Bibliothèque numérique
medic@

Annales de dermatologie et de syphiligraphie

7ème série, tome III. - Paris : Masson, 1932.
Cote : 90153

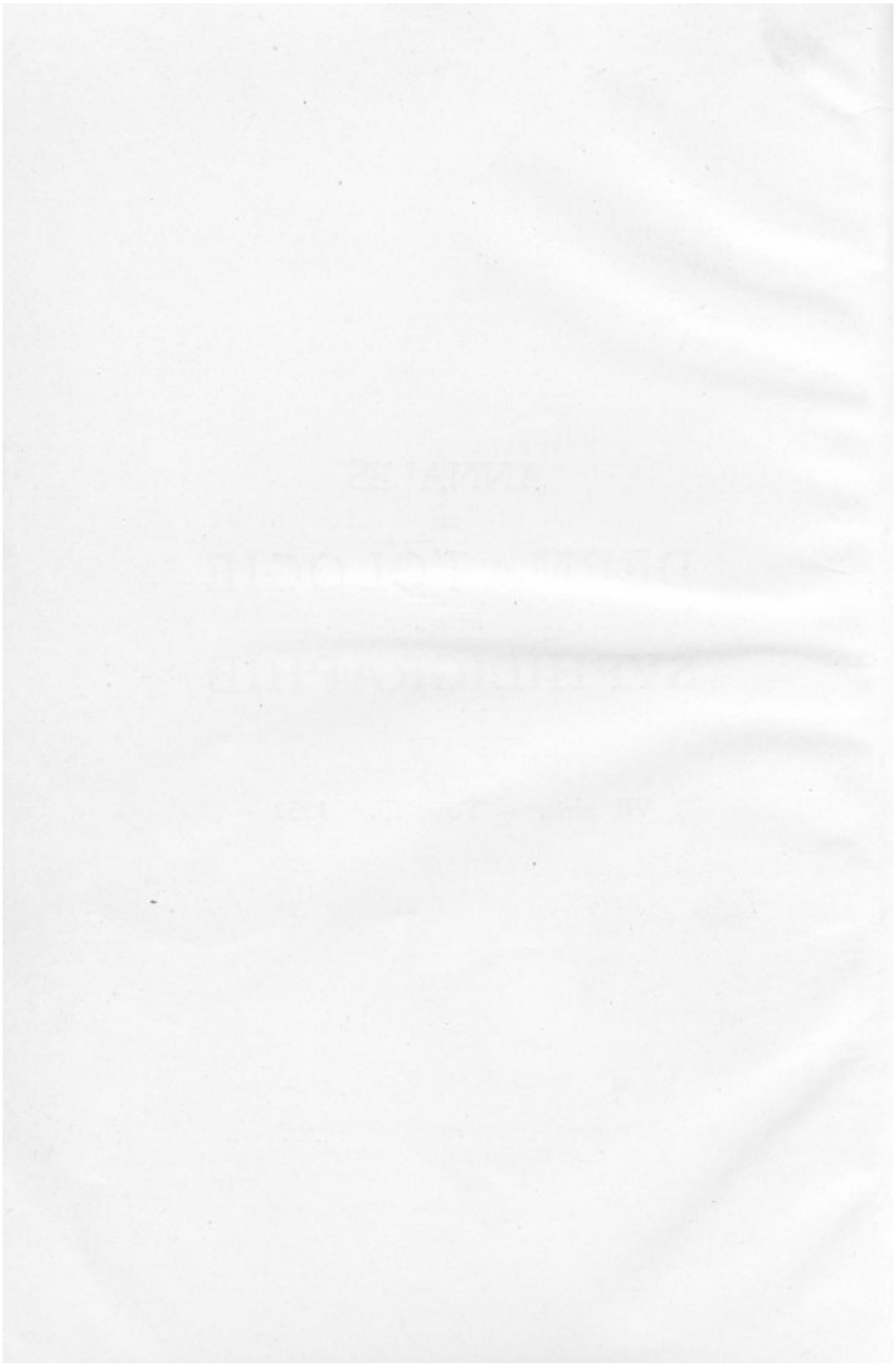
PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90153x1932

90153

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

VII[e] série. — Tome III.— 1932



ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

SEPTIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

CH. AUDRY (Toulouse) — CIVATTE (Paris) — J. DARIER (Paris)
W. DUBREUILH (Bordeaux) — FAVRE (Lyon) — HUDELO (Paris)
E. JEANSELME (Paris) — NANTA (Toulouse) — J. NICOLAS (Lyon)
PAUTRIER (Strasbourg) — PETGES (Bordeaux) — P. RAVAUT (Paris)
R. SABOURAUD (Paris) - A. SÉZARY (Paris) - SPILLMANN (Nancy)

