ailleurs, l'enseignement de Fournier, maître en la matière s'il en fût.

QUELQUES RÉFLEXIONS, NOTAMMENT AU POINT DE VUE DE LEUR ORIGINE, SUR 560 CAS DE MALADIES VÉNÉRIENNES TRAITÉES DANS UNE AMBULANCE SPÉCIALISÉE DE L'AVANT

Par les médecins aide-majors

Louis Charlet et **Henri Bulliard.**

Pendant 18 mois, de novembre 1916 à avril 1917, nous avons dirigé une formation de l'avant spécialisée dans le traitement des maladies vénériennes et cutanées. Cette formation recevait les malades d'nn corps d'armée en ligne dont la composition était essentiellement variable. Dans son cadre vinrent successivement prendre place des divisions d'active, de réserve, de territoriale, des divisions marocaines, en nombre et combinaison variables. Les observations que nous avons faites portent donc sur une moyenne qui nous paraît représenter exactement la composition moyenne de l'armée combattante. Notre corps d'armée n'a jamais quitté le secteur. Nos malades sont donc tous des malades de troupes en ligne. Ce n'est qu'exceptionnellement que nous avons eu des malades venus des zones de l'arrière ou des étapes. Ceci est à mettre en évidence, car il est bien certain que les conditions de vie ne sont pas identiques pour le soldat de l'avant et pour celui que ses fonctions retiennent dans les petites villes de la zone des étapes où la continence idéale est d'autant plus difficile à garder que sont multipliées les occasions de la rompre.

Notre statistique tire, croyons-nous, son intérêt de nos conditions assez rares d'observation. Elle est comparable d'assez près à celles de Rousseau, de Ruytten.

Géographiquement, dans notre secteur, deux choses un peu particulières à noter : les villages de repos, de 5 à 10 kilomètres des lignes (c'est dans l'un d'eux que nous étions installés), étaient relativement épargnés. Ils avaient une population peu inférieure à la normale, seule la classe aisée étant partie. D'autre part enfin, à proximité des lignes était une très grande ville que nous appellerons X, qui n'était pas encore complètement détruite et où vivaient encore de 15 à 20 000 habitants. Ils y demeuraient pour des raisons différentes. Cette grande ville fut évidemment un centre important de contagion.

Nous avons eu à traiter 560 vénériens *dont la contamination datait de la guerre* : 155 syphilis, 333 blennorragies simples ou compliquées, 72 chancres mous.

De ces 560 vénériens,

143 ont été contaminés au front, dont 61 à X, et 27 lors d'un passage par la zone des étapes.

417 avaient été contaminés à l'intérieur dont 338 en permission.

Donc 25,5 *pour 100 de contaminations au front.*

Ces contaminations sont attribuées par les malades :

46 fois à leur femme ou leur « maîtresse légitime » ;

34 fois à une femme de maison publique ;

36 fois à une femme connue qu'ils ont pu signaler.

En groupant nos cas par genre de maladie vénérienne nous avons les tableaux suivants :

Syphilis : 155, dont 10 sous forme de chancres mixtes.

Contamination : 38 au front, dont 20 à X et 8 aux étapes ;
117 à l'intérieur dont 73 en permission.

Pourcentage : près de 25 pour 100 au front.

Attribuées à femme ou maîtresse légitime 12 ;
à femme de maison publique 12 ;
à femme connue et signalée 5.

Blennorragies : 333.

Contamination : 98 au front dont 39 à X, 18 aux étapes ;
235 à l'intérieur dont 210 en permission.

Pourcentage : près de 30 pour 100 au front.

Attribuées à femme ou maîtresse légitime 30 ;
à femme de maison publique 14 ;
à femme connue et signalée 29.

Chancres simples : 72.

Contamination : 7 au front dont 2 à X et 1 aux étapes ;
65 à l'intérieur dont 55 en permission.

Pourcentage : près de 10 pour 100 au front.

Attribués à femme ou maîtresse légitime 4 ;
à femme de maison publique 6 ;
à femme connue et signalée 2.

Ces chiffres appellent quelques remarques. Celle d'abord que, si nous sommes à peu près sûrs de l'exactitude de nos chiffres de région de contamination (zone des armées, intérieur, etc...), nous le sommes de toute évidence moins en ce qui concerne l'attribution exacte de la contamination (femme légitime, prostituée officielle, etc...). N'ayant tablé que sur des cas comportant une affirmation médicale possible, nous demandons, mais sans plus, le degré de créance que l'on doit apporter aux constatations de deux médecins que leur spécialisation habitue à ces interrogatoires et qui enquêtent dans un milieu d'inconnus d'hier et de demain.

Il faut remarquer que nous n'avons pas eu une seule *contamination non vénérienne*. Les conditions de la vie du soldat, la communauté constante, les soins de propreté rudimentaires, etc..., devaient cepen-

dant favoriser de telles contaminations d'autant que nous avons vu nous arriver de nombreux syphilitiques en pleine période contagieuse qui, pour des raisons quelconques, avaient vécu bien des jours en semblable état dans la promiscuité inévitable de la tranchée.

Nous n'avons eu que 2 *accidents primitifs extragénitaux*, un chancre de la lèvre, un de l'amygdale. Lévy-Bing trouve un chiffre analogue.

Nous avons eu 72 chancres mous purs plus 10 chancres mixtes. Nous nous étonnons de cette proportion qui n'est ni celle qui est classique ni celle que notre pratique civile nous donnait. Il est inutile de dire que nous avions recours pour les diagnostics douteux aux moyens de laboratoire, séro-réactions notamment. Ces deux chiffres sont curieusement comparables à ceux qu'a publiés Lévy-Bing.

Nous avons, en bloc, 25 pour 100 de contaminations au front. Jolivet en a 24 pour 100, Carles, en 2 publications, en a 34 pour 100, Nuytten en a 45 pour 100, Lévy-Bing 29 pour 100. Notre bibliographie incomplète, restreinte qu'elle est par nos conditions de travail, ne nous a fait connaître que ces chiffres qui soient à mettre en comparaison avec les nôtres. Les conditions d'observation des autres auteurs nous ont paru trop différentes des nôtres qui sont déjà même difficilement comparables à celles des centres d'armée qui reçoivent des malades des zones arrières de l'armée, essentiellement productives en maladies vénériennes (malades que nous n'avions qu'exceptionnellement). Il était logique de s'attendre à moins de contaminations à l'avant. L'explication probable de l'importance de notre chiffre nous paraît être la suivante : dans notre secteur il y avait la grande ville X, il y avait des villages encore très habités où complaisantes et facilement séduites à défaut d'officielles, pullulent sous les apparences les plus diverses et sont l'objet de sollicitations aussi renouvelées que tenaces et adroites. Nous aurions même un pourcentage bien plus grand de contaminations à l'avant si nos chiffres n'étaient modifiés par nos 72 chancres simples dont 7 seulement n'ont pas été apportés de l'intérieur. Donnée classique : le bacille de Ducrey est un microbe des grandes villes.

Poursuivant l'analyse des origines des maladies vénériennes dans l'armée combattante, quelques autres constatations s'imposent. Nous n'avons pu faire attribuer la maladie à une femme connue que dans 116 cas sur 560. 46 fois une femme ou maîtresse légitime est accusée, 34 fois une femme de maison publique. Cette comparaison est essentiellement choquante. Il est à la fois navrant et salutaire de la faire. Nous livrons ces chiffres a ceux qui sont en situation de dire et de redire l'importance du péril vénérien grandissant. Le problème moral, social, français, humain est grave qui est posé par la fréquence croissante des affections vénériennes depuis le début des hostilités, par l'effroyable extension de la syphilis (Gaucher, Brocq, Thibierge, Queyrat, Gougerot, Pautrier, etc.). Et semblable multiplication est constatée aussi

chez nos ennemis, paraît-il. L'histoire se répète ; nous assistons à l'épidémie de maladies vénériennes qu'il est classique de constater lors de toute guerre. Sans remonter à François Ier, la Révolution et Napoléon n'avaient-ils pas dû faire suivre leurs armées par des hôpitaux mobiles de vénériens qui n'étaient jamais assez grands. Les vénériens représentaient le quart des soldats absents pour maladie (Spick, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1908). Actuellement, s'il n'y a pas autant de femmes à l'armée que de combattants comme à l'armée du Nord de Carnot, s'il n'y a pas les 4 qui furent tolérées ensuite par bataillon à l'armée d'Italie, s'il n'y a pas pour le moment de population féminine accueillant avec enthousiasme ou docilité des troupes françaises conquérantes, il y a la stagnation des fronts, il y a le bouleversement total des conditions d'existence, il y a l'émancipation féminine par le travail, il y a les longues périodes d'abstinence imposées, il y a l'indifférence de celui qui se bat aux conséquences possibles d'un plaisir rapide et suspect.

Nos moyens de lutte (la thérapeutique surtout) peuvent être très agissants. Ils endiguent cependant mal le flot. Et si Thibierge, si Gaucher, si Jeanselme publient d'innombrables contaminations par le mari permissionnaire, notre statistique nous permet d'apporter un exemple de la fréquence de la contamination du permissionnaire par sa femme.

Il importe de remarquer aussi cette autre forme du danger : la dissémination dans les milieux où la syphilis n'aurait que difficilement pénétré (Audry, etc.).

Et il n'est question dans tout ceci que des dangers de la vérole. Nous ne pouvons pas ne pas dire ayant abordé ce chapitre combien nous croyons grande la gravité sociale de la blennorragie, facteur de stérilité. Sa guérison absolue est bien loin d'être toujours obtenue entre 2 permissions et n'est-on pas forcé d'admettre comme inexistante pour autoriser le départ, la toute petite goutte du matin où 1 fois, 2 fois, 3 fois on n'aura pas vu de gonocoques... Elle aura du reste presque toujours disparu juste 15 jours avant la visite de santé imposée par un règlement très sage... et très inobservé.

Ce n'est que 36 fois que la femme a pu être signalée pour des recherches policières. 444 fois donc le contaminé ignorait sa partenaire. Celle-ci, dans 65 pour 100 des cas, était une femme rencontrée aux abords des grandes gares de Paris. Le permissionnaire lors de son retour « utilise » jusqu'à la dernière minute sa permission. Et ce sujet est une mine inépuisable d'anecdotes.

Nous ne pouvons aborder la discussion complexe des mesures à prendre, de celles prises. L'action thérapeutique est probablement la plus efficace de ces mesures par la diminution la plus rapidement possible obtenue de la surface contaminante. Nous avons cru réaliser au mieux cette thérapeutique, donc cette prophylaxie, par la conduite schéma-

tisée ci-après de nos cures. Après quelques hésitations nous avons systématiquement, toutes les fois que cliniquement nous étions autorisés à le faire, employé la méthode dite « conjuguée » (Fabre) : novarsénobenzol, 5 injections de 0,30 à 0,90 et simultanément 20 injections de biiodure de mercure à 0,01. Nous avons été très satisfaits des résultats et disons en passant que le novarsénobenzol ne nous a jamais donné plus que des incidents rares et sans gravité. Nous avons pu suivre longtemps beaucoup de nos malades. Notre proximité rendait leurs visites, donc leur surveillance faciles. C'est là, entre autres, un des avantages des centres de corps d'armée. Les troupes les connaissent, les utilisent volontiers. Les médecins y suivent facilement leurs malades. Nous avons utilisé très largement comme cures mercurielles complémentaires indispensables et d'entretien des séries trimestrielles d'injections d'huile grise qui, indolores, facilement acceptées, très actives, n'interrompant pas le service ne nous ont jamais (pas plus dans cette clientèle militaire qu'en notre clientèle habituelle) donné de mécomptes ni d'ennuis.

Les 72 chancres simples nous ont donné 14 adénites suppurées pour lesquelles par différents procédés nous sommes intervenus. Nous n'avons qu'une remarque à faire : certaines adénites cliniquement manifestement suppurées, par l'immobilisation absolue se sont résorbées. Nous avons assisté à deux de ces évolutions heureuses, inattendues du reste par nous chez des malades que les circonstances nous autorisaient ou obligeaient à garder au lit.

Sur nos 333 blennorragies, 106 orchiépididymites blennorragiques dont 10 doubles. Il faut bien remarquer que, si nous recevions la plupart des complications, nous ne recevions qu'une petite partie des blennorragies simples. Notre traitement ne mérite pas mention particulière. Quelques recherches microscopiques publiées avec le médecin major L. Ramond à la Société médicale des hôpitaux de Paris ont orienté notre esprit vers deux ordres de recherches que nous poursuivrons : les indications thérapeutiques à tirer des numérations et situations des gonocoques dans le pus, l'existence plus fréquente qu'on ne croit d'épididymites qui coïncidant avec un écoulement urétral sont attribuées, malgré les dénégations du malade, à une gonococcie qui n'existe pas.

SUR UNE SINGULIÈRE OBSERVATION D'ATROPHIE POST-INFLAMMATOIRE DE LA PEAU, ÉTENDUE AUX DEUX MEMBRES INFÉRIEURS

Par MM. **Ch. Audry** et **A. Azémar**.

D'une manière générale, il apparaît que les atrophies de la peau quelles qu'elles soient, sont toujours secondaires, à moins, bien entendu, qu'elles ne soient d'origine congénitale : encore, même dans ce cas, faut-il se demander s'il y a des atrophies primitives.

Au fur et à mesure qu'on a étudié les innombrables processus étendus ou limités, circonscrits ou diffus, qui aboutissent à des lésions correspondantes d'atrophie de la peau, on a vu et on voit encore apparaître le rôle essentiel et initial de l'inflammation. Mais, dans un très grand nombre de cas, l'inflammation est si mince et si froide qu'elle passe inaperçue, surtout lorsqu'il s'agit d'atrophies circonscrites de la peau.

Il est beaucoup moins fréquent de pouvoir saisir l'origine inflammatoire d'une vaste atrophie cutanée, comme on la rencontre chez la malade dont nous donnons ici l'observation :

X... Jeanne, 68 ans, ménagère, sans antécédents héréditaires, a eu la rougeole à 10 ans ; elle a été réglée à 14 ans environ ; mariée à 25 ans ; pas d'enfants, pas de fausse couche. Elle signale que vers l'âge de 40 ans elle a vu apparaître sur les deux jambes des varices douloureuses et que, vers 68 ans, une plaie s'est installée au niveau des 4e et 5e espaces intermétatarsiens sur la face dorsale du pied gauche ; c'est pour cet accident qu'elle a été hospitalisée, le 15 octobre 1917, à la clinique de Dermatologie de Toulouse.

Il est à remarquer que la malade ne faisait nullement mention d'une atrophie considérable de la peau, occupant la totalité des deux membres inférieurs et qui ne l'avait jamais inquiétée.

Vers l'âge de 42 ans, elle a vu apparaître des deux côtés de la colonne vertébrale, à la hauteur de la 3e lombaire, un bourrelet érythémateux accompagné de légères démangeaisons qui ne la préoccupèrent pas.

Ce bourrelet rouge a progressé d'arrière en avant, en suivant la crête iliaque et le pli inguinal, à deux travers de doigt environ au-dessous de la racine de la cuisse ; puis il aurait gagné le pli fessier et rejoint son point de départ, formant ainsi un cercle complet autour de la cuisse ; la lésion se serait ensuite étendue de haut en bas jusqu'à occuper la totalité des membres inférieurs : la progression en ce sens se serait faite grâce à l'extension du bourrelet érythémateux, qui aurait constamment précédé et annoncé l'atrophie cutanée. Il y a toujours eu parallélisme complet dans la progression de la maladie sur les deux membres inférieurs.

La lésion, au dire de la malade, n'aurait mis que deux mois à évoluer jusqu'à l'état actuel que nous allons décrire ; mais il y a lieu de ne pas faire grand fond sur l'exactitude de sa mémoire.

Présentement, la lésion fondamentale se résume en *une atrophie consi-*

dérable de la peau des deux membres inférieurs. Le bord supérieur de la lésion est limité par un bourrelet érythémateux qui en détermine exactement les contours : né au niveau de la 3e lombaire, ce bourrelet suit la crête iliaque, s'incurve légèrement en avant et en bas à deux travers de



doigt au-dessous du pli inguinal, remonte le long du pli fessier puis se réunit au bourrelet érythémateux du côté opposé. La symétrie est complète.