ET

SIMON (CLÉMENT) (Paris)
RÉDACTEUR EN CHEF

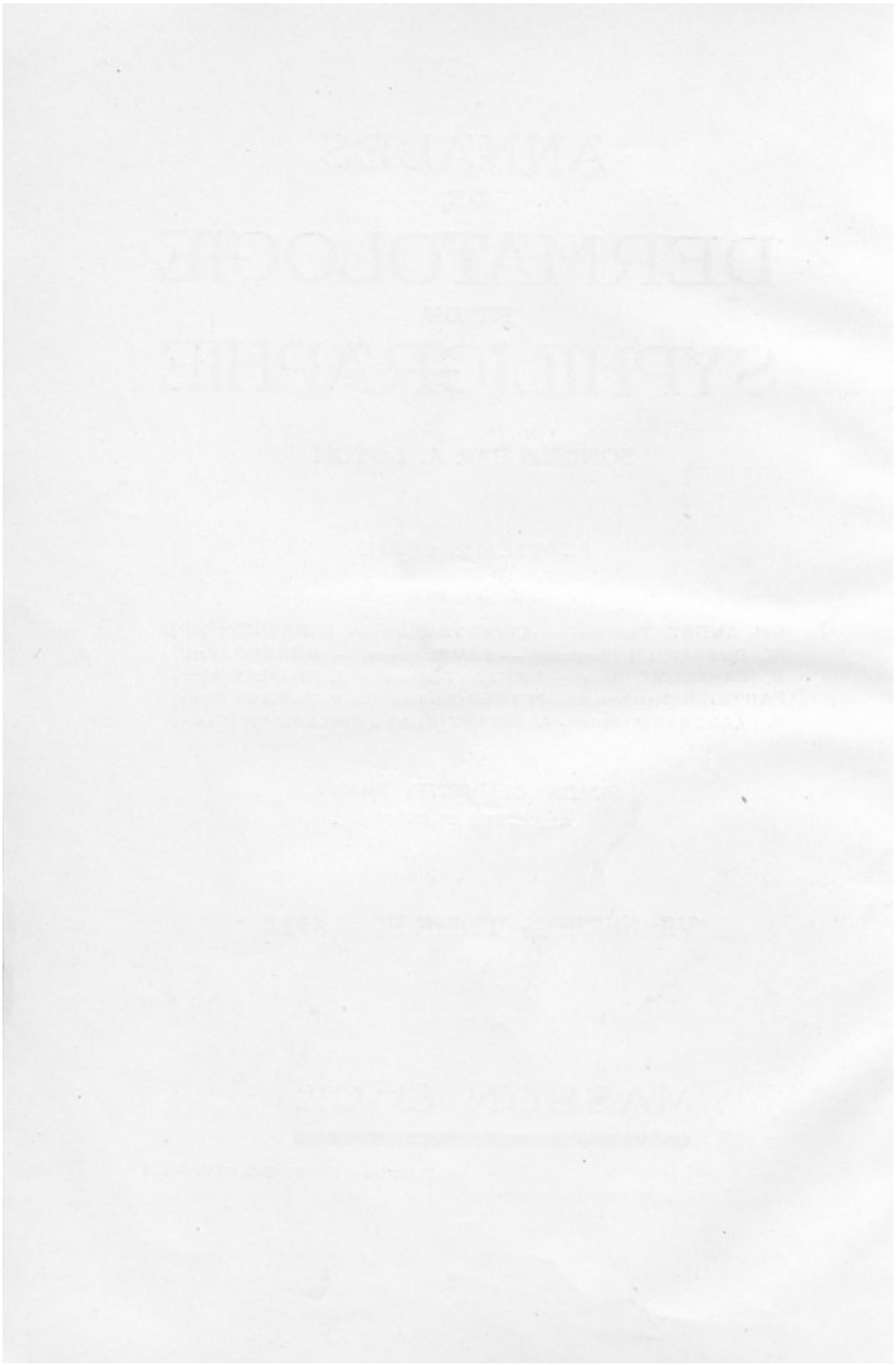


VII[e] SÉRIE — TOME III — 1932

90153

MASSON & Cie

PUBLICATION PÉRIODIQUE MENSUELLE





DERMATITE BULLEUSE STRIÉE, CONSÉCUTIVE AUX BAINS DE SOLEIL DANS LES PRÉS

(DERMATITIS BULLOSA STRIATA PRATENSIS)

Par le professeur-docteur M. OPPENHEIM,
(Travail du Service de dermatologie et de vénéréologie de l'hôpital Wilhelmine, de Vienne, dirigé par le professeur-docteur M. Oppenheim).

Dans la séance du 26 octobre 1926 de la Société viennoise de dermatologie, j'ai décrit pour la première fois une affection cutanée nouvelle, qui, le plus souvent, se déclare consécutivement aux bains pris en plein air dans les piscines publiques, dans les cours d'eau et suivis de repos allongé dans les prés avoisinants, ou y attenant. Cette communication fut le point de départ d'une série de publications où l'on décrivait la même affection, en en recherchant la cause, mais sans rien apporter de nouveau à la clinique des phénomènes.

Voici l'énumération, dans l'ordre chronologique, des auteurs qui s'en sont occupés : Oppenheim, 26 octobre 1926, et résumé dans le *Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechskr.*, XXII, 1927 ; Hartmann et Briel, *Dermat. Zeitschrit.*, n° 50, p. 205 ; Siemens, *Dermat. Wochenschr.*, LXXXV, 1927, p. 1577 ; Fœrtig, *Ibid.*, LXXXVI, 1928, p. 538 ; Oppenheim et Fessler, *Ibid.*, LXXXVI, 1928, p. 183 ; Rock, *Ibid.*, LXXXVI, 1928, p. 188 ; Philadelphy, *Wien. klin. Woch.*, 1928, n° 3 ; Marx, *Dermat. Zeitschr.*, LI, p. 345 ; Siemens, *Dermat. Wochenschr.*, LXXXVI, p. 627 ; Touton, *Ibid.*, p. 1931 ; Oppenheim et Fessler, *Dermat. Zeitschr.*, 1929, p. 191 ; Siemens, *München. med. Wochenschr.*, 1929, p. 149 ; Gans, *Deut. med. Wochenschr.*, 1929, p. 1213 ; Heye, *Ibid.*, p. 1723 ; Fessler, *Dermat. Zeitschr.*, LVI, 1929, p. 260 ; Philadelphy, *Dermat. Wochenschr.*, n° 20, 1931, p. 713.

La figure 1 présente fort bien les caractéristiques de cette affection. La période d'incubation est de 24 à 48 heures. Il se produit alors, sous forte démangeaison, un exanthème constitué par des taches et des stries rouge vif où se voient le plus souvent des bulles claires pouvant atteindre jusqu'à la grosseur d'un marron et d'ordinaire disposées en long. On n'observe cette éruption qu'aux parties du corps qui ont été en contact direct avec l'herbe. Les régions affectées



Fig. 1. — Ouvrier de 21 ans prend, le 29 juin, un bain dans la Lobau, se couche ensuite dans l'herbe, sur une couverture, où il glisse ; le 30 juin, vives démangeaisons et éruption de l'exanthème.

sont ordinairement celles que ne recouvrait pas le maillot ou le caleçon de bain, c'est-à-dire le plus souvent, le dos et les extrémités ; le ventre, les fesses et la poitrine chez les femmes, en sont exempts. Il n'a pas de symptômes non plus à la paume des mains, à la plante des pieds, ni au cuir chevelu. Différences de gradation à part, le

tableau clinique est toujours le même : taches rouge clair, papules plates et stries rouge clair, minces, assez longues, tantôt parallèles, tantôt se croisant en divers points. Sur ces taches et ces stries s'observent des vésicules et des bulles à revêtement assez dur, contenant de la sérosité claire et ayant la grosseur ou d'une lentille, ou, par suite de confluence, d'un marron. Vésicules et bulles sont ou pleines à éclater ou de consistance flasque, ou bien encore présentent des restes de revêtement de bulle et des croûtes striées sanguinolentes. Leur disposition est caractéristique : elles sont rangées sur la tache arrondie, par petits groupes, à la façon de l'herpès, ou bien allongées, ovales, elles courent le long des stries, ou bien réticulées, elles les suivent. La peau produit l'effet d'être découpée ou grattée à l'aide d'un instrument tranchant, et c'est à ce point que les bulles se développent. L'éruption une fois profonde, continue d'exister, sans donner lieu à de nouvelles productions de taches, de stries et de bulles. La température est le plus souvent normale; ce n'est que dans de rares cas où de larges parties du corps étaient atteintes que j'ai pu observer de légères hausses de température et un léger trouble passager de l'état général. La démangeaison est très vive. Consécutivement à un simple traitement par des onguents doux et indifférents, par la poudre et l'alcool dans le cas de légère formation de vésicules, tous les symptômes disparaissent rapidement, le plus souvent en l'espace de huit jours, et toutes les efflorescences guérissent en laissant notamment à leurs bords, une pigmentation particulièrement prononcée, qu'on peut encore remarquer au bout de quelques mois.

L'examen histologique d'une bulle a révélé de l'œdème, des papilles aplaties, de l'œdème interspinal et de la vacuolisation des cellules réticulaires, la formation de vésicules inter-épithéliales par dégénération réticulisante. Le contenu de la bulle se compose de fibrine et de rares éléments cellulaires. Les cellules basales, sous la vésicule située à peu près au milieu de l'épithélium, sont aplaties par pression et, en partie, déplacées horizontalement; les capillaires de la couche papillaire et sous-papillaire sont dilatés et entourés d'une gaine lâche de cellules rondes. Les vaisseaux lymphatiques sont également dilatés et gainés d'infiltrats de cellules rondes. En somme, c'est le tableau d'une dermatite vésiculeuse aiguë.