La limite inférieure est moins précise : le bourrelet érythémateux fait défaut et le passage de la peau atrophiée à la peau saine se réalise sans transition au niveau de la ligne des articulations tarso-phalangiennes, laissant intacts les orteils et la face plantaire du pied. Le tégument de la vulve et de l'anus est absolument intact ; le reste du corps est recouvert d'une peau offrant les caractères habituels de la sénilité.

Au niveau de la face dorsale du pied gauche, il existe une plaie de la dimension d'une pièce de deux francs, à bords découpés, décollés, blanchâtres, et épaissis, à fond rouge « lie de vin », couverte de bourgeons charnus qui saignent au moindre contact (Pansements au vin aromatique

et cautérisations au nitrate d'argent. La plaie guérit en 22 jours environ).

A l'inspection des membres inférieurs, l'épiderme est extraordinairement aminci, luisant, lisse, de coloration rosée uniforme, transparent, laissant apercevoir un réseau veineux très développé, formant un lacis complexe, de calibre inégal, avec de nombreuses flexuosités et varicosités, surtout apparentes au niveau du cercle veineux du genou et du territoire de la saphène interne.

Au toucher, la peau est sèche, très mobile, sans réaction sudorale. Si l'on pince cette peau, elle conserve exactement le pli imprimé sans se rétracter, ayant perdu toute son élasticité et sa rétractibilité ; on perçoit un amincissement extrême des plis. Le derme glisse sur l'hypoderme, donnant l'impression d'une enveloppe trop grande pour le membre qu'elle contient.

Sur toute la hauteur du membre, la peau ne donne pas une impression identique. Elle fournit au doigt une sensation de papier parcheminé sur le pied, de papier huilé sur le genou et la cuisse, de papier à cigarettes au niveau du bourrelet érythémateux à la racine de la cuisse, et présente enfin un aspect faiblement ichthyosoïde sur la jambe. Si l'on essaie d'éprouver la résistance de cette peau atrophiée, on constate que sa résistance, par exemple à la piqûre d'une aiguille, est encore très considérable, la couche cornée de l'épiderme paraissant solide.

Nous notons en passant une diminution de la sensibilité superficielle, une sensibilité profonde intacte ; les réactions au chaud et au froid sont normales sans dissociation, mais avec un retard notable dans la perception. La sensibilité osseuse est absolument normale.

Dans l'examen des divers appareils nous notons une polyadénite crurale très nette, une adénite cervicale et axillaire, un ganglion épitrochléen.

Les *poumons* sont normaux avec toutefois un peu d'obscurité respiratoire des sommets. *A l'examen du cœur* le deuxième bruit est nettement claqué, pas de souffle organique. Le pouls est bien frappé, un peu rapide (90 à 100 pulsations par minute) sans dicrotisme. Nous avons mentionné la présence de varices aux deux membres inférieurs dans le territoire du genou et de la saphène interne. Le foie est normal ; la rate est perceptible à la percussion. Pas de tumeur abdominale, pas de troubles digestifs. Les réflexes cutanés sont abolis dans les deux membres atteints par l'atrophie de la peau ; ils sont normaux ailleurs. Les réflexes tendineux sont légèrement diminués ; le signe de Babinski est négatif.

L'examen des urines nous donne les résultats suivants :

Volume en 24 heures	1 100	
Couleur	Jaune	
Aspect	Transparent	
Dépôt	Néant	
Densité	1 020	
Réaction	Acide	
Acidité en acide chlorhydrique	1 gr. 40	par 24 heures
Urée	20 50	—
Acide urique	0 45	—
Chlorures	15 4	—
Phosphates tribasiques	1 57	—
Albumine	Néant	
Sucre	Néant	

La réaction de Hecht est négative. Un examen soigné n'a pas permis de trouver un élément quelconque en faveur de l'hypothèse de syphilis.

La numération des globules rouges nous indique une légère diminution des globules par milimètre carré (4 355 500).

L'examen du sang par frottis nous donne les résultats suivants :

Polynucléaires neutrophiles.	66	pour 100
Polynucléaires éosinophiles.	4	—
Polynucléaires basophiles.	2	—
Mastzellen..	2	—
Lymphocytes.	21	—
Grands mononucléaires.	5	—
Numération des globules blancs. . . .	6 500	

Deux fragments de peau ont été biopsiés, l'un dans la zone atrophique, l'autre en plein bourrelet érythémateux. Nous devons les colorations à l'obligeance de MM. les Prs Morel et Rispal (fixation par le formol Müller. colorations par l'hématoxyline ferrique, le van Gieson et la fuschine de Weigert).

I. En examinant les coupes de fragment de peau atrophique nous trouvons :

1° *Epithélium* : L'épiderme est complètement planiforme, la disposition papillaire entièrement disparue. Le revêtement épithélial est constitué par deux ou trois strates cornées où l'on n'aperçoit pas de noyaux, une couche granuleuse et un stratum lucidum rudimentaires, un corps muqueux de Malpighi formé de deux ou trois plans de cellules aplaties et une couche génératrice bien reconnaissable avec quelques figures de karyokinèse.

Dans l'épaisseur même de l'épithélium aux divers étages, on constate un petit nombre de lymphocytes intercellulaires.

En résumé : dans l'épiderme, pas d'anomalie autre que de l'atrophie pure.

2° *Le tissu conjonctif sous-épithélial* est formé de bandes ondulées, homogènes, semées de très nombreux lymphocytes et d'un très petit nombre de polynucléaires, groupés naturellement autour de capillaires dont la paroi n'offre pas de lésions apparentes ; en quelques points de l'étage profond, les pelotons sudoripares ne paraissent pas modifiés. Il n'y a ni poils ni glandes sébacées sur le fragment.

Sur la coupe colorée par la fuschine de Weigert, le tissu élastique a en très grande partie disparu : on n'en retrouve plus que quelques minces filaments dont l'ordonnance est devenue insaisissable. Un muscle arrecteur est bien conservé.

En résumé : *Atrophie de l'épiderme sans lésion irritative ni dégénérative, sans parakératose ; conservation des glandes et des muscles de la peau ; infiltration inflammatoire de tout le derme, sans aucun caractère spécifique ; disparition complète du tissu élastique* (très différente de l'hypertrophie sénile) ; aucune trace d'infection spécifique quelconque.

La structure histologique répond exactement à la figuration clinique : inflammation diffuse, sans violence, du derme recouvert d'un épiderme complètement planiforme sans traces de disposition papillaire.

L'aspect de la lésion est comparable à celui d'une ichthyose, dépourvu de parakératose et d'hyperkératose, et superposé à une inflammation légère et diffuse.

II. L'examen du fragment excisé en plein bourrelet inflammatoire révèle d'abord une grande différence macroscopique : tandis que la biopsie de la zone atrophique n'a fourni qu'une lame extrêmement mince, sèche, complètement privée de derme et de pannicule adipeux, la biopsie du bourrelet inflammatoire comporte l'apparence habituelle, c'est-à-dire la présence d'un derme jaune et épais adhérent à l'épiderme.

Au microscope :

1° L'*épithélium* est exactement semblable à celui de la zone atrophique : à peu près complètement planiforme, réduit à une couche génératrice, à une couche granuleuse extrêmement mince, à un corps muqueux de Malpighi formé de deux ou trois couches de cellules ; le tout recouvert de trois ou quatre lames cornées en desquamation. Quelques lymphocytes entre les cellules génératrices. En aucun point on ne retrouve trace de formation papillaire. Les poils et leurs arrecteurs y sont normaux et bien développés. Pas de sudoripares sur le fragment.

2° *Derme et hypoderme.*

Au contraire, tout le tissu conjonctif du derme et de l'hypoderme présente les stigmates d'une inflammation intense et diffuse qui envoie même quelques prolongements jusqu'entre les vésicules adipeuses.

Dans le derme sous-épithélial, il est à peu près impossible de découvrir une systématisation quelconque de cette inflammation. Celle ci est constituée presque exclusivement par des lymphocytes plus nombreux au voisinage des vaisseaux, mais dispersés dans toute l'épaisseur du tissu conjonctif.

Il y a lieu de remarquer que cette infiltration lymphocytaire est très peu agressive vis-à-vis des faisceaux conjonctifs qui sont relativement bien conservés, dissociés, mais non détruits.

En avançant vers les plans profonds, la disposition des éléments lymphocytaires change un peu : ils sont un peu moins diffus et leur concentration périvasculaire est mieux marquée. Il existe à ce niveau des amas de lymphocytes extrêmement denses dans lesquels on ne retrouve d'ailleurs aucun stigmate dégénératif. Autant qu'on en peut juger par le seul Van Gieson, le tissu élastique qui est extrêmement réduit dans le derme sous-épithélial est mieux conservé dans les couches profondes.

En résumé : *Vive inflammation diffuse sans aucun caractère dégénératif ni tendance à la suppuration ; conservation de tous les appareils glandulaires et de leurs annexes ; atrophie de l'épithélium ; absence de tout processus indiquant une spécificité quelconque.*

Nous n'avons rien à ajouter à ce qui précède. Nous n'avons pas réussi à classer cette observation : il s'agit d'une vaste atrophie de la peau, certainement associée et probablement secondaire à un processus inflammatoire d'origine complètement indéterminée.

L'avenir permettra peut-être d'assigner à une maladie de ce genre une signification et une origine qu'il ne nous a pas été possible de définir.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX, RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

AUDRY. — Encore une observation de dent de Hutchinson unilatérale. 45

AUDRY. — Hémorragie du corps vitré consécutive à une injection de novarsénobenzol chez un tabétique. 131

AUDRY. — Note sur la diffusion de la syphilis dans la région toulousaine pendant deux années de guerre. 449

AUDRY et AZEMAR. — Sur une singulière observation d'atrophie post-inflammatoire de la peau, étendue aux deux membres inférieurs. 608

AZEMAR. — Voir AUDRY.

BONNET. — Valeur séméiologique de la lésion dite « stomatite nacrée ou triangulaire commissuraire des fumeurs ». 597

BRAULT. — Sur le trichophyton luxurians, nouvelle espèce, à culture faviforme, produisant des kérions. 91

BRAULT et VIGUIER. — Les champignons des teignes rencontrées à Alger. 469

BROCQ. — Nouvelle contribution à l'étude du phagédénisme géométrique. 1

BROCQ. — La conséquence du décolletage permanent chez la femme (la dermatose du triangle sterno-claviculaire). 113

BROCQ. — Étude clinique du psoriasis au moyen du grattage méthodique. 221

BROCQ. — Quelques réflexions pratiques sur la radiothérapie. . . . 333

BROCQ. — Conception générale des dermatoses. Entités morbides vraies, syndromes objectifs, réactions cutanées et leurs combinaisons. 549

BULLIARD. — Sur l'habitat du pou de corps et le diagnostic rapide de la pédiculose. 501

BULLIARD. — Voir CHARLET.

CARLE et CARRÈRE. — Comment on traite actuellement la syphilis en France. 277

CARRÈRE. — Voir CARLE.

CASSAR. — Sur un cas d'urticaire pigmentaire tardive associée à un pityriasis rosé.. 95

CASSAR. — A propos d'un cas remarquable de pseudo-réinfection syphilitique. 376

CHARLET et BULLIARD. — Quelques réflexions, notamment au point de vue de leur origine, sur 560 cas de maladies vénériennes traitées dans une ambulance spécialisée de l'avant. 603

Darier. — De l'érythème annulaire centrifuge (érythème papulo-circiné migrateur et chronique) et de quelques éruptions analogues. 57
Desaux. — Contribution à l'étude clinique d'une dermo-épidermite survenant autour des plaies anciennes et des trajets fistuleux. 393
Douence. — Voir Dubreuilh.
Dubreuilh. — De la radiothérapie dans les maladies de la peau. A propos de l'article de M. Brocq. 389
Dubreuilh et Douence. — Pemphigus aigu diffus. 526
Félix. — Note sur l'état du réflexe oculo-cardiaque dans la syphilis. 374
Frenkel. — Alopécies en aires chez les blessés de guerre radiographiés. 578
Gouchan. — Sur un nouveau cas de mort consécutif à l'administration de l'arsénobenzol dans la syphilis. 43
Jolivet. — Comment se sont contaminés cent vénériens traités dans la zone des armées. 126
Kayser et Schoonheid. — Un cas de dermatose de Darier (Psorospermose folliculaire végétante. 77
Kermorgant. — Voir Mallein.
Lebar — Langue noire et kératochromoglossites. 450, 512
Lutenbacher. — Sur un cas d'anhidrose. 170
Mallein, Tzanck et Kermorgant. — Sur les neurofixations. 570
Marcorelles. — La thérapeutique intra-rachidienne dans la syphilis nerveuse, précoce et tardive, étude critique. 299
Massia. — Voir Nicolas.
Milian. — Pseudo-milium colloïde, plus exactement conjonctivomes à dégénérescence hyaline. 422
Montpellier. — Taches pigmentaires « physiologiques » des muqueuses. Leur histologie. 465
Nicolas et Massia. — Pédiculose pubienne par poux de tête. . . . 40
Nicolau. — Sur un cas d'infection syphilitique cryptogénétique avec quelques considérations relatives à la syphilis dite « d'emblée ». 186
Pautrier. — Sur l'organisation générale des hôpitaux militaires de vénériens et des services annexes. 233
Pellier. — Note sur un cas de lichen plan (forme scléro-atrophique). 445
Pernet. — Nouvelle note sur le lichen plan aigu et la ponction lombaire. 257
Schaumann. — Manifestations cutanées dans un cas de lymphadénie leucémique. Éruptions prurigineuses provoquées par la radiothérapie et la rate. 120
Schaumann. — Étude sur le lupus pernio et ses rapports avec les sarcoïdes et la tuberculose. 357
Schoonheid. — Voir Kayser.
Tzanck. — Voir Mallein.
Viguier. — Voir Brault.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

A

Achard, 155, 484.
Achpise, 318.
Adamson, 477.
Agustina, 212, 327.
Aimenara, 443.
Alexandrescu-Derscha, 264.
Almkvist, 379, 431.
Andersen, 261.
Anschütz, 260.
Antonelli, 476.
Arnheim, 209.
Artadi, 479.
Arzt, 50, 259.
Audry, 45, 111, 131, 205, 419, 608.
Azémar, 608.
Ayala, 269.
Ayres, 588.
Azua (J. de), 133, 153, 156, 265, 329, 381, 478, 583.

B

Babonneix, 427, 592.
Balzer, 379, 385, 475.
Bang, 275.
Baralino, 534.
Barbaglia, 583.
Barber, 160, 532.
Barthélemy, 475.
Baudouin, 100, 492.
Beatty, 531.
Bellini, 585.
Benario, 211, 267.
Benech, 55.
Bercher, 204.
Bergeron, 590.
Bernhardt, 148.
Bertein, 110.
Best, 328.
Bettmann, 55.
Beyler, 110.
Biach, 209.
Bine, 533.
Bizard, 430, 432, 479, 498, 546.
Blaschko, 205.
Blechmann, 201, 589.
Blind, 545.
Blum, 484, 488.
Blumenthal, 384.
Boas, 427.
Bodin, 386.
Bodlander, 205.
Bolina, 441, 480.
Bonnamour, 384.
Bonnet, 597.
Bory, 480, 537.
Boruthau, 431.
Bosellini, 585, 587.
Bottelli, 49.
Boudon, 99.
Bouveyron, 431, 475.
Braillon, 544.
Bralez, 430, 479, 546.
Brault, 91, 155, 169, 268.
Brem, 102.
Brocq, 1, 113, 221, 333, 442, 549.
Broquin, 140.
Brulé, 487, 595.
Buhman, 208.
Bulliard, 501, 603.
Burzi, 98.

Buschke, 50, 109.
Busila, 474.
Butte, 322.
Byrnes, 496.