Les premiers cas — au nombre d'environ 40 — j'ai pu les obser-

ver à l'époque où, dans le voisinage de notre hôpital, on a ouvert une piscine municipale avec bains de soleil (Ottakring, XVI[e] arrond. de Vienne) et j'ai alors cru que l'affection présentait une certaine analogie avec les dermatites provoquées par des acariens déterminés — certains acariens étant la cause de la dermatite dite de Gaaden et de Schlern (1) — et j'ai alors proposé de désigner l'affection cutanée, nouvelle pour moi, sous le nom de dermatite d'Ottakring. Mais lorsque je n'eus obtenu que des résultats négatifs dans les recherches entreprises pour trouver des acariens (dans les herbes, la terre, l'eau et dans les essais des médecins et des sœurs de notre service de se comporter dans le bain exactement comme les malades), je renonçai à l'idée que des acariens pussent être la cause du mal, et je me mis à la chercher dans les plantes, pensant qu'il s'agissait là peut-être d'un phénomène d'hypersensibilité à l'égard de certaines espèces de plantes. Mes recherches personnelles, ainsi que celles que je fis en collaboration avec mon assistant, le Docteur Fessler, relativement à des plantes déterminées, furent d'abord négatives. Ce n'est qu'en recourant au test cutané fonctionnel (de Jadassohn et Bloch) que Fessler et moi nous réussîmes à obtenir, par l'emploi de combinaisons d'acide silicique (chez 1 patient) un résultat positif (éruptions vésiculeuses, laissant, après guérison, une forte pigmentation analogue à celle du tableau clinique). La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette dermatite d'origine balnéaire incriminent également certaines plantes d'en être la cause. C'est ainsi que Siemens en accuse certaines espèces de carex (herbes des bords de rivière et de marais), plantes à longues feuilles étroites. Philadelphy et Gans croient que c'est l'achillée (*Achillea millefolium*) qui est la cause de l'affection en question ; Heye croit que c'est le panais (*Pastinaca saliva*) que l'on rencontre souvent à l'état d'ivraie. Urbach est d'avis qu'il s'agit là d'une allergie cutanée à l'égard de certains agents physiques (sycomes silicifiés des herbes). Dans son dernier travail, Philadelphy défend la thèse d'après laquelle il existerait, à côté des plantes, encore d'autres facteurs susceptibles d'entrer en jeu dans la production de l'affection : conditions atmosphériques, processus déroulant sur la plante sous l'action de la rosée et du soleil, sueur du corps, souillure des plantes par l'urine, etc., etc.

(1) Stations balnéaires publiques, avec prairies pour bains de soleil.

Il est un autre point intéressant : c'est la variabilité de fréquence de l'affection dans les années écoulées depuis 1926. Cette année-là, nous avons eu dans notre Service, de nombreux cas à soigner. Nous en avons encore eu plusieurs en 1927. Par contre, nous n'en avons observé que deux cas dans l'été de 1928, quelques cas seulement dans l'été de 1929 et dans celui de 1930, et bien que l'été de 1929 eût été particulièrement chaud. En revanche, au printemps de la présente année (1931), nous avons eu à soigner, en mai et juin, un grand nombre de cas. L'observation de ces faits est confirmée par Philadelphy. Siemens avait supposé qu'il pouvait y avoir une corrélation entre la production de l'exanthème et certaines périodes de floraison ; Fessler et moi n'avons pu trouver la confirmation de ce fait.

On peut encore voir des cas se produire çà et là, pendant toute la durée de la période balnéaire, de mai à septembre. Ils représentent certainement un phénomène d'hypersensibilité ; nous n'en voulons comme preuve que ce fait que, parmi les nombreuses personnes qui, après le bain de rivière, s'exposent au soleil dans un pré, il n'y en a que quelques-unes qui deviennent malades. Au mois de mai 1931, j'ai trouvé atteinte du mal toute une famille — père, mère et enfant — qui le bain pris, avait passé par une prairie (la mère était la plus atteinte, peut-être en raison d'une hypersensibilité familiale).

L'affection ne s'observe pas dans une région déterminée ; tous les auteurs sont d'accord là-dessus. Je l'ai trouvée déterminée par les eaux d'Ottakring, dans des bains pris dans le Danube, dans le lac de Gmunden, en divers points des rives du Danube (Lobau). Cependant le fait de se coucher, après le bain, dans l'herbe d'un pré ne saurait en constituer une cause nécessaire, exclusive, car je l'ai vue, bien que rarement, se produire chez des personnes qui, le bain pris, s'étaient simplement exposées au soleil sur un banc. Une longue exposition au soleil dans les prés n'en saurait non plus être une cause déterminante nécessaire ; j'ai, en effet, pu observer récemment le cas d'une femme qui, ayant cueilli des fraises dans un pré au bord du Danube, présentait l'affection en question au bras même qu'elle avait tendu pour faire sa cueillette. L'on remarque souvent qu'elle ne se manifeste qu'aux parties de la peau brunies par le soleil, non protégées par le costume de bain. Il n'y a pas

longtemps, j'eus l'occasion de voir une malade atteinte de vitiligo, qui ne présentait des efflorescences en stries qu'aux seuls points vitiligineux (fig. 2).

Les épreuves de réactions cutanées (pratiquées avec les plantes les plus diverses, leurs feuilles et leurs fleurs ; avec des extraits aqueux alcooliques et autres, avec scarification, frottement de la peau à l'émeri, puis avec irradiation, par imitation de l'exposition



Fig. 2. — La dermatite bulleuse en stries ne se voit qu'à la partie vitiligineuse.

au soleil, avec des enveloppements humides) n'ont donné que rarement un résultat positif. Dans un cas — celui de la femme qui cueillit des fraises — j'ai pu trouver à l'épreuve du lambeau (test fonctionnel de Jadassohn), une forte hypersensibilité à l'égard de la fleur de la marguerite et de la fleur de râpe (fig. 3). Chose curieuse — et que Philadelphy a également notée — cette affection cutanée n'a été jusqu'ici observée qu'en Autriche et en Allemagne, bien que les bains de rivière, suivis d'exposition au soleil dans les

prés, soient partout pratiqués. Le présent travail incitera-t-il les dermatologistes français à s'occuper également de cette question et à publier les observations qu'ils auront pu faire ? C'est ce que nous souhaiterions.

Pour terminer, rappelons encore une fois les caractéristiques de l'affection cutanée dont il vient d'être question : consécutivement à un bain de rivière, suivi d'exposition au soleil dans un pré, il se produit, après une période d'incubation de 24 à 48 heures, sous de



Fig. 3. — Les fleurs de marguerite (M) et de râpe (R) donnent, dans l'épreuve du lambeau, des résultats positifs.

vives démangeaisons, des éruptions bulleuses en forme de stries, qui s'alignent parallèlement ou bien se croisent diversement. Elles guérissent en peu de temps, tout en laissant subsister longtemps une pigmentation brun foncé. L'examen histologique révèle l'existence d'une dermatite vésiculeuse aiguë, dont la cause pourrait bien résider dans une hypersensibilité à l'égard de diverses plantes, et peut-être aussi à l'égard d'autres facteurs, mais qui ne se manifeste que dans le cas de coïncidence de certaines conditions.

INTERTRIGO DES ORTEILS ET ONYXIS DUS A UN NOUVEAU PARASITE

Par les Docteurs

PEDRO L. BALINA
Professeur de la clinique

et

PABLO NEGRONI
Chef du laboratoire

Faculté de Médecine de Buenos-Aires.
Clinique dermatosyphiligraphique de la Faculté.

Le malade qui donne lieu à ce travail est âgé de 49 ans et il a observé depuis plusieurs années (neuf ou dix) l'apparition lente, insidieuse, de petites taches jaunâtres sur les ongles des orteils. En même temps, le patient avait remarqué qu'au niveau de ces taches la consistance propre de l'ongle était amoindrie. La caractéristique constante de ce processus en soi-même a été d'être toujours aphlegmasique et indolore.

Actuellement à l'examen on constate sur la plupart des ongles des deux pieds l'existence de petites taches qui frappent l'attention par leur couleur jaunâtre, irrégulières, punctiformes ou miliaires, groupées en îlots. Il s'agit donc d'une onychopathie partielle en foyers circonscrits qui se dénonce spécialement par la couleur déjà mentionnée, sur le reste de l'ongle sain.

Le processus a une tendance évidente à se localiser de préférence du côté externe de l'ongle, c'est-à-dire du côté où, comprimés par la chaussure, les doigts ont une tendance assez fréquente à chevaucher les uns sur les autres recouvrant de la sorte partiellement les ongles respectifs. (Comme la nature de cette onychopathie, on le verra par la suite, a été reconnue mycosique, peut-être faut-il voir dans cette localisation élective une prédilection du parasite pour les parties de l'ongle qui sont de préférence un peu cachées sous les doigts voisins.) En général la lésion semble commencer vers le milieu du corps de l'ongle.

ANN. DE DERMAT. — VII[e] SÉRIE. T. III. N° 1. JANVIER 1932.

L'aspect de la surface de l'ongle au niveau des taches, sauf le changement de couleur, apparaît peu altéré, à peine dépoli. En dehors de ceci, pas d'exfoliation ni aucune autre modification. Quand, à cause de la croissance normale de l'ongle, la tache jaune, entraînée par elle arrive au bord libre, on constate que les portions malades sont plus fragiles que la partie normale de l'organe et qu'elles présentent une certaine tendance à s'effriter en petites lamelles. On voit aussi que l'épaisseur de l'ongle à ce niveau est quelque peu accrue. Le raclage à la curette enlève des particules pulvérulentes, jaunâtres, de substance unguéale tout à fait altérée dans sa texture.

Sur les gros orteils le processus est très ancien et sur celui du côté droit particulièrement, l'ongle dans sa moitié externe a doublé son épaisseur normale. Liée à cette hypertrophie et au changement de texture de l'ongle à cet endroit est survenue une fissure longitudinale qui a partagé l'organe en deux moitiés. Examinant sous le bord libre et en employant la curette on constate qu'à cet endroit le corps de l'ongle malade épaissi est plus friable que sa table externe et que sur une profondeur de trois millimètres l'ongle reste détaché de son lit.

Il nous faut encore consigner que pendant l'évolution si chronique de cette onychopathie par deux fois il y a eu un épisode aigu surajouté, transitoire, à quelques années de distance l'un de l'autre. Chaque fois il est survenu une réaction inflammatoire périunguéale limitée à la base ou à une partie contiguë de l'ongle. Ce processus inflammatoire a deux fois suivi la même évolution cyclique vers la guérison en trois semaines. Il s'est agi, vraisemblablement, d'un périonyxis de cause pyogène qui en outre a déterminé chaque fois l'élimination de l'ongle, remplacé toujours par un nouveau, dans les délais normaux.

Il nous reste à signaler encore un fait intéressant : c'est que plusieurs fois pendant le long cours de cette onychopathie, le patient a remarqué par époques l'apparition de quelques lésions cutanées localisées entre les doigts des pieds. Nous avons eu l'occasion de suivre de près ces lésions. A un moment donné — sans rapport avec la saison de l'année — le malade est averti par un prurit modéré localisé à un espace interdigital, ou à la face inférieure d'un des derniers doigts des pieds. A ce moment-là on peut voir à l'examen

qu'à cet endroit la peau est devenue rouge et que sur un point la couche cornée commence à se détacher en fins lambeaux. Les jours suivants la zone rouge s'étend jusqu'à envahir les deux ou trois derniers espaces interdigitaux et même jusqu'à la face inférieure des doigts correspondants. En même temps à cause du détachement plus extensif alors de la couche cornée en divers endroits la surface rouge enflammée est mise à nu, excoriée et un peu sensible. Plus douloureux sont certains points où la peau se plie et où, favorisées par les mouvements, des fissures se sont produites. Le processus inflammatoire ne donne lieu qu'à une sécrétion très modérée de sérosité. Il n'existe ni vésicules ni bulles. Au lieu de cela on voit un peu partout de petits lambeaux épidermiques de plusieurs millimètres de largeur qu'on enlève facilement aux petits ciseaux courbes. Les lésions épargnent toujours la peau de la face dorsale des doigts malades. La tendance habituelle du processus est de persister si un traitement convevable n'intervient pas. Les applications topiques, par légères frictions, d'alcool iodé au centième ont une action favorable mais limitée. Plus utile se montre l'application locale de bleu de méthylène en solution aqueuse ou d'une solution concentrée de biborate de soude. De cette façon, en peu de jours, on vient à bout de cet intertrigo spécial, prêt quand même à récidiver une ou plusieurs fois par an, depuis de longues années.

Ayant soupçonné la nature parasitaire du processus tant unguéal qu'intertrigineux nous avons recueilli séparément des morceaux d'ongle malade et des petits lambeaux épidermiques des lésions cutanées. Nos prévisions ont été confirmées comme on va le voir dans la seconde partie de ce travail. Cependant nous avons été surpris de constater que le parasitisme permanent des deux lésions, c'est-à-dire de l'onycopathie et de l'intertrigo, est celui d'un même et unique agent. Encore plus, que c'est un agent mycosique qui n'a pas encore été incriminé comme producteur d'une onycodermopathie.

Les prélèvements du matériel d'étude provenant tant des ongles que de l'intertrigo ont été faits à diverses reprises et à plusieurs semaines d'intervalle entre chacun d'eux. Comme le résultat a été de trouver toujours le même parasite, nous le considérons comme l'agent pathogène et la cause des lésions cliniquement si différentes — onyxis et intertrigo — que porte notre patient.

Nous nous croyons en droit de considérer que le parasitisme permanent des ongles dû à ce champignon est aussi par autoinoculation la cause qui détermine les récidives périodiques d'intertrigo.

Avant de terminer nous devons dire encore que le même malade objet de cette étude a eu quelque temps avant de remarquer le processus en question une poussée d'épidermophytie interdigitale à un pied. Le diagnostic ayant été fait opportunément, dès le commencement, le malade fut tout à fait guéri en une quinzaine de jours par le traitement classique et excellent que notre éminent maître le docteur Sabouraud a eu le mérite de préciser et de vulgariser : l'alcool iodé au centième en frictions rudes.

Depuis quelque temps nous faisons l'étude systématique, au laboratoire, de tous les cas d'intertrigo et d'onyxis vus dans notre clinique et, quand cela est possible, même de ceux de notre consultation privée. Nous espérons avoir la bonne fortune de trouver d'autres cas semblables à celui que nous venons d'étudier.

ÉTUDE MYCOLOGIQUE

Aspect du parasite dans l'ongle et l'épiderme. — Les lésions des ongles et de l'épiderme dont on vient de faire la description clinique, obéissent à un agent microbien qui jusqu'à présent n'avait pas été trouvé comme parasite humain. Ce nouveau parasite est un champignon microscopique et les lésions qu'il produit sont ainsi des épidermomycoses.