C

Carle, 202, 277, 539.
Carrère, 277.
Carvalho, 379.
Cassar, 95, 376.
Castex, 46.
Cates, 319.
Chaput, 483.
Charlet, 603.
Chatelin, 54, 99, 100
Chauffard, 313.
Chenal, 47.
Chieffi, 584.
Citron, 204.
Clegg, 48.
Collin, 494.
Colman, 315.
Comby, 319, 427.
Contera (Forns y), 167.
Copelli, 587.
Corlett, 159.
Covisa, 105, 149, 167, 261, 266, 270, 327, 378, 382, 383, 432, 437, 476, 485, 492, 542.
Culbertson, 497.
Cullen, 589.

D

Darget, 312.
Darier, 57.
Davis, 208.
Debat, 46.
Define, 384.
Dehon, 271.
Delcamp, 430, 546.
Delépine, 494.
Delort, 589.
Desaux, 323, 393.
Dind, 495.
Dohi, 532, 545, 596.
Douence, 526.
Dreyfus, 199, 220.
Druelle, 484.
Dubois, 164.
Dubreuilh, 143, 380, 389, 526.
Dufour, 100, 593.
Dujardin, 214.
Dumarest, 317.
Durand-Fardel, 272.

E

Eicke, 200.
Eliasberg, 204.
Ellis, 589.
Engman, 208.
Eskuchen, 219.

F

Falls, 535.
Favento, 432.
Favera (della), 50.
Félix, 374.
Fiessinger, 140.
Filadoro, 596.
Finkelstein, 107.
Fisher, 493.
Fischl, 431, 440.
Folly, 135.
Fontana, 200.
Fordyce, 490.
Forns, 167, 268, 272, 378, 484, 583.
Fox, 324.
François, 140, 325.
Frenkel, 578.
Frescoln, 136.
Friebes, 331.
Friedmann, 264.
Frühwald, 215.
Fuchs, 263.

G

Gachet, 135.
Gais Filho, 160.
Galliard, 270.

Gastaldi, 201.
Gaté, 484, 487.
Gaucher, 324, 325, 429, 430, 433, 441, 479, 481, 495, 498, 537, 593.
Gendron, 594.
Gennerich, 106, 204, 266, 380.
Gerschun, 107.
Gimeno, 142, 212, 492.
Giroux, 441.
Gley, 321.
Goldberg, 489.
Goodhuc, 48.
Gordon, 212.
Gorham, 208.
Goscheau, 533.
Gottheil, 165.
Gouchan, 43.
Gougerot, 473, 530, 532, 539, 540, 547.
Gouget, 264, 535.
Goursolas, 133.
Grado (S. di), 318, 476, 496, 531.
Graetz, 259.
Graham Little, 138, 139, 543.
Greco, 161, 319.
Grossek, 499.
Grosz, 107, 263, 328.
Guénot, 207.
Guiard, 216.
Guth, 168.

H

Habermann, 200.
Hagerty, 209.
Hall, 497.
Haller, 494.
Hamburger, 546.
Hardrat, 267.
Harguera, 142.
Hayem, 486.
Hazen, 139.
Heden, 383, 429.
Heidingsfeld, 530.
Heinemann, 269.
Heinrichsdorff, 214.
Heitz, 271.
Heller, 156.
Herxheimer, 328.
Herz, 274.
Hoffmann, 149, 201.
Hollheim, 201.
Hollmann, 48.
Holobut, 320.
Hough, 218, 497.
Hudelo, 439, 594.
Hugel, 437.
Huht, 431.

I

Ito, 594.
Iwaschenzoff, 219.

J

Jaerisch, 163.
Jeanselme, 147, 318, 427, 438, 439.
Jerreira, 325, 327.
Jessner, 165,
Jolivet, 126.
Joltrain, 209.
Jones, 589.
Jonquières, 136.
Joseph, 199.
Jouffray, 590.
Judd, 496.

K

Kahler, 209.
Kaliski, 104.
Kambayashi, 596.
Katz, 199.
Kaufmann-Wolff, 157, 329.
Kayser, 77.
Kedrowsky, 147.
Kerl, 199, 215, 259.
Kermorgant, 570.
Ketron, 529.
King, 529.
Klausner, 99, 217.

Klein (Mlle), 324, 432.
Knapp, 495.
Knowles, 136.
Kohrs, 210.
Kolmer, 158.
Köster, 328.
Kraus, 317.
Kreibich, 162.
Krusius, 136.
Kurokawa, 594.

L

Labbé, 51, 594.
Labougle, 140.
Lacombe, 140.
Laignel-Lavastine, 488.
Lambea, 499.
Landau, 264.
Landouzy, 482, 486.
Lange, 109.
Langeron, 147.
Langevin, 435, 487, 595.
Lantuéjoul, 292.
Laroche, 537.
Lassalle, 325.
Latapie, 590.
Lavergne, 592.
Lebar, 313, 320, 450, 512.
Le Conte (Mlle), 313.
Ledo, 164, 541.
Leduc, 481.
Leggett, 140.
Lenartowicz, 320.
Lenormant, 316.
Leopold, 491.
Le Pape, 537.
Leroux, 102.
Lesser, 267.
Lévy, 538.
Lévy-Valensi, 482.
Levo, 596.
Lier, 215.
Lœwe (Mlle), 314.
Lœwy, 321.
Löhe, 435.
Lombard, 428.
Longo, 51, 52.
Luithlen, 320.
Lutembacher, 470.
Lynch, 52.

M

Mac Adams, 213.
Mac Caskey, 218.
Mac Coy, 48.
Mac Donagh, 138, 499.
Machado, 146.
Malherbe, 47.
Mallein, 570.
Mancini, 332.
Mantoux, 536.
Marchado, 479.
Marcorelles, 100, 299.
Marfan, 102.
Marie, 595.
Marinesco, 218.
Marinho, 146.
Martinez, 146.
Martini, 384.
Martinotti, 585.
Marziani, 53.
Massary (de), 99, 100.
Massia, 40, 487.
Matignon, 324.
Matsumoto, 530.
Mattauschek, 101.
Mattissohn, 50, 108.
Maublant, 384.
Mayer, 50.
Meirowsky, 259.
Mentberger, 317.
Merklen, 318.
Méry, 533.
Meyer, 165.
Meyerson, 104.
Michael, 109.
Milian, 422, 436, 534, 536.
Minea, 218.
Mitsukaski, 594.
Montgomery, 166.
Montpellier, 155, 268, 456.
Moorhead, 214.

Moran, 531.
Morawski, 211.
Mouchet, 315.
Moutot, 484.
Müller, 269.
Mullern-Aspegren, 216.
Munk, 488.

N

Nagamatsu, 529.
Nägeli, 165.
Nakagawa, 542.
Nakano, 596.
Nanta, 214.
Nanu-Muscel, 264.
Natalelli, 314.
Nathan, 489.
Netter, 489, 538, 539, 543.
Neugebauer, 486, 592.
Neumayer, 210.
Nicolas, 40, 484, 487.
Nicolau, 186.
Nixon, 140.
Nobl, 328.
Noguchi, 265.
Nonell, 167, 583.
Notthaft (von), 162.

O

Obermiller, 213.
OEstreich, 137.
Okamura, 586.
Oppenheim, 104.
Ormann, 332.
Orticoni, 47.
Oulmann, 201.
Ovidio (d'), 160.

P

Paltauf, 158.
Passini, 56, 330, 384.
Patte, 441.
Pautrier, 233.
Pellegrin, 47.
Pellier, 445.
Pepere, 157.
Pernet, 257.
Perry, 325.
Petges, 312, 534.
Petrini, 438.
Peyri, 141, 147, 322, 330, 440, 473, 588.
Peyri-Rocamora, 473, 588.
Picado, 590.
Pied, 481.
Pilcz, 101, 103.
Pilsbury, 104.
Pinard, 483,
Plaut, 100.
Plicque, 316.
Poissonnier, 591.
Policard, 332.
Pore, 141.
Porta, 584.
Portilla (de la), 540.
Poulard, 491.
Prélat, 213.
Pringle, 320.

Q

Queyrat, 326, 440, 487.

R

Rabello, 146, 167, 378, 478.
Ragusin, 154.
Ratera, 52, 163.
Rathery, 538.
Ravaut, 435.
Ravogli, 429.
Regidor, 154.
Regnault de la Sourdière, 159.
Renault, 268, 387.
Retterer, 529.
Ricard, 545.
Richaud, 201.
Riebes, 206.
Rio y Hortega (del), 260.
Roger, 314.
Rosenfeld, 271.
Roubinovitch, 159.
Roucayrol, 544.

Rouillard, 155.
Ruffier, 47.
Runge, 219.
Rytina, 496.

S

Saalfeld, 137.
Sabella, 136.
Sablé, 494.
Sabouraud, 323, 589, 594.
Sachs, 104, 439.
Sainz de Aja, 151, 152, 163, 167, 199, 261, 270, 273, 329, 428, 432, 433, 434, 436, 477, 479, 480, 483, 485, 493, 533, 541, 583.
Salanier, 538, 539.
Salle, 384.
Salzmann, 381.
Samuel, 159.
Saphier, 106, 217.
Sartory, 326.
Satenstein, 165.
Schaumann, 120, 357.
Scherber, 431.
Schindler, 200.
Schleicher, 266.
Schmidt (F.), 108.
Schmitt (A.), 208.
Schoenberg, 497.
Schoonheid, 77, 159.
Schov, 51.
Schreiber, 206, 325.
Schübel, 206.
Semionov, 383.
Serrano, 436.
Shattuck, 108.
Sicard, 482.
Silva Araujo, 134, 379.
Simon, 379, 437.
Simonelli, 312.
Simpson, 540.
Slaght, 497.
Slyke (van), 589.
Smith, 591.
Sommer, 107, 161, 319.
Souques, 345, 492.
Spears, 531.
Speciale, 51.
Spiethoff, 314.
Spillmann, 55.
Spitzer, 266.
Spooner, 103.
Stern, 98, 474.
Stokes, 490.
Stowers, 164.
Strauss, 104.
Stretel, 546.
Strickler, 158.
Stumpke, 109.
Stürmer, 207, 208.
Sube, 211.
Sutton, 150, 326.
Swann, 331.
Szabo, 313.

T

Takahashi, 207.
Témoin, 46,
Terra, 143, 380.
Terrien, 213.
Theodoresco, 274.
Thibierge, 387, 388, 443.
Thiers, 100.
Thomas, 214.
Tittone, 588.
Tixier, 427.
Toinon, 135.
Toledo, 133.
Tschilin-Karian, 150.
Tulasne, 589.
Tweddell, 142.
Tzanck, 570.

U

Umbert, 586.
Utra e Silva (d'), 138.

V

Vahram, 531.
Vallet, 542.
Vedder, 497.
Vennin, 274.

Verrotti, 49, 203.
Viallet, 428.
Vianna, 146.
Vignolo-Lutati, 163, 478, 584, 586, 593.
Viguier, 169.
Villapadierna, 137, 382.
Villaret, 321.
Viquez, 434,
Vital-Badin, 428.
Volk, 107, 263, 328.

W

Wagon, 546.
Walk (van der), 51.
Walker, 494.
Warfield, 496.
Weber, 165, 332.
Weckselmann, 200, 201, 203, 209.
Weil (A.), 384.
Weill (Math. P.), 207.
Weill (de Lyon), 331.
Weinzweig, 102.
Weisenburg, 262.
Weissenbach, 106.
Welter, 484.
Werther, 148, 217.
White, 536.
Whittemore, 108.
Wile, 490.
Wise, 535.
Wittig, 106.
Wolfenstein, 384.
Wolfromm (Mlle), 539.
Worms, 274.

Z

Zappala, 586.
Zieler, 56.
Zuber, 54
Zumbusch, 54, 106, 158.
Zurn, 215.

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME VI — CINQUIÈME SÉRIE

1916-1917

A

Acanthosis nigricans, par J. de Azua.. 133

Acide borique dans les maladies de la peau, par Montgomery.. 166

Acné. État gastro-intestinal dans l'— vulgaire, par Ketron et King. 529

Actinomycose de la joue, par Goursglas. 133

— cervico-faciale, par Petges et Darget. 312

Actinothérapie et régénération pilaire, par Peyri. 322

Adrénaline. L'— combat l'iodisme, par Milian. 534

Aïnhum. par Toledo. . . . 133

— double symétrique et synchronique, par Silva Aranjo. . . 133

Air chaud dans les gelures, par Chenal, Pellegrin et Ruffier. 47

Alopécies chez les enfants dues à des doses excessives de rayons X, par Stowers. . . 164

— en aires chez blessés de guerre radiographiés, par Frenkel. 578

Anatomie de la peau. Système de fibres connectives circulaires entourant les nerfs de la peau, par Simonelli. . 312

— Expansions nerveuses dans le derme, par Simonelli. . . . 312

— Anatomie microscopique des peaux d'hommes et d'animaux momifiés (mammouth, momies du Pérou et d'Egypte), par Heller. 456

Anatomie de la peau. Évolution de la peau et ses modifications avec l'âge, par Retterer.. 529

Angiokératome. Recherches histologiques sur l'— du scrotum et classification des angiokératomes, par Nagamatsu.. 529

— symétrique, par Matsumoto. . 530

Angiomes avec hyperkératose, par Matsumoto. 530

Anhidrose, par Lutembacher. . 470

Antimoine dans les spirochétoses et les trypanosomiases, par Hugel. 437

Aphtes récidivantes, traitement par le néosalvarsan, par Sainz de Aja. 485

Appareil digestif. Les troubles de l' — comme cause et suite d'autres maladies, par Herz. 274

Aranéidisme, par Sommer et Greco. 161

Argent au bleu de méthylène dans les bubons suppurés, par Saphies et Zumbush. 105

Arsénobenzol dans la lèpre, par Peyri. 147

— dans les affections non-syphilitiques, par Best. 328

Atrophie post-inflammatoire singulière de la peau des deux membres inférieurs, par Audry et Azémar. 608

Autosérothérapie en dermatologie, par Gottheil et Satenstein. 165

— pour obtenir la diminution de

la sensibilité de la peau, par Spiethoff. 314
Autosérothérapie dans le pemphigus, par Hollobut et Lenartowicz. 320
— — , par Luithlen.. 320
— du psoriasis, par Fox. . . . 324
— de l'orchite blennorrhagique, par Wagon.. 546

B

Bains cadico-chrysophaniques dans certains eczémas et psoriasis, par Noell. . . 167
Blennorrhagie. *Autosérothérapie* de l'orchite blennorrhagique, par Wagon. 546
— *Conjonctivite blennorrhagique métastatique* après réinjection de vaccin, par Stretel. . . 545
— *dans l'armée ;* ses principales complications, par Bizard, Delcamp et Bralez. 546
— *Diagnostic biologique,* par Sommer.. 107
— — . Emploi des vaccins et de l'extrait de gonocoques, par Shattuck et Whittemore. . 108
— *et chancre* de l'urèthre, par Brault et Montpellier. . . 268
— *et trachome,* par Salzmann. . 381
— *Extrait de gonocoques* pour le diagnostic d'infections gonococciques, par Shattuck et Whittemore. 108
— *Granulations blennorrhagiques,* par Stumpke. 109
— *Hperkératose,* par Lange. . . 109
— — Exanthème hyperkératosique, par Buschke et Michael. 109
— *Infection gonococcique.* Action des courants énergétiques de l'organisme sur l'automobilité du gonocoque, par Roucayrol. 544
— *Kératite blennorrhagique* après reinjection de vaccin gonococcique, par Stretel. . . 545
— *Méningite blennorrhagique,* par Blind et Ricard. 545
— *Microbisme latent,* par Brailon. 544
— *Orchite blennorrhagique,* autosérothérapie, par Wagon. . 546
Blennorrhagie. *Pararuéthrite gonococcique,* par Dohi. . . 545
— *rectale* chez les prostituées, par Schmidt. 108
— — Fréquence au cours de la vulvo-vaginite infantile, par Wolfenstein. 381
— *Rhumatisme.* L'hallux valgus blennorrhagique, par Bertein. 110
— — Traitement par le salicylate de soude, par Covisa. 382
— — Vaccinothérapie, par Heden. 383
— — — , par Covisa. 383
— — — , par Semionov. . . . 383
— — Sérothérapie et vaccinothérapie, par Bonnamour et Salle. 384
— *Sérologie,* par Finkelstein et Gerschun. 107
— *Traitement.* Iode colloïdal dans la blennorrhagie aigue et chronique, par Beyler. . . 110
— — , par J. de Azua. . . . 381
— — par l'uranoblène, par Villapadierna.. 382
— — Salicylate de soude dans quelques complications, par Covisa. 382
— *Vaccinothérapie* de l'uréthrite, par Heden.. 383
— — du rhumatisme blennorrhagique, par Covisa. 383
— — — , par Semionov. . . . 383
— — , par Bonnamour et Salle. 384
— — , par Maublant. 384
— — , par Blumenthal. . . . 384
— — , par Define. 384
— — , par Weil. 384
— — Kératite blennorrhagique après réinjection de vaccin gonococcique, par Stretel. . 545
— Traitement vaccinal de la blennorrhagie infantile, par Hamburger.. 546
— *Vaccins gonococciques,* pour le diagnostic des infections gonococciques, par Shattuck et Whittemore. 108
— *Vulvo-vaginites infantiles,* pronostic, par Mattissohn. . . 108
Bouba, par Silva Aranjo. . . 134