Quand on examine au microscope les squames des lésions épidermiques ou la substance cornée des ongles malades chauffées dans la solution de potasse à 40 o/o, on observe une invasion parasitaire assez intense. Les petits fragments de squames ou d'ongles sont traversés en tous sens par les filaments du champignon qui se ramifient dans certains endroits pour donner ses organes de fructification caractéristiques. Les branches fertiles ou sporophores sont à leur tour ramifiées et portent sur leurs extrémités des spores réniformes. Dans d'autres endroits de la préparation, on observe des filaments flexueux et plus étroits, comme de petites racines. Les fig. 1 et 2 nous montrent l'aspect du champignon dans la substance cornée de l'ongle et de l'épiderme.

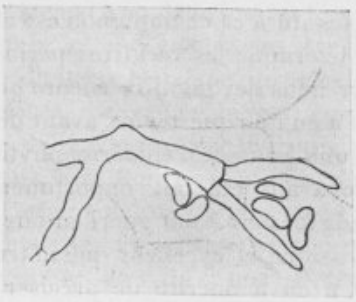


Fig. 1. bas.

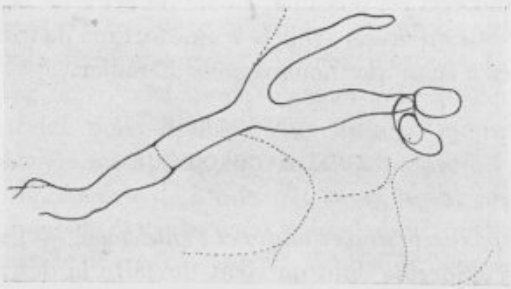


Fig. 1.

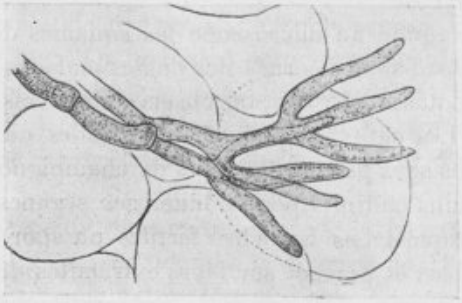


Fig. 2.

Fig. 1 et 2. — Aspect du parasite dans l'épiderme et la substance cornée de l'ongle.

Cultures. — Ayant ensemencé le matériel en étude, divisé en particules de fraction de millimètre de diamètre, sur les milieux de Sabouraud, nous avons observé au bout de 3 à 4 jours que, de chaque particule, commençait à végéter un champignon filamenteux.

Les colonies de ce champignon sont rapidement (en quelques jours) confluentes et un peu duveteuses au centre par le développement d'un mycélium aéré, blanc sale.

L'aspect macroscopique des cultures nous avait frappés tout de suite, parce qu'il ne correspondait à aucun des agents habituels des épidermomycoses.

En dissociant une parcelle de la culture dans une goutte du liquide suivant pour monter :

Acétate de potassium	10 gr.
Eau distillée	500 cm³
Glycérine pure	200 cm³
Alcool éthylique (95°)	300 cm³
Acétate de Cu. q. s. pour colorer faiblement.	

et en observant au microscope on trouve un mycélium hyalin, septé, avec les mêmes organes de fructification qu'on rencontre dans les squames et fragments d'ongles.

Ce champignon se développe aussi bien sur le milieu d'épreuve et de conservation de Saubouraud que sur le moût de bière, présentant sur tous le même aspect microscopique. Les détails culturaux qui vont suivre, se rapportent au développement sur le milieu de Czapek ; milieu synthétique, facile à préparer d'une façon uniforme dans tous les laboratoires et offrant l'avantage de permettre des études comparatives.

Milieu de Czapek :

Eau distillée	1.000 cm³
Nitrate de soude	2 gr.
Phosphate de potassium . .	1 —
Sulfate de magnésium . . .	0,5 —
Chlorure de potassium . . .	0,5 —
Sulfate ferreux	0,01 ou vestiges
Saccharose.	30 gr.
Agar-agar	15 —

La végétation d'une spore unique forme au bout de 5 jours, une colonie de 4 cm. de diamètre à peu près, circulaire, d'un blanc sale et présentant plusieurs zones concentriques. Elle est un peu duveteuse au centre où le mycélium aéré est plus abondant et son revers est blanc ou légèrement jaunâtre.

Si on coupe un secteur de la colonie et examine au microscope la surface de section avec un objectif faible, on observe que les organes de fructification sont dressés et ramifiés, avec une certaine tendance à la formation de verticilles. Les rameaux terminaux portent aux extrémités les spores groupées en petites têtes.

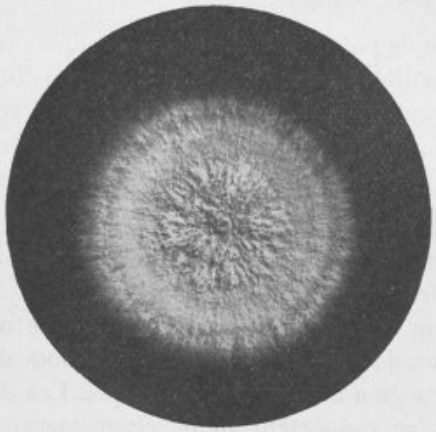


Fig. 3. — Colonie de 5 jours sur milieu de Czapek de la nouvelle Mucédinée.

Si, dissociant une portion de la culture dans une goutte du liquide à monter placé sur une lame, on couvre et on observe, on voit des filaments végétatifs, des conidiophores et des spores. Les premiers sont hyalins, cloisonnés, de 3 à 4 microns de diamètre et pourvus de vacuoles et de corpuscules réfringents de substances grasses à l'intérieur. Les conidiophores sont également hyalins, à parois lisses, parfois cloisonnés et d'un diamètre plus gros dans la portion proximale (3 microns) que dans la portion distale qui porte les spores. Les rameaux terminaux des conidiophores ont une longueur oscillant entre 40 et 65 microns.

Les spores naissent une à une à l'extrémité du conidiophore, de

forme telle qu'en arrivant à une certaine dimension une spore est refoulée par l'autre qui est formée de la même façon. Les spores

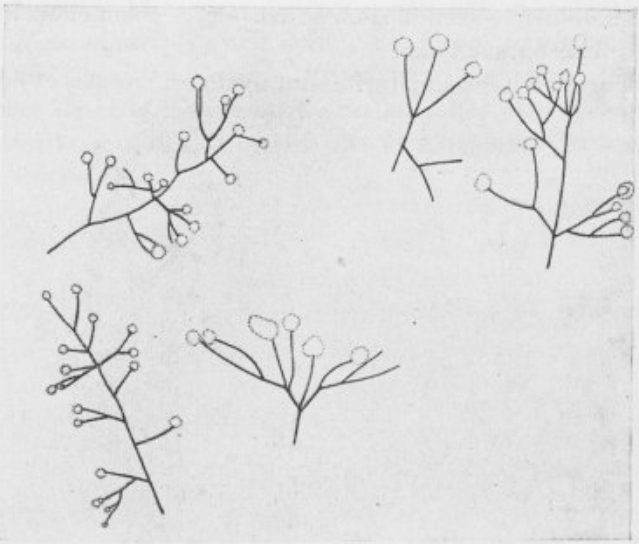


Fig. 4. — Organes de fructification vus en examinant la section d'un secteur de la colonie.

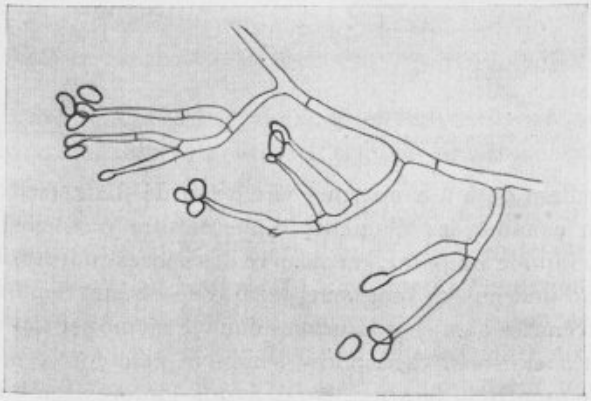


Fig. 5. — Les mêmes, dans une culture en cellule.

s'ordonnent ainsi en petites têtes, sans qu'elles semblent être conglomérées par aucune substance muqueuse, étant donnée l'extrême facilité avec laquelle elles restent en liberté. Pour observer la disposition des spores aux extrémités des hyphes fertiles, il est nécessaire d'examiner la section d'un secteur de la colonie, ou les cultures en cellule ou sur lame.

Les spores arrivées à maturité sont hyalines, simples et de dimen-

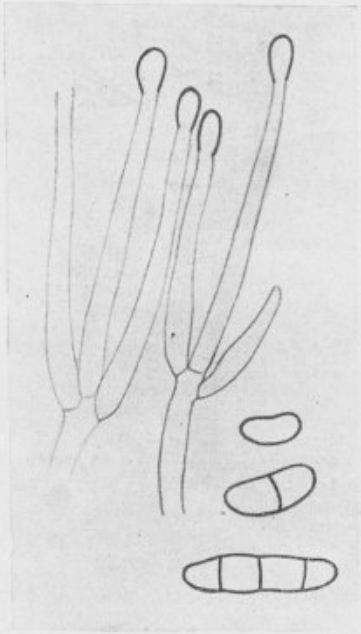


Fig. 6. — Conidiophores et divers types de spores.

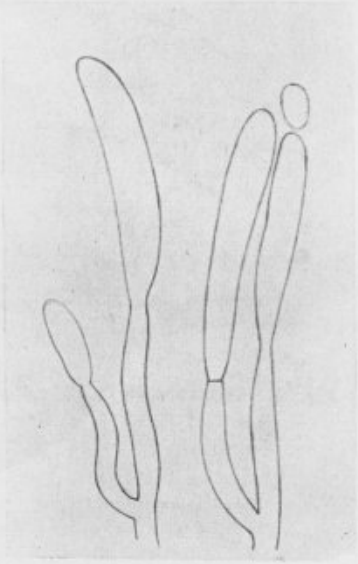


Fig. 7. — Mode de formation des spores géantes.

sions oscillant de 5 à 8 microns par 3 à 5 de diamètre. Cependant quand on examine les filaments d'une culture dissociés dans une goutte du liquide à monter, on observe des spores énormes atteignant jusqu'à 40 microns de longueur par 6 d'épaisseur, fusiformes, avec leurs extrémités aiguisées courbées dans le même sens et traversées par 2 ou 3 cloisons. Ces spores semblent être formées isolément comme le montre la figure 7. Nous avons l'impression que certains conidiophores, au lieu de former successivement toute une série de

spores simples groupées en petites têtes, épuisent leur énergie formative en une spore unique, grande, se cloisonnant ensuite deux ou trois fois.

Voilà tous les organes de fructification de ce champignon, réduit à des conidies ou spores externes, naissant sans l'intervention d'aucun acte sexuel. Il s'agit donc d'un *Fungi imperfecti* appartenant à la vaste famille des *Mucédinées*. Son placement parmi les genres de cette famille offre des difficultés car ce champignon présente à la fois des caractères des Hyalosporées par ses spores

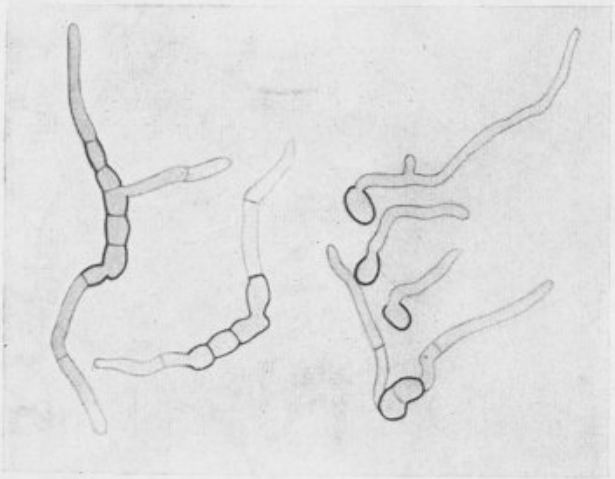


Fig. 8. — Germination des spores dans une culture en cellule.

simples et hyalines et des Hyalophragmiées, par ses spores cloisonnées. Parmi les Hyalosporées il semble présenter certains des caractères du genre *Verticillium*.

Germination des spores. — En cultivant les spores en cellule dans une goutte de moût de bière liquide à la température du laboratoire, on observe au bout de 10 à 12 heures l'émission d'un tube germinatif par un des pôles de chaque spore. Le bourgeon simple au début, commence à se ramifier et à se cloisonner en arrivant à une certaine dimension. Les spores septées émettent un tube germinatif pour chaque segment.

ÉTUDE CYTOLOGIQUE

Coloration vitale au rouge neutre. — En dissociant les filaments dans une goutte de ce colorant à une très faible concentration, on observe au microscope le système vacuolaire représenté aux extrémités des filaments et dans les spores par des éléments punctiformes.

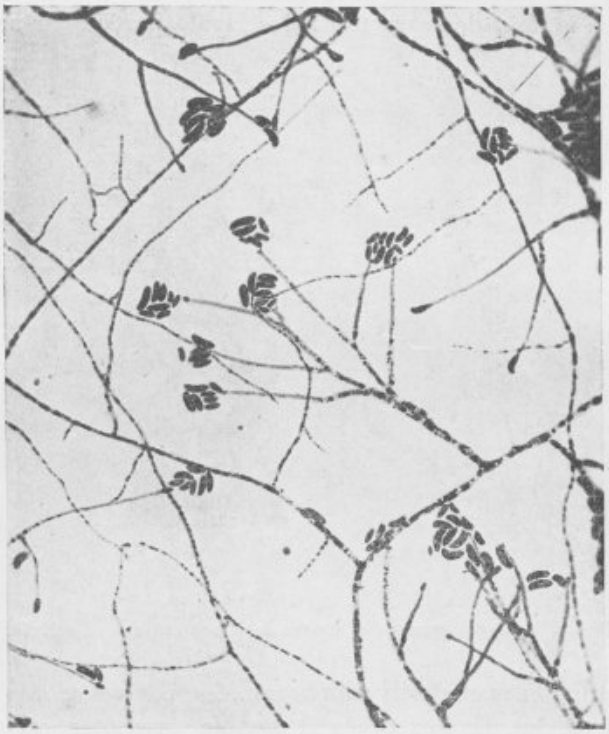


Fig. 9. — Microphotographie d'une culture sur lame, colorée par le bleu de méthylène.