Bouche (Lésions diverses). Tuberculose végétante du bord de la lèvre, par Peyri. . . 330
— Tuberculose miliaire ulcérée primitive, par Sainz de Aja. 541
Bouton d'Orient au Maroc, par Folly et Toinon. 135
— Thérapeutique spécifique et prophylaxie, par Gachet.. . 135
— Leishmaniose cutanée, par Rabello.. 146
— — , par Martinez. 146
— — Envahissement des lymphatiques par les parasites, par Jeanselme et Langeron. 147
Bubons. Traitement des — suppurés par l'argent au bleu de méthylène par Saphier et Zumbush. 106
— Traitement par les rayons X, par Wittig. 106
— Guérison en huit jours par le drainage filiforme, par Simon.. 379
— Pathogénie et traitement, par Dubreuilh. 380
— chancrelleux tardif, par Gougerot. 547
— sans chancre, par Gougerot. 547
— chronique, par Gougerot. . . 547

C

Canitie rapide, par Lebar. . . 313
Champignon parasite du mycétome à grains noirs du pied, par Pepere. 157
Chancre simple. Rapports avec le granulome vénérien, par Gennerich.. . . . . 106, 380
— Traitement, par Weissenbach. 106
— serpigineux, par Rabello.. . 378
— phagédénique de l'anus, par Forns. 378
— Étude clinico-thérapeutique du — de l'anus, par Covisa. 378
— du genou, par Silva Aranjo. 379
— Traitement par le novarsenobenzol, par de Carvalho. . 379
— Traitement, par Balzer. . . 379
— Composés cupriques, par Almkvist. 379
— bubon chancrelleux tardif, par Gougerot. 547
Cheiromégalie dans un cas de neurofibromatose, par Roubinovitch et Regnault de la Sourdière. 159
Cheveu. Aplasie moniliforme, par J. de Azua. 156
Choléra (Lésions cutanées), par Sabella.. 134
Cils. Implantation de poils vivants pour remplacer les —, par Krusius. 136
Conjonctivomes à dégénérescence hyaline, par Milian. . 422
Craw-craw. Beaucoup d — ne sont que des dermo-épidermites ulcéreuses microbiennes, par Gougerot. . . . 530
Creeping disease, par Sommer et Greco. 161
— mise en évidence des larves, par Cates. 349
Cuir chevelu encéphaloïde, par Jonquières.. 136
— La teigne amiantacée d'Alibert et les infections microbiennes du —, par Gougerot. 530
Cupriques (Composés) contre le chancre simple, par Almkvist.. 379
Cyanure d'or et de potassium dans le lupus, par dalla Favera. 50
— — dans le lupus érythémateux, par Sainz de Aja. 151
— — dans le lupus tuberculeux, par Sainz de Aja. 152
— — — , par J. de Azua. . . . 153
— — en dermatologie, par Covisa. 167
— — dans le lupus, par Mentberger. 317
— — dans la tuberculose cutanée, par Pasini. 330
— — — , par Sainz de Aja. . . 541

D

Décolletage permanent chez la femme, conséquences, par Brocq. 113
Dermatite due aux graines de coton, par Nixon. 140
— parakératosique parasitaire (gale de Norvège), par Harguera. 142

Dermatite desquamative maligne, rapports avec le psoriasis, par Zappala. 586
Dermatologie. Introduction à la —, par Bettmann. . . . 55
— Du refuge à la maison de secours. Histoire de la clinique de — de Nancy, par Spillmann et Benech. . . . 55
Dermatose de Darier, par Kayser et Schoonheid. 77
— du triangle sterno-claviculaire, conséquence du décolletage, par Brocq. 113
Dermatoses consécutives aux plaies de guerre, par Butte. . 322
— développées autour des plaies de guerre et des trajets fistuleux, par Desaux. 323
— Conception générale. Entités morbides vraies, syndromes objectifs, réactions cutanées et leurs combinaisons, par Brocq. 548
Dermo-épidermite survenant autour des plaies anciennes et des trajets fistuleux, par Desaux. 393
— et craw-craw, par Gougerot. . 530
— streptococcique aiguë, érythémato-papuleuse, vésiculeuse, érosive, pustuleuse, par Gougerot. 539
— microbienne, traitement, par Gougerot. 539
Desquamation foliacée en grands lambeaux du nouveau-né, par d'Ovidio. . . . 160
Diphtérie cutanée. Formes rares, par Knowles et Frescoln. 136
Drainage filiforme. Bubon guéri en huit jours par le —, par Simon. 379
Dyskératome naevique, par Bellini. 585
Dystrophie papillaire pigmentaire de Darier, acanthosis nigricans, par J. de Azua. . 133

E

Eczéma. Traitement par les bains cadico-chrysophaniques, par Nonell. 167
Eczéma. Antiseptiques à base d'iode dans l'— des jeunes enfants, par Szabo. 313
— des plaies de guerre, par Butte. 322
— artificiel causé par l'abus des antiseptiques, par Sabouraud. 323
— Vaccine généralisée dans un cas d' — de la tête, par Ormann. 331
Eléphantiasis du scrotum et du pénis consécutif à la syphilis, par Villapadierna. 137
Endothéliome tubéreux multiple, par Oestreich et Saalfeld. 137
Epithelioma. Transformations de l'épithélium dans les inflammations. Rapports avec l' —, par Mac Donagh. 138
— de la région ombilicale, par d'Utra e Silva. 138
— Ulcus rodens, par Graham Little. 138
— à cellules épineuses et basales, par Hazen. 139
— de la cuisse, par Graham Little. 139
— Role étiologique du tissu cicatriciel, par Heidingsfeld. . 530
— , traitement par le radium, par Simpson. 540
— Xeroderma pigmentosum, — guéri par le radium, par Covisa. 542
Erythème *annulaire* centrifuge (— papulo-circiné migrateur chronique) et éruptions analogues, par Darier. . . . 57
— *de la face* provoqué pour simuler un érysipèle, par Natalelli et Roger. 314
— *maculo-papuleux* consécutif à la vaccination antityphique, par Merklen et Achpise. . . 318
— *noueux* et tuberculose larvée, par Laroucle et Broquin. . . 140
— — et syphilis, par Chauffard et Mlle Le Conte. 313
— — chez une hérédo-syphilitique, par Vahram. 531
— — guéri par le salicylate de soude, par Sainz de Aja et Forns. 583

Erythème *polymorphe* à début méningé, par Fiessinger et François. 140
— — Surrénalite aigue dans le cours d'une syphilis secondaire et à la suite d'un —, par Blum. 488
— *scarlatiniforme* d'origine mercurielle, par S. de Grado. . . 318
— — aigu produit par la quinine, par Sainz de Aja. 533
Erythrodermie desquamative généralisée, par Mlle-Loewe. 314
— consécutive aux plaies de guerre, par Butte. 322
— exfoliante consecutive à des injections de neosalvarsan, par Bine. 533
Exanthème vésiculo-hyperkératosique de la blennorrhagie, par Buschke et Michael. 109
Externe (Dermatoses de cause). La vanille irritant de la peau, par Leggett. 140
— — Dermatite due aux graines de coton, par Nixon. . . . 140
— — Périonyxis des décortiqueurs de légumes, par Peyri. 141
— De l'insolation, par Dubreuilh. 149
— Diminution de la sensibilité de la peau par les injections de sérum ou de sang du malade et de nucléinate de soude, par Spiethoff. . . . 314
— Erythèmes de la face provoqués pour simuler un érysipèle, par Natalelli et Roger. 314
— Suppression du poison des teintures, par Colman. . . 315
— Dermites consécutives aux blessures de guerre, par Butte. . . 322
— — , par Villaret.. 323
— — , par Desaux. 323
Eucalyptol dans le traitement des dermatoses, par Bory. . 537

F

Favus de la peau glabre, par Pore. 141
Folliclis semblable au lichen plan, par Kaufman-Wolf.. . 329
Folliculite decalvante et lichen spinulosus, par Beatty et Speares.. 531
Frictions mercurielles, érythème scarlatiniforme consécutif, par S. de Grado. . . 318
Fuchsine en applications locales dans l'impétigo et les pyodermites, par Jerreira. . . . 325
Fumeurs. Valeur séméiologique de la stomatite nacrée ou triangulaire commissurale des —, par Bonnet. 597
Furonculose. Cause et traitement, par Tweddell. . . . 142
— et vaccins staphylococciques, par Gimeno. 142

G

Gale. Dermatite parakératosique parasitaire. Gale de Norvège, par Harguera. 142
— féline chez l'homme, par Barbaglia. 583
— norvégienne, par J. de Azua et Nonell. 583
Gangrène symétrique des extrémités et lésions artérielles, par Souques. 315
— produite par le froid, par Lenormand.. 316
Gelures. Pieds gelés, par Témoin. 46
— , par Castex. 46
— Etiologie, par Debat. . . . 46
— Prophylaxie, par Orticoni. . 47
— Traitement par les bains d'air chaud, par Chenal, Pellegrin et Ruffier. 47
— des pieds, par Mouchet. . . 315
— Gangrènes produites par le froid, par Lenormand. . . . 316
— Moyens préventifs et curatifs, par Plicque. 316
— Traitement par les injections d'oxygène, par Dumarest. . 317
Gonargine dans l'arthrite blennorrhagique, par Heden. . 383
Graines de coton causant une dermatite, par Nixon. . . . 140
Granulations blennorrhagiques, par Stümpke. 109
Granulome végétant à staphylocoques, par Chieffi. . . . 584
Granulome vénérien et chancre simple phagédénique, rapports, par Gennerich. . 106, 380

Granulome vénérien. Deux cas de granulome ulcéreux des pays chauds, par TERRA. . . 380
— Culture pure de l'agent du —, par MARTINI. 381

H

Héliothérapie dans le lupus, par SAINZ DE AJA. 152
— en dermatologie, par DE LA PORTILLA. 540
— Traitement des verrues par la lumière solaire concentrée, par VALLET. 542
Hématangio - endothéliome tubéreux multiple, par OESTREICH et SAALFELD. . . . 137
Hémorroïdes latentes et prurit anal, par MATIGNON. . . . 324
Histologie de la lèpre, par KEDROWSKI.. 147
— du psoriasis rupioïde, par VIGNOLO-LUTATI.. 163
— Données cytologiques et chimiques sur les Xanthomzellen, par POLICARD et MANGINI. 332
— des leishmanioses dermiques, par AIMENARA. 443
— des taches pigmentaires physiologiques des muqueuses, par MONTPELLIER 465
— des angiokératomes, par NAGAMATSU.. 529
— de la tricholyse dans la radiumthérapie de l'hypertrichose, par VIGNOLO-LUTATI. 584
Hôpitaux militaires de vénériens, organisation générale, par PAUTRIER. 233
Hyperkératose blennorrhagique, par LANGE. 109
— — , par BUSCHKE et MICHAEL. 109
Hypertrichose dans les plaies de guerre, par LEBAR. . . . 320
— — , par VILLARET. 321
— — , par GLEY et LOEWY. . . 321
— Mécanisme histologique de la tricholyse dans la radiumthérapie de l'—, par VIGNOLO-LUNATI. 584

I

Impetigo. Applications locales de fuchsine, par JERREIRA. . 325
Infantiles (DERMATOSES). Antiseptiques à base d'iode dans l'eczéma des jeunes enfants, par SZABO. 313
— Scorbut infantile chez un enfant nourri au lait homogénéisé, par SCHREIBER et FRANÇOIS. 325
— Maladie de Barlow, par LASSALLE.. 325
— Vaccine généralisée dans un cas d'eczéma de la tête, par ORMANN. 331
— Pemphigus des nouveau-nés à Chicago, par FALLS. . . . 535
Inflammations. Transformations de l'épithélium dans les —; rapports avec l'épithélioma, par MAC DONAGH. . . 138
Inflammatoire. Atrophie singulière post — de la peau des deux membres inférieurs, par AUDRY et AZÉMAR. . . 608
Insolation, par DUBREUILH . . 143
Iode colloïdal dans la blennorrhagie aigue et chronique, par BEYLER. 110
Iodisme. L'adrénaline combat l'—, par MILIAN. 534

K

Kératochromoglossites, par LEBAR. 450, 512
Kératodermies consécutives aux plaies de guerre, par BUTTE. 322
Kérions produits par le trichophyton luxurians, par BRAULT. 91

L

Langue (LÉSIONS DIVERSES). Tuberculose papillomateuse et scléreuse de la face dorsale de la langue, par J. DE AZUA. 329
— Langue noire et kératochromoglossites, par LEBAR. . 450, 512
— Glossite losangique médiane de la face dorsale, par S. DE GRADO. 531
Leishmaniose tégumentaire au Brésil, par TERRA. 143
— furonculeuse, par VIANNA. . . 146

Leishmaniose, par MACHADO. . 146
— cutanée, par MARTINEZ. . . . 146
— à forme verruqueuse, par RABELLO. 146
— de la muqueuse nasale, par MARINHO. 146
— envahissement des lymphatiques par les parasites, par JEANSELME ET LANGERON. . . 147
— dermique, anatomie pathologique, par AIMENARA. . . . 443
— Deux cas provenant du Pérou, par MORAN. 531
Lentiginose profuse, par MALHERBE. 47
Lèpre. Tuberculose ganglionnaire chez les lépreux, par MAC COY. 48
— Danger de la vie commune avec les lépreux, par MAC COY et GOODHUC. 48
— Réaction à la luétine négative chez les lépreux présentant une réaction de Wassermann, par CLEGZ. 48
— Bacilles acido-résistants dans les sécrétions des lépreux, par HOLLMANN. 48
— transmise au singe, par VERROTTI. 48
— , histologie, par KEDROWSKI. . 147
— Arsénobenzol dans la —. Influence sur la réaction de Wassermann, par PEYRI. . . 147
Leucémie de la peau, par BERNHARDT. 148
— lymphatique avec lymphadénie miliaire généralisée de la peau, par WERTHER. . . . 148
Leucodermie pseudo-syphilitique des Japonais, par OKAMURA. 586
Leucoplasie. Valeur séméiologique de la stomatite nacrée commissurale des fumeurs, par BONNET. 597
Lichen nitidus, par BOTTELLI. . 49
— scléreux des organes génitaux de la femme, par HOFFMANN. 149
— plan de Wilson; résistance à la médication arsenicale, par COVISA. 149
— Variété rare. Lichen planus hypertrophicus retiformis, par SUTTON.. 150
Lichen plan aigu et ponction lombaire, par PERNET.. . . 257
— plan et folliclis, par KAUFMANN-WOLF.. 329
— plan, forme scléro-atrophique, par PELLIER. 445
— spinulosus et folliculite décalvante, par BEATTY et SPEARES. 531
— porcelainé, par GOUGEROT. . . 532
Lichen scrofulosorum chez un adulte. 150
— Rapport avec les altérations cutanées déterminées par la pommade à la tuberculine, par TSCHILIN-KARIAN. . . . 150
— Poussées de — au cours du traitement d'un lupus par la tuberculine, par SAINZ DE AJA. 329
Lipomatose symétrique, par BUSCHKE et MATTISSOHN. . . 50
Lupus primitif du larynx, par MAYER. 50
— *érythémateux* de la muqueuse buccale, par SAINZ DE AJA. . 151
— — Traitement par le cyanure d'or et de potassium, par SAINZ DE AJA. 151
— — , par J. DE AZUA. 153
— — aigu, par BARBER. . . . 532
— *pernio*. Ses rapports avec les sarcoïdes et la tuberculose, par SCHAUMANN. 337
— *vulgaire*. Traitement par les injections intraveineuses de cyanure d'or et de potassium, par DELLA FAVERA. 50
— — Un cas. Traitement par l'héliothérapie et le cyanure d'or et de potassium, par SAINZ DE AJA. 152
— — Traitement par l'opération de Payr, par SAINZ DE AJA. . 152
— — Traitement par le cyanure d'or et de potassium, par J. DE AZUA.. 153
— — papillomateux végétant des mains, par REGIDOR. . . . 154
— — du gland, par KRAUS.. . . 317
— — Traitement par l'or et le cuivre, par MENTBERGER. . . . 317
— — traité par la tuberculine, poussées de tuberculide, par SAINZ DE AJA. 329

Lupus *vulgaire* miliaire disséminé de la face, par Dohi. . 532
Lymphadénie leucémique. Éruptions prurigineuses provoquées par la radiothérapie de la rate, par Schaumann. . 120
Lymphadénomatose miliaire généralisée de la peau, par Werther. 148
— cutanée aleucémique, par Ragusin. 155
Lymphangio - endothéliome tubéreux multiple, par Oestreich et Saalfeld. . . . 137

M

Maladie de Barlow, par Schreiber et François. 325
— , par Lassalle. 325
Maladie de Raynaud. Néphrite chronique et tuberculose, par Achard et Rouillard. . . . 155
— et lésions artérielles, par Souques. 345
Médicamenteuses (Éruptions). Grave éruption cutanée consécutive au néosalvarsan, par Gordon. 214
— Erythème maculo - papuleux consécutif à la vaccination antityphique, par Merklen et Achpise. 318
— Erythème scarlatiniforme d'origine mercurielle, par S. de Grado. 318
— Erythème scarlatiniforme produit par la quinine, par Sainz de Aja. 533
— Erythrodermie exfoliante consécutive à des injections de néosalvarsan, par Bine. . . 533
— Toxidermie bulleuse à type pemphigoïde par injection d'antipyrine, par Méry et Goscheau. 533
— L'adrénaline combat l'iodisme, par Milian. 534
Mélanodermie physiologique des muqueuses en Algérie, par Brault et Montpellier. . 155
Mesothorium en dermatologie, par Nägeli et Jessner. . . 165
Momies (Peau des). Anatomie microscopique, par Heller. 156
Monilethrix. Aplasie moniliforme du cheveu, par J. de Azua. 156
— — du poil, par J. de Azua. . 156
Morve chronique chez l'homme, par van der Walk et Schov. 51
Myasis linearis, par Sommer et Greco. 161
— Mise en évidence des larves, par Cates. 319
— Un cas, par Amadea. 534
— , par Porta. 584
Mycétome. Champignon parasite du — à grains noirs du pied, par Pepere. 157
Mycoses cutanées des pieds et des mains, par Kaufmann-Wolf. 157
— Fixation du complément dans les dermatoses parasitaires, par Kolmer et Strickler. . 158
— cas, par Petges. 534
Mycosis fongoïde de la peau et des organes internes, par Paltauf et Zumbush. 158
Myriapodisme, par Sommer et Greco. 161

N

Naevi linéaires, par Corbett. . 159
— — chez une mère et son enfant, par Samuel. . . . 159
— symétriques. Le prétendu adénome sébacé de Pringle, par Pellier. 585
— Dyskératome naevique, par Bellini. 585
Nécrologie. Pierre Aubert. . 111
— A. Viennois. 275
— Paul Haslund. 275
— Colcott Fox. 387
— William Allan Jamieson. . . 388
Neige carbonique comme traitement d'une énorme verrue végétante, par Ledo. . . . 541
Néphrite chronique et maladie de Raynaud, par Achard et Rouillard. 155
Neurofibromatose familiale avec cheiromégalie, par Rou-

BINOVITCH et REGNAULT DE LA SOURDIÈRE. 159
Neurofibromatose cutanée, par SCHOOHEID. 159
— Anomalies de l'appareil visuel, de l'intelligence et du squelette associées à la —, par JEANSELME. 318
— , un cas, par GOUGET. . . . 535
Nodules des laitiers, par FRIEBES. 331
Nouveau-né. Desquamation foliacée en grands lambeaux, du —, par D'OVIDIO. 160
— Pemphigus du —, par FALLS. 535
Novarsénobenzol contre le chancre mou, par DE CARVALHO. 379
Nucléinate de soude en injections pour obtenir une diminution de la sensibilité de la peau, par SPIETHOFF. . . . 314
— dans l'urticaire chronique, par WEILL. 331

O

Œdème exsudatif aigu, par MARTINOTTI.. 585
Ongles (AFFECTIONS DES). Périonyxis des décortiqueurs de légumes, par PEYRI. . . . 141
Onychogryphose. Un cas, par GAIS FILHO. 160
Organes génitaux (LÉSIONS DIVERSES). Ulcère aigu de la vulve, par GROSZ. 107
— — — , par VOLK. 107
— Lichen scléreux, par HOFFMANN. 149
— Angiokératome du scrotum, par NAGAMATSU. 529
Oxygène en injections sous-cutanées dans le traitement des congélations, par DUMAREST. 317

P

Parakeratosis variegata, par BARBER. 160
Parapsoriasis. Pityriasis lichenoides chronica, par WISE. 535
Parasitaires (DERMATOSES). Fixation du complément, par KOLMER et STRICKLER. 158
Parasites animaux. Aranéidisme. Scorpionidisme. Myriapodisme. Phtiriase pubienne par poux de tête, par SOMMER et GRECO. 161
— Creeping disease, par SOMMER et GRECO. 161
— Taches bleues par pulex irritans, par SOMMER et GRECO. 161, 319
— Creeping eruption, mis en évidence des larves, par CATES. 319
Pâtes de Dohi et Joseph en dermatologie, par SAINZ DE AJA et FORS Y CONTERA. . . 167
Payr (OPÉRATION DE) dans le lupus, par SAINZ DE AJA. . 152
Pelade et syphilis, par VON NOTTHAFT.. 162
Pellagre chez les enfants, par COMBY. 319
Pemphigus chronique. Étiologie, par LONGO et SPECIALE. . 51
— Traitement par le contenu des bulles, par HOLOBUT et LENARTOWICZ. 320
— — , par LUITHLEN. 320
— végétant, par PRINGLE. . . . 320
— aigu diffus, par DUBREUILH et DOUENCE.. 526
— des nouveau-nés à Chicago, par FALLS. 535
Périonyxis professionnelle des décortiqueurs de légumes, par PEYRI. 141
Phagédénisme géométrique, par BROCQ. 1
Pigment mélanotique de l'épiderme, par KREIBICH. . . . 162
Pilaire (AFFECTIONS DU SYSTÈME). Aplasie moniliforme, par J. DE AZUA.. 156
— (MODIFICATIONS DU SYSTÈME — APRÈS LES PLAIES DE GUERRE). Hypertrichose dans les blessures des membres, par LEBAR. 320
— — Troubles du système pileux dans les lésions traumatiques des nerfs périphériques, par VILLARET. 321
— — Croissance des phanères au cours de la réparation des

plaies, par Gley et Loewy. . 321
Pilaire (Régénération) par l'actinothérapie, par Peyri. . . 322
Pityriasis lichenoïdes chronica, par Wise. 535
Pityriasis rosé et urticaire pigmentaire associés, par Cassar. 95
Plaies de guerre (Dermatoses consécutives aux). Dermites eczémateuses, érythrodermies, kératodermies, par Butte. . 322
— Eczémas artificiels causés par l'abus des antiseptiques, par Sabouraud. 323
— Dermatoses développées autour des plaies de guerre, par Desaux. 323
— Dermo-épidermite survenant autour des plaies anciennes et des trajets fistuleux, par Desaux. 393
Ponction lombaire dans le lichen plan aigu, par Pernet. 257
Porokératose papillomateuse palmaire et plantaire, par Mantoux. 536
Poux. Pédiculose pubiennne par — de tête, par Nicolas et Massia. 40
— Destruction des — et traitement des phtiriases, par Labbé. 51
— Phtiriase pubienne par — de tête, par Sommer et Greco. . 161
— Habitat du pou de corps et diagnostic rapide de la pédiculose, par Bulliard. . . . 501
Professionnelles (Dermatoses). De certaines professions prédisposant aux maladies de la peau, par White. 536
Prostitution. Blennorrhagie rectale chez les prostituées, par Schmidt. 108
Provoquées. (Éruptions). Les —, par Milian. 536
Prurit anal, par Lynch. . . . 52
— post-eczémateux guéri par la radiothérapie, par Ratera. 52, 163
— anal par hémorroïdes latentes, par Matignon. 324
— vulvaire, radiumthérapie, par Vignolo-Lutati. 586
— sénile, par Umbert. 586
Prurigineuses (Éruptions) provoquées par la radiothérapie de la rate dans un cas de lymphadénie leucémique, par Schaumann. 120
Pseudo-milium colloïde à dégénérescence hyaline, par Milian. 422
Psoriasis. Morphologie et histologie du — rupioïde, par Vignolo-Lutati. 163
— Étiologie, par Jaerisch. . . 163
— , son origine tuberculeuse, par Gaucher. 537
— Rapports avec la dermatite desquamative maligne et ses agents septiques, par Zappala. 586
— Étude clinique des — au moyen du grattage méthodique, par Brocq. 221
— émotif et traumatique, par Gaucher et Mlle Klein. . . 324
— Traitement par les bains cadico-chrysophaniques, par Nonell. 167
— Autosérothérapie, par Fox. . 324
— Traitement par le sérum de cheval, par Perry. 325
— Traitement par une solution injectable de soufre, par Bory. 537
Psorospermose folliculaire végétante de Darier, par Kayser et Schoonheid. 77
— — , par Bellini. 585
Pulex irritants. Taches bleues par —, par Sommer et Greco. 161, 319
Purpura récidivant orthostatique, par Sainz de Aja. . . 163
— ecchymotique de localisation peu fréquente, par Sainz de Aja. 163
— Scorbut infantile chez un enfant nourri au lait homogénéisé, par Schreiber et François. 325
— Maladie de Barlow, par Lasalle.. 325
— fulminans. Septicémie méningococcique suraiguë, par Le Pape et Laroche. 537
— à largés éléments chez un paludéen, par Rathery et Levy. 538
— Méningocoques dans les éléments purpuriques, par Netter et Salanier. 538

Purpura suraigu. Nature reconnue par l'examen microscopique, par NETTER, SALANIER et Mlle WOLFROM. 539
— annularis telangiectodes, par COPELLI. 587
Pyocyanique (MALADIE), par BOSELLINI. 587
Pyodermie consécutive aux plaies de guerre, par BUTTE. 322
Pyodermite chronique végétante papillomateuse avec réaction epithéliale kystique cornée, par LEDO.. 164
— Applications locales de fuchisme, par JERREIRA. . . . 325
— Fréquenee et polymorphisme des streptococcies cutanées ; dermo-épidermite streptococcique aiguë, par GOUGEROT. . 539
— et leur traitement dans une ambulance d'armée, par CARLE. 539
— Traitement des dermo-épidermites microbiennes, par GOUGEROT. 539
Pyorrhée alvéolaire. Cause et traitement de la — et de la furonculose, par TWEDDELL. 142

R

Radiodermite chronique, par DUBOIS. 164
Radiothérapie. Guérison d'un prurit post-eczémateux, par RATERA. 52, 163
— des bubons, par WITTIG. . . 106
— . Lymphadénie leucémique. Éruptions prurigineuses provoquées par la — de la rate, par SCHAUMANN. 120
— . Acquisitions nouvelles, par MEYER. 166
— en dermatologie, par GAUCHER. 325
— . Quelques réflexions pratiques sur la —, par BROCQ. . . . 333
— dans les maladies de la peau, par DUBREUILH. 389
Radium en thérapeutique cutanée, par GAUCHER. 325
— dans le traitement du cancer et des affections de la peau, par SIMPSON. 540
Radium. Xeroderma pigmentosum. Épithélioma guéri par le —, par COVISA. 542
— Mécanisme de la tricholyse dans le radiumthérapie de l'hypertrichose, par VIGNOLO-LUTATI. 584
— dans le prurit vulvaire, par VIGNOLO-LUTATI. 586
Rayons X (ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES). Alopécie chez les enfants par dose excessive de —, par STOWERS. 164
— Alopécies en aires chez les blessés de guerre radiographiés, par FRENKEL. . . . 578
Rhinoscléreme. Sa nature, par LONGO. 52

S

Salicylate de soude dans le rhumatisme blennorrhagique, par COVISA.. 382
— dans l'érythème noueux, par SAINZ DE AJA et FORNS. . . 583
Sarcoïdes sous-cutanées de Darier, par MARZIANI. 53
— de la peau, par SUTTON. . . 326
— Rapports du lupus pernio avec les —, par SCHAUMANN. . . 357
Sclérodermie atrophique généralisée avec sclérodactylie, par PARKES WEBER. 165
Scorbut infantile, par SCHREIBER et FRANÇOIS. 325
— , par LASSALLE. 325
Scorpionidisme, par SOMMER et GRECO. 161
Sérothérapie du psoriasis, par PERRY. 325
— de l'urticaire, par SWANN. . 331
— du rhumatisme blennorrhagique, par BONNAMOUR et SALLE. 384
Simulation. Érythèmes de la face provoqués pour simuler un érysipèle, par NATALELLI et ROGER 314
Voir PROVOQUÉES (ÉRUPTIONS).
Soufre en solution injectable dans le traitement du psoriasis, par BORY.. 537
Spirochétoses. Action des pré-

parations organiques d'antimoine dans les —, par Hugel. 437
Sporotrichose. Présence du sporotrichum Beurmanni sur un épi de blé, par Sartory. . . 326
— à forme éléphantiasique, par Queyrat.. 326
— confondue avec la syphilis, par Gougerot.. 540
Staphylococcie. Application des vaccins staphylococciques, par Covisa et Agustina. 327
Stomatite. Valeur séméiologique de la — nacrée ou triangulaire commissurale des fumeurs, par Bonnet. . 597
Streptococcies cutanées, polymorphisme, par Gougerot. . 539
Sudation (Troubles) au cours des lésions traumatiques des nerfs périphériques, par Villaret.. 321