Au fur et à mesure qu'on s'éloigne dans l'observation, des extrémités des filaments, les vacuoles sont d'abord circulaires et après allongées dans le sens des hyphes ; en même temps elles s'enrichissent en eau et le rouge neutre fait précipiter la métachromatine à leur intérieur.

Coloration post-vitale avec la solution iodo-iodurée. — Cette solution colore le glycogène en brun acajou. Il est très peu abondant dans les filaments mais se trouve accumulé dans les spores.

L'acide osmique en solution à 2 o/o est réduit à l'état d'osmium métallique d'une teinte noirâtre, au contact des corpuscules gras des filaments.

Coloration après fixation. — La fig. 9 est une microphotographie d'une culture sur lame fixée une demi-heure à l'alcool absolu et colorée au bleu de méthylène à 1 o/o. Les filaments et les spores sont pleins de corpuscules métachromatiques.

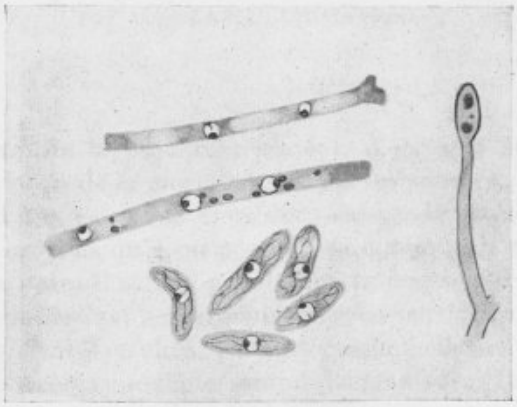


Fig. 10. Fig. 11.

Fig. 10. — Noyaux et chondriome dans les filaments et spores colorés par l'hématoxyline ferrique.

Fig. 11. — Accumulation du glycogène dans une spore.

Dans la fig. 10 nous avons représenté le noyau et le chondriome des spores fixées au liquide de Meves et colorées par l'hématoxyline ferrique. Dans la même figure on peut observer les segments mycéliens contenant de 1 à 4 noyaux et en (*a*) le chondriome altéré par le fixateur (liquide de Flemming).

Inoculations expérimentales. — Nous avons inoculé 2 cobayes avec des parcelles de culture en scarifiant la peau du dos. Ils n'ont présenté aucune lésion au cours des 20 jours d'observation.

CONCLUSIONS

1) Nous avons décrit des lésions des ongles et de l'épiderme dues à une moisissure.

2) En partant des produits de ces lésions nous avons cultivé à plusieurs reprises toujours le même champignon.

3) Il montre dans les cultures les mêmes organes de fructification que dans les lésions de l'épiderme et des ongles.

4) Nous croyons pouvoir conclure que nous avons trouvé une nouvelle Mucédinée voisine du genre *Verticillium*, capable de parasiter l'épiderme et les ongles de l'homme.

LA CURIETHÉRAPIE DES ÉPITHÉLIOMES CUTANÉS

Par Aug. LASSUEUR (Lausanne).

Les cancers de la peau représentent, d'après la statistique de Regaud, le 4 o/o de la mortalité de tous les cancers. Ils siègent le plus souvent à la face et la mort dans ces cas-là est un atroce calvaire. Nous croyons qu'il est possible de diminuer la mortalité par cancer de la peau. Il sufit pour cela que le mal soit reconnu tôt et que tous les médecins, les dermatologues en particulier, qui sont le plus fréquemment consultés, fassent occasionnellement de la curiethérapie, qui représente l'intervention la plus sûre. La curiethérapie ne nécessite pas une installation coûteuse comme c'est le cas pour les rayons X. La curiethérapie superficielle n'exige pas un apprentissage technique spécial. Elle est à la portée de chacun.

Il est toujours facile de se procurer un appareil chargé de sel ou d'émanation (radon), auprès d'un Centre anti-cancéreux et comme ces Centres sont largement subventionnés par la charité publique, le prix des appareils doit être accessible à toutes les bourses.

Il est moins facile par contre de se renseigner sur les différents facteurs qui permettent de travailler avec une précision suffisante, pour guérir en une application un cancroïde, et c'est pour combler cette difficulté que nous publions une série de tableaux qui représentent le résultat de notre expérimentation personnelle pendant ces seize dernières années et qui permettront à nos collègues de faire de la curiethérapie avec toute la précision voulue.

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. Nº 1. JANVIER 1932.

Les doses curatives sont fonction :

1) de la surface à traiter ;
2) de la puissance de l'appareil ;
3) de la distance à la peau ;
4) de la filtration employée.

Disons pour ne plus y revenir que nous appliquons toujours les appareils (« plaques » ou caches en plomb renfermant le sel ou l'émanation) directement sur les cancroïdes. Le facteur distance-peau ne varie donc pas.

En curiethérapie superficielle il faut rester fidèle à la dénomination introduite par Regaud pour définir la dose curative. Etant donné qu'une certaine quantité d'énergie radioactive (facile à calculer) est détruite pendant la durée d'application d'un appareil, il est logique d'exprimer la dose curative en millicuries détruits par centimètre carré de surface traitée. C'est simple et précis.

On traitera sans filtration tous les foyers de kératose précancéreuse et les petits cancroïdes non ulcérés (épithéliomes plans et nodulaires) dont la surface à irradier ne dépasse pas 3 centimètres carrés. La surface à irradier doit comprendre une zone périphérique de tissus en apparence sains de 3 à 5 millimètres de largeur.

On traitera avec un filtre d'aluminium de 1 millimètre d'épaisseur les petits cancroïdes nodulaires, les épithéliomes plans cicatriciels, tous ceux qui progressent en surface plutôt qu'en profondeur.

La filtration avec un millimètre de plomb doublé d'un millimètre d'aluminium pour arrêter les rayons secondaires émis par le plomb est applicable à tous les épithéliomes.

Elle s'impose pour tous les épithéliomes ulcérés, les térébrants, les végétants, les récidives de cancroïdes post-opératoires ou après traitement par les rayons X, ainsi que pour tous ceux dont l'examen histologique a démontré une malignité particulière. *Dans ces derniers cas on augmentera même de 50 o/o le nombre de millicuries à détruire.*

La curiethérapie avec filtration de plomb (gammathérapie) représente la méthode la plus sûre. Elle peut réussir là ou la filtration avec l'aluminium (bétathérapie) a échoué.

Dans le tableau I on trouvera les doses curatives qui varient suivant la filtration employée et la surface active de la plaque radioactive.

Toutes les durées d'irradiation qui figurent dans les tableaux II, III et IV ont été calculées sur la base des doses curatives que nous avons établies (voir tableau I).

Il est nécessaire de faire remarquer que la dose curative présente une certaine élasticité, c'est-à-dire qu'entre le temps d'irradiation maximum et le temps d'irradiation minimum déjà suffisant pour guérir, il y a un écart qui nous laisse une certaine marge dans l'appréciation de la durée de l'irradiation. *Cet écart de tolérance*, qui est au moins de 10 0/0, souvent même de 20 0/0, suivant la filtration employée, revient à dire que dans les tableaux que nous publions la durée d'irradiation peut être augmentée ou diminuée de 10 0/0.

L'écart de tolérance nous permet de négliger dans nos calculs le décès de l'émanation lorsque la durée d'irradiation ne dépasse pas 24 heures, ce qui est le cas des séances faites sans filtration ou avec filtration de 1 millimètre d'aluminium.