T

Taches *bleues* par pulex irritans, par Sommer et Greco. 161, 316
— *mongoliques,* à São Paulo, par Jerreira. 327
— *pigmentaires* physiologiques des muqueuses, leur histologie, par Montpellier. . . . 465
Teintures. Suppression du poison des —, par Colman. . . 315
Thérapeutique. Air chaud dans les gelures, par Chenal, Pellegrin et Ruffier. 47
— Cyanure d'or et de potassium dans le lupus, par dalla Favera. 50
— Traitement des phtiriases, par Labbé. 51
— Arsénobenzol dans la lèpre, par Peyri.. 147
— Résistance remarquable d'un lichen plan à la médication arsenicale, par Covisa. . . 149
— Traitement du lupus par le cyanure d'or et de potassium, par Sainz de Aja. . . . 151, 152
— — , par J. de Azua. 153
— Traitement du lupus par l'héliothérapie, par Sainz de Aja. . 152
— — , par l'opération de Payr, par Sainz de Aja. 152
Thérapeutique. Autosérothérapie, par Gottheil et Satenstein. 165
— Emploi du mesothorium et du thorium X, par Nägeli et Jessner. 165
— Emploi de l'acide borique, par Montgomery. 166
— Cyanure d'or et de potassium, par Covisa. 167
— Bains cadico-chrysophaniques dans certains eczémas et psoriasis, par Nonell. . . . 167
— Pates de Dohi en dermatologie, par Sainz de Aja et Forns y Contera. 167
— Lichen plan aigu et ponction lombaire, par Pernet.. . . 257
— Antiseptiques à base d'iode dans l'eczéma des jeunes enfants, par Szabo. . . . 313
— Diminution de la sensibilité de la peau par les injections de sérum ou de sang du malade et de nucléinate de soude par Spiethoff. . . . 314
— Traitement des congélations, par Plicque. 316
— — par les injections sous-cutanées d'oxygène, par Dumarest. 317
— Or et cuivre dans le lupus, par Mentberger. 317
— Traitement du pemphigus par le contenu des bulles, par Hollobut et Lenartowicz. . 320
— — , par Luithlen. 320
— Actinothérapie et régénération pilaire, par Peyri. . . 322
— Autosérothérapie du psoriasis, par Fox.. 324
— Traitement du psoriasis par le sérum de cheval, par Perry. 325
— Fuchsine en applications locales dans l'impétigo et les pyodermites, par Jerreira. 325
— Arsénobenzol dans les affections non syphilitiques, par Best. 328
— Poussées de tuberculide au cours du traitement d'un lupus par la tuberculine, par Sainz de Aja. 329
— Cyanure d'or dans la tuber-

culose cutanée, par Pasini. . 330
Thérapeutique. Traitement de l'urticaire chronique par le nucléinate de soude, par Weill. 331
— Novarsénobenzol contre le chancre simple, par de Carvalho. 379
— Composés cupriques contre le chancre simple, par Almkvist. 379
— Traitement du bubon par le drainage filiforme, par Simon. 379
— Antimoine dans les spirochétoses et les trypanosomiases, par Hugel. 437
— L'adrénaline combat l'iodisme, par Milian.. 534
— Solution injectable de soufre contre le psoriasis, par Bory. 537
— Eucalyptol dans les dermatoses, par Bory. 537
— Héliothérapie, par de la Portilla.. 540
— Cyanure d'or et de potassium dans la tuberculose cutanée, par Sainz de Aja. 541
— Énorme verrue végétante traitée par la neige carbonique, par Ledo. 541
— Traitement des verrues par la lumière solaire concentrée, par Vallet. 542
— Salicylate de soude dans l'érythème noueux, par Sainz de Aja et Forns. 583
Thorium X en dermatologie, par Nägeli et Jessner. . . 165
Toxidermie bulleuse par ingestion d'antipyrine, par Méry et Goscheau. 533
Trachome et gonorrhée, par Salzmann.. 381
Trichophytie. Trichophyton luxurians, espèce à culture faviforme, produisant des kérions, par Brault. . . . 91
— de la plante des pieds, par Rabello.. 167
— lichénoïde à petites papules, par Guth. 168
— Les champignons des teignes rencontrées à Alger, par Brault et Vignier. 169
— Microsposie généralisée d'origine animale, par Nobl. . . 328
Trichophytie secondaire lichénoïde, par Herxheimer et Koster. 328
Trophiques (Troubles) cutanés consécutifs aux plaies de guerre, par Butte. 322
Trophœdème du membre inférieur droit, par Chatelin et Zuber. 54
Trypanosomiases. Préparations organiques d'antimoine dans les —, par Hugel. . . 437
Tuberculides et tuberculose cutanée, par Zieler. . . . 56
— Pathogénie, par Grosz et Volk. 328
— Folliclis semblable au lichen plan, par Kaufman-Wolf. . 329
— Poussées de tuberculide lichenoïde au cours du traitement d'un lupus par la tuberculine, par Sainz de Aja. . . 329
Tuberculine. Rapports entre le lichen scrofulosorum et les altérations cutanées déterminées par les applications de pommade à la —. Réaction de Moro, par Tschilin Karian. 150
— dans le traitement d'un lupus, poussées de tuberculide, par Sainz de Aja. 329
Tuberculose larvée et érythème noueux, par Labougle et Broquin. 140
— et maladie de Raynaud, par Achard et Rouillard. . . . 155
— Rapports du lupus pernio avec la —, par Schaumann. . 357
— origine du psoriasis, par Gaucher. 537
Tuberculose cutanée et tuberculide, par Zieler. 56
— papillomateuse et scléreuse, par J. de Azua. 329
— de la lèvre, par Peyri. . . . 330
— ulcéreuse de la bouche, par Sainz de Aja. 541
— Traitement par le cyanure d'or de potassium, par Pasini. . 330
— Traitement par le cyanure d'or et de potassium, par Sainz de Aja. 541
Tuberculose ganglionnaire

chez les lépreux, par Mac Coy. 48

U

Ulcère aigu de la vulve, par Grosz. 107
— — notion de maladie, par Volk. 107
Ulcères de jambe. Nature syphilitique de certains —, par Chaput. 483
Ulcus rodens, par Graham Little. 138
Uranoblène dans la blennorrhagie, par Villapadierna. . 382
Urticaire. Le sérum humain dans l' —, par Swann. . . . 331
— Traitement de l' — chronique par le nucléinate de soude, par Weil. 331
— *pigmentaire* tardive associée au pityriasis rosé, par Cassar. 95

V

Vaccination antityphique, érythème maculo-papuleux consécutif, par Merklen et Achpise. 318
Vaccine. Nodules des laitiers, par Friebes. 331
— généralisée dans un cas d'eczéma de la tête, par Ormann. 331
Vaccinothérapie antigonococcique. Traitement de l'arthrite par le gonargin, par Heden. 383
— dans le rhumatisme blennorrhagique, par Covisa. . . 383
— — , par Semionov. 383
— dans le rhumatisme, par Bonnamour et Salle. 384
— , par Maublant. 384
— , par Blumenthal. 384
— , par Define. 384
— Étude du vaccin de Nicolle et Blaisot, par Weil. 384
— de la blennorrhagie infantile, par Hamburger. 546
Vaccins *gonococciques* et diagnostic des infections blennorrhagiques, par Shattuck et Whittemore. 108
— Kératite blennorrhagique après réinjection de vaccin, par Stretel. 545
Vaccins *staphylococciques* et furonculose, par Gimeno. . . 142
— — Application, par Covisa et Agostina. 327
Vanille irritant de la peau, par Leggett. 140
Vénériens. Comment se sont contaminés cent — traités dans la zone des armées, par Jolivet. 126
— Organisation générale des hôpitaux militaires de — et des services annexes, par Pautrier. 233
Vénériennes (Maladies). Prophylaxie et traitement, par Pasini. 385
— — , par Balzer. 385
— — dans les administrations civiles et militaires, par Balzer. 385
— Fonctionnement d'un service de maladies cutanées et vénérienne, dans une ambulance, par Bodin. 386
— Origine de 360 cas de — traitées dans une ambulance spécialisée de l'avant, par Charlet et Bulliard. 603
— Prophylaxie et traitement des — aux armées, par Bodin. . 386
— — , par Renault. 387
— pendant la guerre à l'hôpital Villemin, par Gaucher. . . 498
— , biologie et traitement, par Mac Donagh. 499
Verrue. Énorme — végétante traitée par la neige carbonique, par Ledo. 541
— Traitement par la lumière solaire concentrée, par Vallet. 542
Vulvo-vaginite infantile. Fréquence de la blennorrhagie rectale au cours de la —, par Wolfenstein. 381

X

Xanthélasma. Un cas. Données cytologiques et chimiques sur les Xanthomzellen, par

Policard et Mangini. . . . 332
Xeroderma pigmentosum. Epithélioma guéri par le radium, par Covisa. 542
— Nature des tumeurs, par Nakagawa 541

Z

Zona généralisé avec lésions de la moelle, par Zumbusch. . . 54
Zona avec paralysie du bras, par Weber. 332
— simultané des troisième et huitième segments dorsaux, par Graham Little. 543
— du domaine des plexus lombaire et sacré au cours d'une méningite cérébro-spinale. Réapparition six mois après dans la convalescence d'une pneumonie, par Netter. . . 543

SYPHILIS

A. — ÉTUDE CLINIQUE

Adénopathies scrofuloïdes des syphilitiques héréditaires, par Vignolo-Lutati. 593
Alopécies syphilitiques. Pseudo-pelade par lésion syphilitique, par Sainz de Aja. . . 480
— , une variété, par Bolina. . . 480
Anaphylaxie dans la syphilis, par Bouveyron. 475
Anémie pernicieuse et syphilis, par Nathan. 489
Aorte. Anévrysme de la crosse. Plaie pénétrante du thorax et syphilis, par Durand-Fardel. 272
Appareil digestif. Les troubles de l'— comme cause et suite d'autres maladies, par Herz. 274
Armée. Syphilis dans l'— prophlaxie et traitement, par Bodin. 386
— La syphilis et l'—, par Thibierge. 443
— Syphilis pendant la guerre à l'hôpital Villemin, par Gaugher. 498
— Statistique des syphilis contractées depuis la mobilisation et soignées à la clinique de St Louis, par Gaucher et Bizard. 498
Associations. Chancre de l'urèthre et blennorrhagie, par Brault et Montpellier. . . 268
— Diphtérie salutaire dans un cas de chancre phagédénique de la lèvre inférieure, par Galliard.. 270
Associations. Érythème noueux et syphilis, par Chauffard et Mlle Le Conte. 313
— Questions diverses, par Sabouraud. 589
— Tuberculose et syphilis. Hybrides tuberculo-syphilitiques externes, par Poissonnier. 591
Atrophie maculeuse consécutive à une éruption secondaire, par Adamson. . . . 477
Bouche. Diphtérie salutaire dans un cas de chancre phagédénique de la lèvre inférieure, par Galliard. . . . 270
— Les aphtes récidivantes de la bouche; traitement par le néosalvarsan, par Sainz de Aja. 485
— Taches blanches de la muqueuse jugale et commissurale dites « plaques de fumeur » fonction de syphilis, par Landouzy. 486
Chancre syphilitique. Réaction de Wassermann dans une syphilis ayant débuté par un chancre gangreneux, par Andersen. 261
— de l'urèthre et blennorrhagie, par Brault et Montpellier. 268
— de l'ombilic.. 269
— du cuir chevelu, par Ayala. . 269
— — , par Müller. 269
— extra-génital, par Heinemann. 269

Chancre syphilitique. Diphtérie salutaire dans un cas de chancre phagédénique de la lèvre inférieure, par GALLIARD. 270
— Modes de contagion du — et prophylaxie individuelle de la syphilis, par BALZER et BARTHÉLEMY. 475
— Syphilome initial des annexes oculaires par accident du travail, par ANTONELLI. . . 476
Chirurgie. Lésions syphilitiques méconnues opérées comme cancers ou comme tuberculoses locales, par GAUCHER. . 481
Cœur. Myocardite syphilitique secondaire, par COVISA. . . 270
— Syndrome de Stokes-Adams, par SAINZ DE AJA. 271
— Myocardite syphilitique, par ROSENFELD. 271
— Syphilis et pouls alternant, par DEHON et HEITZ. . . . 271
— Maladie bleue d'origine syphilitique, par JEANSELME. . . 427
— Myocardite syphilitique secondaire, par COVISA. 485
Contagion. Comment se sont contaminés cent vénériens traités dans la zone des armées, par JOLIVET. 126
— du chancre, par BALZER et BARTHÉLEMY. 475
— Syphilome initial des annexes oculaires par accident du travail, par ANTONELLI. . . 476
Cuir chevelu. Syphilis initiale du —, par AYALA. 269
— — , par MÜLLER. 269
Diabète insipide, chez un syphilitique, amélioré après un traitement spécifique, par LAIGNEL-LAVASTINE. 488
Diagnostic. Syphilis ignorée. Valeur diagnostique de la réaction de Wassermann, par COVISA. 261
— Réaction de Wassermann dans une syphilis ayant débuté par un chancre gangreneux, par ANDERSEN. 261
— Réaction de Landau, par LANDAU. 264
— Réaction de Wassermann spontanément tardives. Difficultés du diagnostic des syphilis retardées, par GOUGEROT. . . . 473
Diagnostic. Remarques sur le diagnostic et le traitement des accidents syphilitiques, par PINARD. 483
— Syphilis avec symptomes nerveux simulant d'autres affections, par HALLER et WALKER. 494
— avec la sporotrichose, par GOUGEROT. 540
Diffusion de la syphilis dans la région toulousaine pendant pendant deux années de guerre, par AUDRY. 419
Elephantiasis du scrotum et du pénis consécutif à la syphilis, par VILLAPADIERNO. . 137
Estomac. Syphilis secondaire et troubles gastriques, par NEUGEBAUER. 486
— Pseudo-cancer de l'estomac de nature syphilitique, par HAYEM. 486
Évolution. Sort ultérieur de 4 134 cas de syphilis, par MATTAUSHEK et PILCZ. 101
— de la syphilis traitée au début par le mercure, par SCHREIBER. 431
— Sur la latence prolongée de la syphilis, par STERN. . . . 474
Fièvre intermittente d'origine syphilitique, par NETTER. . 489
Foie. Ictères syphilitiques secondaires avec rétention biliaire dissociée, par LANGEVIN et BRULÉ. 487
— Ictère hémolytique acquis d'origine syphilitique, par NICOLAS, MASSIA et GATÉ. . . . 487
— Étude radiographique d'une gomme du foie, par QUEYRAT. 487
Glandes salivaires. Hypertrophie symétrique des — et des glandes lacrymales d'origine syphilitique, par VENNIN et WORMS. 274
— Maladie de Mikulicz et syphilis, par THEODORESCO. 274
Gommes. Étude radiographique d'une gomme du foie, par QUEYRAT.. 487
Grossesse. Syphilis post-concep-

tionnelle. Influence du traitement sur la femme enceinte, par Covisa.. 105
Grossesse. Le salvarsan et la loi de Profeta, par Ravogli. . . 429
— Action du salvarsan sur le fœtus, par Heden. 429
Infection. Sur un cas d'infection syphilitique cryptogénétique avec considérations relatives à la syphilis dite « d'emblée », par Nicolau. . 186
Liquide céphalorachidien. Modifications dans la syphilis nerveuse traitée, par Brem. 102
— Modifications produites par les injections d'arsénobenzol, par Engman, Buhman, Gorham et Davis.. 208
— — , par Wechselmann et Arnheim. 209
— Syphilis latente des Arabes. Réactions du sang et du —, par Sicard et Lévy-Valensi. 482
— dans la syphilis nerveuse, par Fisher. 493
— dans la syphilis ; influence du traitement salvarsanique, par Dind. 495
— Contenu en amino-acides, par Ellis, Cullen et Van Slyke. . 589
Lymphatiques. Lymphangites et périlymphangites syphilitiques secondaires, par Sainz de Aja. 273
Maladies viscérales. Part de la syphilis dans l'étiologie des —, par Gouget. 264
Mariage. Le — des syphilitiques, par Brocq. 442
Mélanodermie syphilitique et syphilide pigmentaire, par Covisa. 476
Muscles. Myosite kystique syphilitique du masséter, par Sainz de Aja. 483
Neurofixations, par Mallein, Tzanck et Kermorgant. . . 570
Œil. Syphilome initial des annexes oculaires par accident du travail, par Antonelli. . 476
Os. Radiographie d'un cas de maladie de Parrot, par Lombard et Viallet. 428
Os. Syphilis osseuse héréditaire tardive, par Vital-Badin. . 428
— Talalgie et métatarsalgie syphilitiques, par Forns. . . . 484
— Syphilis cranienne à larges sequestres, par Nicolas, Moutot et Gaté.. 484
— Fractures claviculaires chez les syphilitiques, par Druelle et Blum. 484
Pelade et syphilis, par von Notthaft. 162
Phagédénisme géométrique, par Brocq. 1
Plaies de guerre. Syphilis et —, par Bory. 480
Poumons. Syphilis pulmonaire, par Covisa. 485
Pronostic. Sur la latence exceptionnellement prolongée de la syphilis et le — de la maladie, par Stern. 474
Prophylaxie. Contagion du chancre et — individuelle, par Balzer et Barthélemy. . 475
Réflexe oculo-cardiaque dans la syphilis, par Félix. . . 374
Rein. Diagnostic et traitement des néphropathies syphilitiques diffuses, par Munk. . . 488
— Traitement par l'arsénobenzol de la néphrite syphilitique, par Filadoro. 596
Réinfection chez un syphilitique tertiaire avec réaction de Wassermann positive, par J. de Azua.. 265
— syphilitique, par Covisa. . . 266
— — , par Spitzer. 266
— — après salvarsan, par Gennerich. 266
— d'après les données nouvelles, par Schleicher. 266
— — , par Benario. 267
— — , par Hardrat. 267
— — , un cas singulier, par Lesser. 267
— Superinfection chez un syphitique tertiaire, par Forns. . 268
— — à la suite d'un traitement mercuriel prolongé et de trois séries de néosalvarsan, par Renault.. 268
— A propos d'un cas remarquable

de pseudo-réinfection syphilitique, par Cassar.. . . . 376
Réinfection, immunité et traitement, par Smith. 591
— et superinfection, par Martinotti.. 591
Sang. Rénovation sanguine déterminée par l'arsénothérapie. Sang veineux rouge. Hyperglobulie. Hyperrésistance, par M. P. Weill et Guénot. . . 207
— Contenu en amino-acides, par Ellis, Cullen et Van Slyke. . 589
Sérum et salvarsan, par Stühmer. 207
Suivant les pays. Note sur la diffusion de la syphilis dans la région toulousaine pendant deux années de guerre, par Audry. 419
— Première apparition de la syphilis en Pologne, par Grossek. 499
— La syphilis dans le Rif, par Lambea. 499
Surrénales. Surrénalite aiguë dans le cours d'une syphilis secondaire et à la suite d'un érythème polymorphe, par Blum. 488
Syphilide pigmentaire, par Sanz de Grado. 476
— et mélanodermie syphilitique, par Govisa.. 476
Syphilides palmaires de type corné datant de six ans guéries en six semaines par l'arsénobenzol, par Queyrat. . 440
— papuleuses non modifiées par le 606, par Giroux et Patte. 441
— ulcéro-serpigineuses du gland rebelles au néosolvarsan, guérie par le mercure, par Bolina. 441
— papulo-acnéiforme folliculaire à caractère spinuleux, par Sainz de Aja. 477
— Atrophie maculaire consécutive à une éruption syphilitique, par Adamson. 477
— tertiaire ano-rectale et vulvaire, par Vignoli-Lutati. . 478
— Syphilis précoce et maligne, par J. de Azua. 478
— Syphilis rupioïde, par Rabello. 478
— Syphilis ulcéreuse généralisée, par Machado. 479
Syphilides. Syphilis tertiaire phagédénique, par Sainz de Aja et Artaldi. 479
— zoniformes, par Gaucher, Bizard et Bralez. 479
Syphilis héréditaire. *Adénopathies scrofuloïdes,* par Vignolo-Lutati. 593
— *Chorée* et réaction de Wassermann, par Comby. 427
— *Dent de Hutchinson* unilatérale, par Audry. 45
— *Érythème noueux* chez une hérédo-syphilitique, par Vahram. 531
— *Hémiplégie infantile,* par Babonneix et Tixier. 427
— *Hérédité paternelle* exclusive, exclusive, par Gaucher. . . 430
— — Syphilis héréditaire d'origine paternelle à la troisième génération, par Gaucher. . 593
— *ignorée,* par Sabouraud. . . 594
— *Intestin* des hérédo-syphilitiques, par Gaucher. 429
— *Loi de Profeta* et salvarsan, par Ravogli.. 429
— *Maladie bleue* d'origine syphilitique, par Jeanselme. . . 427
— *Maladie de Parrot,* radiographie, par Lombard et Viallet. 428
— *Paraplégie spasmodique* chez les grands enfants, par Marfan. 102
— *Syphilis acquise* par les hérédo-syphilitiques et questions diverses, par Sabouraud. . . 589
— *Syphilis congénitale* 20 ans après l'infection de la mère, par Boas. 427
— *Syphilis héréditaire tardive,* par Vital-Badin. 428
— — régionale tertiaire d'emblée et résistant au traitement, par Sainz de Aja. . . 428
— *Syphilis héréditaire virulente* vingt ans après la syphilis de la mère, par Gaucher, Bizard, Bralez et Delcamp. 430
— *Syphilis nerveuse,* par Babonneix 592
— — Méfaits de l'hérédo-syphilis tardive sur le système ner-

veux. Sclérose ou plaques, chorée des femmes enceintes, par Dufour. 593
Syphilis héréditaire. *Syphilis osseuse* héréditaire tardive, par Vital-Badin. 428
— *Traitement* par une combinaison de mercure et de salvarsan, par Hoffmann. . . . 201
— — par des injections de néo-salvarsan dans les veines jugulaires, par Blechmann . 201
— — Avantages du traitement arséno-mercuriel pour le fœtus, par Heden. 429
Syphilis ignorée. Syphilis latente des Arabes, par Sicard, Lévy-Valensi. 482
— Voies d'entrée, par Leduc et Pied. 481
— , diagnostic et traitement, par Pinard. 483
— Syphilis héréditaire qu'on ignore, par Sabouraud.. . . 594
Syphilis maligne et précoce, par J. de Azua. 478
— rupioïde, par Rabello. . . . 478
Syphilis méconnue. Lésions opérées comme cancers ou tuberculoses locales, par Gaucher. 481
— Syphilis avant la guerre ; méconnaissance de son extrême fréquence, par Landouzy. . 482
— Fréquence. La plupart des ulcères de jambe, nombre de tumeurs, d'arthrites, d'orchites, de plaies rebelles, sont syphilitiques, par Chaput. . 483
Syphilis post-conceptionnelle. Influence du traitement sur la femme enceinte syphilitique, par Covisa. . 105
Syphilis tertiaire. Réinfection, par J. de Azua. 265
— Superinfection par Forns. . 268
— Cas d'hérédo-syphilis tardive, tertiaire d'emblée, par Sainz de Aja. 428
— phagédénique. Traitement par le salvarsan, par Sainz de Aja et Artaldi. 479
Syphilis ulcéreuse, par J. de Azua.. 478
Syphilis ulcéreuse, par Rabello.. 478
— généralisée, par Machado. . . 479
— Syphilis tertiaire phagédénique, par Sainz de Aja et Artaldi.. 479
Système nerveux. *Aliénation mentale.* Fréquence de la syphilis chez les pensionnaires de l'asile du gouvernement, par Vedder et Hough. . . . 497
— *Amyotrophie progressive Aran-Duchenne* d'origine syphilitique, par Souques, Baudouin et Lantuéjoul.. 492
— *Céphalée* ophtalmoplégique, par Poulard. 491
— *Chorée* et réaction de Wassermann, par Comby. 427
— — des hérédo-syphilitiques, par Dufour. 593
— *Délire halluciné* des syphilitiques, par Plaut. 100
— *Hémiplégie infantile* chez un hérédo-syphilitique par Babonneix et Tixier. 427
— *Méningite syphilitique* avec paralysie labio-glosso-laryngée pseudo-bulbaire, par de Massary et Chatelin. . . . 100
— — et réactions méningées des syphilitiques, par Lavergne. 592
— *Nerf optique.* Le traitement intra-crânien des affections syphilitiques et parasyphilitiques du —, par Schœnberg. 497
— *Paralysie bulbaire* transitoire, par de Massary et Chatelain. 100
— — Rire et pleurs spasmodiques, par Dufour et Thiers. 100
— *Paralysie générale.* Recherches sur la —. Évolution de 4134 cas de syphilis. Leur sort ultérieur, par Mattanschek et Pilcz.. 101
— — chez l'enfant, par Leroux et Weinzweig.. 102
— — Traitement selon la méthode de van Wagner. 103
— — Résultats de la méthode de Swift-Ellis, par Meyerson. . 104
— — Injections intrarachidiennes de sérum salvarsanisé, par Pilsburg. 104

Système nerveux. *Paralysie générale.* Traitement par les injections intra-rachidiennes de sérum salvarsanisé, par Hough. 218
— — — , par Marinesco et Minea. 218
— — — par la méthode de Swift-Ellis, par Eskucren. . . . 219
— — Traitement par le salvarsan, par Runge. 219
— — Quelle est la forme de la syphilis aboutissant le plus souvent à la —, par Collin. . 494
— — Trépanation et injection de sérum salvarsanisé, par Delépine et Sablé. 494
— — Nécessité d'un traitement mercuriel très prolongé dans la —, par Gaucher. 495
— — Injections intraventriculaires de sérum salvarsanisé, par Knapp. 495
— *Paralysie radiale* à type de paralysie saturnine, par de Massary, Boudon et Chatelin. 99
— — et syphilis, par Baudoin et Marcorelles. 100
— *Paraplégie spasmodique* hérédo-syphilitique, par Marfan. . 102
— — *type Erb*, par Gimeno. . . 492
— *Sclérose en plaques* des hérédo-syphilitiques, par Dufour. . 593
— *Syndrome de Millard-Gubler* récidive nerveuse syphilitique, par Covisa 492
— *Syphilis nerveuse.* Traitement intensif contrôlé par des examens du liquide céphalo-rachidien, par Brem. . . . 102
— — Traitement par les injections intraveineuses de salvarsan, par Spooner. . . . 103
— — Méthodes modernes de traitement, par Sachs, Strauss et Kaliski. 104
— — — , par Oppenheim. . . . 104
— — Autosérothérapie du salvarsan, par Mac Gaskey. . . . 218
— — Injections intrarachidiennes de sérum salvarsanisé, par Hough. 218
— — Application de la méthode de Swift-Ellis, par Eskuchen. 219
— — Traitement par le salvarsan, par Iwaschenzoff. . . 219
Système nerveux. *Syphilis nerveuse.* Traitement par le salvarsan, par Dreyfus. . . . 220
— — La thérapeutique intrarachidienne ; étude critique, par Marcorelles. 299
— — , par Fordyce. 490
— — Envahissement du système nerveux pendant la première période de la syphilis, par Wile et Stokes. 490
— — Les symptômes nerveux dans la syphilis récente, par Leopold. 491
— — Méningite corticale et néphrite mercurielle thérapeutique grave, par Sainz de Aja. 493
— — Examens du sang et du liquide céphalo-rachidien par Fischer. 493
— — Syphilis avec symptomes nerveux simulant d'autres affections, par Haller et Walker. 494
— — La séreuse sous-arachnoïdienne en regard de la syphilis. Influence du traitement salvarsanique, par Dind. . . 495
— — , traitement par les injections intra-rachidiennes de sérum salvarsanisé, par Rytina et Judd. 496
— — , traitement par le cyanure de mercure, par Sanz de Grado. . 496
— — , traitement par les injections intra-rachidiennes de sérum mercurialisé, par Byrnes. 496
— — Méthode simplifiée pour les injections intra-méningées de néosalvarsan, par Warfield. 496
— — dans l'hérédo-syphilis, par Babonneix. 592
— — *Tabes.* Hémorragie du corps vitré consécutive à une injection d'arsénobenzol, par Audry. 131
— — Injections intra-rachidiennes de sérum salvarsanisé, par Hough. 218
— — — , par Marinesco et Minea. 218
— — — , par Eskuchen. . . . 219
— — Traitement par le salvarsan, par Iwaschenzoff. . . . 219

Système nerveux. *Tabes.* Traitement par le salvarsan, par Dreyfus. 220
Ulcères de jambe de nature syphilitique, par Chaput. . 483
Urèthre. Chancre de l'urèthre et blennorrhagie, par Brault et Montpellier. 268
— Traitement des rétrécissements uréthraux graves dans la syphilis, par Goldberg. . . . 489
Vaisseaux sanguins. Gangrène du pied par artérite oblitérante syphilitique, par Forns. 272
— Endopériphlébite syphilitique secondaire, par Saínz de Aja. 273
— Phlegmatia alba dolens syphilitique secondaire, par Druelle et Blum. 484

B. — ÉTUDE BIOLOGIQUE.

Amino-acides dans le sang et le liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques et les non syphilitiques, par Ellis, Cullen et Van Slyke. . . . 589
Anaphylaxie dans la syphilis, par Bouveyron. 475
Anticorps dans le sérum des syphilitiques, par Porcelli-Tittone. 588
Biologie de la syphilis, par Mac Donagh. 499
Collargol. Influence des injections intraveineuses de — sur la réaction de Wassermann, par Picado. 590
Cuti-réaction à la luétine négative chez les lépreux présentant la réaction de Wassermann, par Clegz. . . . 48
— dans la syphilis, remarques sur la pallidine, par Klausner. 99
— de Noguchi, par Nanu-Muscel, Alexandrescu - Derscha et Friedmann. 264
— Application pratique de la luétine-réaction, par Noguchi. 265
— Valeur comparée de la réaction à la luétine et de la réaction de Wassermann dans la syphilis héréditaire, par Blechmann, Delort et Tulasne. 589
Examens du liquide céphalo-rachidien pour contrôler le traitement de la syphilis nerveuse, par Brem. 102
— Valeur dans le diagnostic de la syphilis nerveuse, par Fischer. 493
Radium en injections intraveineuses modificateur des réactions de Wassermann irréductibles, par Ayres. . . 588
Réaction de Landau. Un nouveau procédé de diagnostic de la syphilis, par Landau. 264
Séro-réaction. Réaction de Wassermann dans la syphilis; ses modifications, par Burzi. . . 98
— Valeur de la réaction d'Hermann-Perutz et de Popoff, par Stern. 98
— Réaction de Wassermann pour contrôler le traitement de la syphilis nerveuse, par Brem. 102
— Réaction de Wassermann dans la lèpre, par Peyri. 147
— Réaction de Wassermann dans une syphilis ayant débuté par un chancre gangreneux, par Andersen. 261
— Syphilis ignorée, valeur de la réaction de Wassermann, par Covisa. 261
— Preuve de provocation dans la syphilis, par Sainz de Aja. 261
— Valeur de la réaction de Wassermann dans la syphilis du système nerveux, par Weisenburg. 262
— Thérapeutique de la syphilis et réaction de Wassermann, par Grosz et Volk. 263
— Traitement de la syphilis et réaction de Wassermann, par Fuchs. 263
— Part de la syphilis dans l'étiologie des maladies viscérales jugée par la réaction de Wassermann, par Gouget. . . . 264
— Réinfection d'un syphilitique tertiaire avec réaction de Wassermann positive, par J. de Azua. 265

Séro-réaction dans la chorée, par Comby. 427
— Réactions de Wassermann spontanément tardives, par Gougerot.. 473
— Une sensibilisatrice syphilitique thermolabile. Modification de la technique de la réaction de Wassermann, par Busila. 473
— Syphilis latente des Arabes. Réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien, par Sicard Lévy-Valensi. 482
— Sa valeur dans le diagnostic de la syphilis nerveuse, par Fisher. 493
— Injections intra-veineuses de radium et réaction de Wassermann irréductibles, par Ayres. 588
— dans 251 cas de tuberculose, par Jones. 589
— et réaction à la luétine dans la syphilis héréditaire, par Blechmann, Tulasne et Delort. 589
— dans la syphilis héréditaire, par Sabouraud. 589
— Questions à l'étude, par Sabouraud. 589
— Influence des injections intra-veineuses de collargol sur la réaction de Wassermann, par Picado. 590
— Procédé simplifié ; préparation de l'antigène, par Latapie. . 590
— Réactivation de la réaction de Wassermann au moyen des injections de soufre-mercure, par Bergeron et Jouffray. . 590
Soufre-mercure. Injections de
— pour la réactivation de la réaction de Wassermann, par Bergeron et Jouffray. . . . 590
Tuberculose et réaction de Wassermann, par Jones. . . . 589

C. — ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE ET EXPÉRIMENTALE.

Bactériologie. Notions sur la parasitologie de la syphilis, par Pasini. 56
Bactériologie. Le leucocytozoon de la syphilis, par Peyri Rocamora.. . . . . 473, 588
— Évolution du leucocytozoon, par Mac Donagh.. 499
Classification du spirochète. Le cycle évolutif des spirochètes les classe-t-il dans les végétaux ou dans les protozoaires ? par Meirowsky. . . 260
Coloration du spirochète. Nouvelle méthode par del Rio y Hortega. 260
— Coloration vitale et ses déductions biologiques, par Anschütz. 260
Inoculation de la syphilis. Résultats de l'inoculation de sang et d'autres liquides syphilitiques dans le testicule du lapin, par Graetz. . . . 259
— Utilisation pratique de l'inoculation de la syphilis au lapin, par Arzt et Kerl. 259

D. — ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE.

Accidents de l'arsénothérapie. Nouveau cas de mort consécutif à l'administration de l'arsénobenzol, par Gouchan. 43
— Hémorrhagie du corps vitré consécutive à une injection de novarsénobenzol chez un tabétique, par Audry. . . . 131
— Cas de mort par le néosalvarsan, par Hagerty. 209
— Mort à la suite de deux injections de néosalvarsan, par Joltrain. 209
— Mort par encéphalite aiguë, Kohrs. 210
— Cas de mort, par Neumayer. . 210
— Mort par intoxication arsenicale aiguë chez un non-syphilitique traité par le salvarsan, par Sube. 211
— Critique du travail où Mentberger a réuni les cas de mort par le salvarsan et le néosalvarsan, par Benario. . . . 211
— Deux cas de mort et leur cause, par Schmitt. 211
— Mort après une injection de

néosalvarsan à forte concentration, par Morawski. . . 211
Accidents de l'arsénothérapie. Graves complications après une injection intrarachidienne de néosalvarsan, par Gordon. 212
— Encéphalite aiguë après néosalvarsan, par Agustina. . 212
— Névrite syphilitique après salvarsan, par Gimeno. . . . 212
— Paralysies arsenicales, par Obermiller.. 213
— Action du 606 sur les yeux ; sept cas de complications graves consécutives à son emploi, par Mac Adams. . . 213
— Pathogénie des lésions oculaires et auditives après emploi du néosalvarsan, par Terrien et Prélat. 213
— Grave éruption consécutive au néosalvarsan, par Thomas et Moorhead. 214
— Altérations du foie par le salvarsan, par Henrischsdorff. 214
— Ictères toxiques, par Dujardin. 214
— Nephrite et cystite hémorragiques après néosalvarsan, par Nanta. 214
— Accidents graves épileptiformes et délirants dus au salvarsan, par Langevin. 435
Accidents du traitement mercuriel. Hémorragies multiples après l'injection de calomel, par di Favento. . . . 432
— Cas de mort par l'huile grise, par Covisa.. 432
— — , par Sainz de Aja. . . . 433
— — , par Gaucher. 433
— Intolérance mercurielle, par Viquez. 434
— Grippe mercurielle et autres formes d'intolérance, par Sainz de Aja. 434
— Intoxication mortelle après injection de mercuriol, par Löhe. 435
— Néphrite mercurielle grave dans un cas de syphilis nerveuse, par Sainz de Aja. . . 493
— Intoxication mercurielle aiguë de cause médicale, par Levo. 596
Anémies transitoires au cours du traitement par le néosalvarsan, par Langevin, Brulé et Marie. 595
Antimoine. Action des préparations organiques d'— dans les spirochétoses et les trypanosomiases, par Hugel. . . 437
Autosérothérapie du salvarsan dans la syphilis du système nerveux, par Mac Caskey. . 218
Benzoate de mercure en injections intra-veineuses, par Bizard et Mlle Klein. . . . 432
Calomel. Hémorragies multiples après injection de —, par Di Favento. 432
Contraluésine comme abortif de la syphilis, par Klausner. 217
Cyanure de mercure dans la syphilis nerveuse, par Sanz de Grado. 496
Cyanure d'or et de potassium dans la syphilis, par J. de Azua. 153
Frictions mercurielles résorption du mercure, par Boruthau. 431
Galyl dans la syphilis, par Covisa. 437
— en faibles doses quotidiennes, par Labbé et Gendron. . . 594
Généralités. Notions fondamentales sur la thérapeutique de la syphilis, par Pasini. . . 56
— Contrôle du traitement de la syphilis nerveuse, par Brem. 102
— Syphilis post-conceptionnelle. Influence du traitement sur la femme enceinte syphilitique, par Covisa. 105
— Progrès de la syphilothérapie, par Citron. 204
— Traitements modernes de la syphilis récente, par Bodländer. 205
— Données fondamentales du traitement de la syphilis, par Blaschko. 205
— Traitement de la syphilis du système nerveux et réaction de Wassermann, par Weisenburg.. 262
— Thérapeutique de la syphilis

et réaction de Wassermann, par Grosz et Volk. 263
Généralités, par Fuchs. . . . 263
— Comment on traite actuellement la syphilis en France, par Carle et Carrère. . . . 277
— Traitement de la syphilis aux armées, par Pasini. . . . 385
— — , par Bodin. 386
— Comment traiter la syphilis ? Mercure, 606, 914 ou 1116, par Petrini 438
— Traitement rationnel de la syphilis, par Jeanselme. . . . 438
— Rôle des dispensaires dans la lutte contre la syphilis, par Jeanselme. 439
— Traitement précoce, par Sachs. 439
— Cure de retouche ou de vernissement des syphilitiques, par Peyri.. 442
— Diversité actuelle des traitements de la syphilis, par Hudelo. 594
Généralités de l'arsénothérapie. Arsénobenzol dans la syphilis nerveuse, par Brem. 102
— — — , par Spooner. 103
— Traitement de la syphilis nerveuse, par Sachs, Strauss et Kaliski. 104
— — , par Oppenheim. 104
— Action thérapeutique du salvarsan, par Eliasberg. . . . 204
— Récidives de la syphilis traitée par les arsenicaux, par Audry. 205
— Rénovation sanguine, par M. P. Weil et Guénot. 207
— Dépôts intra musculaires de salvarsan, par Schmitt. . . . 208
— Le salvarsan et la loi de Profeta, par Ravogli. 429
— Action du salvarsan sur le fœtus, par Heden. 429
— Précocité des accidents nerveux syphilitiques graves après le traitement par le 606, par Gaucher. 441
— Injections quotidiennes de néosalvarsan à faible dose, par Labbé et Gendron. . . 594
— Anémies transitoires au cours du traitement par le néosalvarsan, par Langevin, Brulé et Marie. 595
Généralités de l'arsénothérapie. Traitement par l'arsénobenzol de la néphrite syphilitique, par Filadoro. . . . 596
— Étude expérimentale et clinique des arsénobenzols japonais, par Dohi, Nakano et Kambayushi. 596
Huile de dioxydiamidoarsénobenzol à 40 pour 100, par Schindler. 200
Huile grise. Cas de mort par l'—, par Covisa. 432
— — , par Sainz de Aja. . . . 433
— — , par Gaucher.. 433
— — , par Löhe. 435
Imamicol, propriétés et action thérapeutique, par Ito, Mitsusaki et Kurakowa. . . . 594
Injections mercurielles insolubles, étude des excipients, par Sainz de Aja. 432
Luargol, par Milian. 436
Mercure en injections intrarachidiennes, réactions consécutives, par Culberton et Slaght. 497
Mercuronucléïnate de soude dans la syphilis secondaire, par Almkvist. 431
Mode d'action des arsénobenzols dans le traitement de la syphilis, par Schreiber. 205
— Élaboration du salvarsan et du néosalvarsan dans l'organisme, par Riebes. 206
— Sort de l'arsenic après injection de salvarsan, par Schübel. 206
— Sérum et salvarsan, par Stühmer. 207
— Rénovation sanguine, par M. P. Weill et Guénot.. . . . 207
— Sort du salvarsan injecté dans les muscles et sous la peau, par Takahashi. 207
— Dépôts intramusculaires de salvarsan ; examen par les rayons X, par Schmitt. . . 208
— Topographie du salvarsan et du néosalvarsan, par Stühmer. 208
— Modifications du liquide céphalo-rachidien après injec-

tion de néosalvarsan, par Engman, Bulman, Gorham et Davis. 208
Mode d'action des arséno-benzols, par Biach et Kahler. 209
— Résistance des territoires à spirochètes en présence du salvarsan, par Wechselmann et Arnheim. 209
Neurofixations, par Mallein, Tzanck et Kermorgant. . . 570
Neurorécidives après les traitements modernes de la syphilis, par Werther. 217
— Précocité des accidents nerveux syphilitiques graves après le 606, par Gaucher. 441
— Syndrome de Millard-Gubler, par Covisa.. 492
Oxycyanure de mercure en injections intraveineuses, action sur les processus syphilitiques, par Fischl et Huht. 431
Récidives de la syphilis traitée par les arsenicaux, par Audry. 205
— Possibilité de — des infiltrats locaux de spirochètes malgré le traitement combiné par le mercure et le salvarsan, par Fischl. 440
— Récidive nerveuse syphilitique. Syndrome de Millard-Gubler, par Covisa. 492
Résultats de l'arsénothérapie. Hémorragie du corps vitré consécutive à une injection de novarsénobenzol, par Audry. 131
— Arsénobenzol. Mise au point, par Carle. 202
— Résultats et indications, par Verrotti. 203
— Traitement par le salvarsan seul, par Wechselmann. . . 203
— à l'hôpital de la marine, par Gennerich. 204
— par le néosalvarsan à l'hôpital du dey, par Bercher. . . . 204
— Action thérapeutique du salvarsan, par Eliasberg. . . . 204
— Sérum salvarsanisé dans la syphilis du système nerveux, par Mac Caskey. 218
Résultats de l'arsénothérapie, par Hough.. 218
— — , par Marinesco et Minea. 218
par Eskuchen.. 219
— Salvarsan dans la paralysie générale, par Runge. . . . 219
— — dans la syphilis du système nerveux central, par Iwaschenzoff. 219
— — , par Dreyfus. 220
— Cinq ans de pratique de la médication par l'arsénobenzol, par Sainz de Aja et Serrano. 436
— Syphilide palmaire datant de 6 ans guérie en 6 semaines par l'arsénobenzol, par Queyrat. 440
— Syphilides rebelles au salvarsan, par Giroux et Patte. . 441
— — , par Bolina. 441
— Traitement par le salvarsan d'une syphilis tertiaire phagédénique, par Sainz de Aja et Artaldi. 479
— Remarques sur le diagnostic et le traitement des accidents syphilitiques, par Pinard. . 483
— Aphtes récidivantes de la bouche ; traitement par le néosalvarsan, par Sainz de Aja. 485
— Étude radiographique d'une gomme du foie. Sa régression progressive sous l'influence du traitement, par Queyrat. 487
— Diabète insipide amélioré par le traitement, par Laignel-Lavastine. 488
— La séreuse sous-arachnoïdienne au regard de la syphilis. Influence du traitement salvarsanique, par Dind. . 495
Sérum mercurialisé en injections intra-rachidiennes dans la syphilis nerveuse, par Byrns. 496
— Réactions consécutives aux injections intra-rachidiennes de —, par Culberton et Slaght. 497
Sérum salvarsanisé en injections intra-rachidiennes dans la paralysie générale, par Meyerson. 404

Sérum salvarsanisé, par Pilsbury. 104
— en injections intra-rachidiennes dans la syphilis du système nerveux, par Mac Caskey. 218
— — , par Hough.. 218
— — , par Marinesco et Minea. 218
— — , par Eskuchen. 219
— — dans la syphilis nerveuse, par Marcorelles. 299
— Trépanation et injection de — dans la paralysie générale, par Delépine et Sablé. . . 494
— en injections intraventriculaires dans la paralysie générale, par Knapp. 495
— en injections intrarachidiennes dans la syphilis cérébro-spinale, par Rytina et Judd. 496
Sublimé en injections intraveineuses, son action sur les processus syphilitiques, par Fishl et Huht. 431
Technique de l'arsénothérapie. Néosalvarsan et eau distillée, par Richaud et Gastaldi.. 201
— Question de l'altération de l'eau, par Wechselmann. . 201
— *Administration par entéroclyse* du salvarsan et du néosalvarsan, par Oulmann et Hollheim. 201
— *Injections* quotidiennes d'une faible dose de néosalvarsan ou de galyl, par Labbé et Gendron.. 594
— *Injections intraméningées* de néosalvarsan dans la syphilis du système nerveux, par Warfield. 496
— *Injections intra-musculaires* avec une huile à 40 pour 100 de 606 par Schindler. 200
— — d'une combinaison de mercure et de salvarsan dans la syphilis congénitale, par Hoffmann. 201
— *Injections intra-rachidiennes* de sérum salvarsanisé dans la paralysie générale, par Myerson. 104
— — — , par Pilsbury. . . . 104
— — de sérum salvarsanisé dans la syphilis du système nerveux, par Mac Caskey. . . 218
Technique de l'arsénothérapie. *Injections intrarachidiennes* de sérum salvarsanisé dans la syphilis du système nerveux, par Hough. . . . 218
— — — , par Marinesco et Minea. 218
— — — , par Eskuchen.. . . . 219
— — — , par Marcorelles.. . . 299
— — — , par Rytina et Judd.. . 496
— *Injections intraveineuses* de salsan dans la syphilis nerveuse, par Spooner. . . . 103
— — de salvarsan concentrée, par Joseph.. 199
— — — , par Dreyfus. . . . 199
— — de néosalvarsan en solution concentrée, par Katz. . . . 199
— — — , par Kerl. 199
— — Titrage des solutions de néosalvarsan, par Sainz de Aja. 199
— — Solutions concentrées, par Habermann.. 200
— — Nouvelle seringue, par Fontana. 200
— — par les veines jugulaires et épicraniennes chez les nourrisons hérédo-syphilitiques, par Blechmann. 201
— — Simplification de la technique des injections intra-veineuses concentrées d'arsénobenzol, par Ravaut. . . . 435
— — Technique des injections intraveineuses, par Simon. . . 437
— *Injections de sérum salvarsanisé après trépanation* dans la paralysie générale, par Delépine et Sablé. 494
— *Injections intraventriculaires* de sérum salvarsanisé dans la paralysie générale, par Knapp. 495
— *Injections sous-cutanées* de néosalvarsan, technique et action, par Wechselmann et Eicke. . 200
— *Traitement intra-crânien* des affections syphilitiques et parasyphilitiques du nerf optique, par Schoenberg. . 497
Traitement abortif de la syphilis, par Zurn. 215
— , par Frühwald. 215

Traitement abortif de la syphilis, par Lier. 215
— , par Kerl. 215
— Abortion de la syphilis par la salvarsanothérapie, par Mullern-Aspegren. 216
— , par Guiard. 216
— La contraluésine comme abortif, par Klausner. 217
— Traitement abortif et récidives, par Werther. . . . 217
— — , par Saphier. 217
Traitement combiné arséno-mercuriel dans la syphilis congénitale, par Hoffmann. 201
— Action sur le fœtus, par Heden. 429
— Possibilité de récidives des infiltrats locaux de spirochètes malgré le traitement combiné, par Fischl. 440
Traitement mercuriel. Sur l'évolution de la syphilis traitée au début par le mercure, par Schreiber. . . . 431
— Pour augmenter la tolérance et l'efficacité du —, par Bouveyron. 431
Traitement mercuriel. Action des injections intra-veineuses de sublimé et d'oxycyanure de mercure, par Fischl et Huht. 431
— Sur la résorption du mercure dans la cure des frictions, par Boruthau. 431
— Mercuro-nucléinate de soude dans la syphilis secondaire, par Almkvist. 431
— Injections intra-veineuses de benzoate de mercure, par Bizard et Mlle Klein. . . . 432
— Excipients pour injections mercurielles insolubles, par Sainz de Aja. 432
— Nécessité d'un — prolongé dans la paralysie générale, par Gaucher. 495
Traitement mixte iodo-mercuriel. Syphilide ulcéro-serpigneuse du gland rebelle au néosalvarsan guérie par le —, par Bolina. 441

Le Gérant: Pierre Auger.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.