Pour celles faites avec filtration de 1 millimètre de plomb plus 1 millimètre d'aluminium, notre table de correction (voir tableau V) indique de combien d'heures et de minutes les durées d'irradiation doivent être prolongées, lorsqu'on utilise l'émanation.

Remarquons qu'il est souvent très utile de pouvoir travailler avec l'émanation qui présente l'avantage d'être un gaz, donc compressible et dilatable. On peut faire varier à volonté la concentration de la radioactivité d'un appareil, ce qui dans certains cas spéciaux est très appréciable.

Tableau des doses curatives,
à donner en une seule séance,
exprimées en millicuries détruits par cm².

Surface radio-active de la « plaque » en cm²	Diamètre en mm. (1)	Sans filtration	Filtration 1 mm. Al	Filtration 1 mm. Pb + 1 mm. Al (2)
2,0	15,9	0,027 mcd.	0,25 mcd.	1,50 mcd.
2,3	17,1	» »	» »	» »
2,5	17,8	» »	» »	» »
2,8	18,9	0,026 mcd.	0,24 mcd.	1,40 mcd.
3,0	19,5	» »	» »	» »
3,5	21,1	» »	» »	» »
4,0	22,5	0,025 mcd.	0,23 mcd.	1,30 mcd.
4,5	23,9		» »	» »
5,0	25,2		» »	» »
5,5	26,5		» »	1,20 mcd.
6,0	27,6		» »	» »
7,0	29,8		» »	» »
8,0	31,9		» »	1,10 mcd.
9,0	33,8		» »	» »
10,0	35,6		0,22 mcd.	1,0 mcd.
11,0	37,4		» »	» »
12,0	39,0		» »	» »
13,0	40,6		» »	» »
14,0	42,2		» »	» »
15,0	43,8		» »	» »
16,0	45,1		» »	» »
17,0	46,5		» »	» »
18,0	47,8		» »	» »
19,0	49,1		» »	» »
20,0	50,5		0,21 mcd.	» »

(1) Les surfaces à irradier se présentant souvent sous la forme d'un cercle, nous indiquons les diamètres en regard de la surface correspondante.
(2) Pour arrêter les rayons secondaires émis par le plomb.

La curiethérapie des cancroïdes sans filtration

Tableau indiquant la durée d'irradiation, en minutes, correspondant à la dose curative donnée en une fois, en fonction de la surface et de la puissance actives.

Puissance en mc.	2 cm²	2,3 cm²	2,5 cm²	2,8 cm²	3 cm²	3,5 cm²	4 cm²
	minutes	minutes	minutes	minutes	minutes	minutes	minutes
10	43	50	54	58	62	73	80
12	36	41	45	49	52	61	67
14	31	35	39	42	45	52	57
16	27	31	34	36	39	46	50
18	24	28	30	32	35	40	44
20	22	25	27	29	31	36	40
22	20	22	24	26	28	33	36
24	18	21	23	24	26	30	33
26	17	19	21	22	24	28	31
28	15	18	19	21	22	26	29
30	14	16	18	19	21	24	27
32	14	16	17	18	19	23	25
34	13	15	16	17	18	21	24
36	12	14	15	16	17	20	22
38	11	13	14	15	16	19	21
40	11	12	14	15	16	18	20
42	10	12	13	14	15	17	19
44	10	11	12	13	14	17	18
46	9 1/2	11	12	13	14	16	17
48	9	10	11	12	13	15	17
50	8 1/2	10	11	12	12	15	16
52	8 1/4	10	10	11	12	14	15
54	8	9	10	11	12	13	15
56	7 3/4	9	10	10	11	13	14
58	7 1/2	8 1/2	9 1/4	10	11	13	14
60	7	8	9	10	10	12	13
Doses curatives	0,027 mcd. par cm²	0,027 mcd. par cm²	0,027 mcd. par cm²	0,026 mcd. par cm²	0,026 mcd. par cm²	0,026 mcd. par cm²	0,025 mcd. par cm²

Tableau indiquant la durée d'irradiation, correspondant à la dose curative donnée en une fois, en fonction de la puissance et de la surface actives.

Puissance en mc.	2 cm²	2,3 cm²	2,5 cm²	2,8 cm²	3 cm²	3,5 cm²	4 cm.	4,5 cm²	5 cm²	5,5 cm²	6 cm²	7 cm²	8 cm²	9 cm²	10 cm²	11 cm²	12 cm²	13 cm²	14 cm²	15 cm²	16 cm²	17 cm²	18 cm²	19 cm²	20 cm²	Puissance en mc.
	h. m.	h. m.	h. m.	h. m	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h m.	h. m.	h. m.	h.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	
10	6 40	7 40	8 20	8 57	9 36	11 12	12 16	13 48	15 20	16 52	18 24	21	24 32	27 36	29 20	32 16	35 12	38 08	41 04	44 00	46 56	49 52	52 48	55 49	58 40	10
12	5 33	6 23	6 56	7 28	8 00	9 20	10 13	11 30	12 46	14 03	15 20	17	20 26	23 00	24 20	26 53	29 20	31 46	34 13	36 40	39 06	41 33	44 00	46 30	48 53	12
14	4 45	5 28	5 57	6 24	6 51	8 00	8 45	9 51	10 57	12 03	13 08	15	17 31	19 43	20 57	23 03	25 08	27 14	29 20	31 25	33 31	35 37	37 43	39 52	41 54	14
16	4 10	4 47	5 12	5 36	6 00	7 00	7 40	8 37	9 35	10 32	11 30	13	15 20	17 15	18 20	20 10	22 00	23 50	25 40	27 30	29 20	31 10	33 00	34 53	36 40	16
18	3 42	4 15	4 37	4 38	5 20	6 13	6 49	7 40	8 31	9 22	10 13	11	13 38	15 20	16 17	17 55	19 33	21 11	22 49	24 26	26 04	27 42	29 20	31 00	32 35	18
20	3 20	3 50	4 10	4 28	4 48	5 36	6 08	6 54	7 40	8 26	9 12	10	12 16	13 48	14 40	16 08	17 36	19 04	20 32	22 00	23 28	24 56	26 24	27 52	29 20	20
22	3 02	3 29	3 47	4 04	4 21	5 05	5 34	6 16	6 58	7 40	8 22	9	11 09	12 33	13 20	14 40	16 00	17 20	18 40	20 00	21 20	22 40	24 00	25 20	26 40	22
24	2 46	3 11	3 28	3 44	4 00	4 39	5 07	5 45	6 23	7 02	7 40	8	10 13	11 29	12 13	13 27	14 40	15 53	17 06	18 20	19 33	20 46	22 00	23 13	24 26	24
26	2 34	2 57	3 12	3 26	3 41	4 18	4 43	5 18	5 54	6 29	7 04	8	9 26	10 37	11 17	12 24	13 32	14 40	15 47	16 55	18 03	19 10	20 18	21 26	22 34	26
28	2 23	2 44	2 58	3 12	3 25	4 00	4 23	4 56	5 28	6 01	6 34	7	8 46	9 51	10 28	11 31	12 34	13 37	14 40	15 43	16 46	17 48	18 51	19 54	20 57	28
30	2 13	2 33	2 46	2 59	3 12	3 44	4 05	4 36	5 06	5 37	6 08	7	8 10	9 12	9 46	10 45	11 44	12 42	13 41	14 40	15 38	16 37	17 36	18 34	19 33	30
32	2 05	2 24	2 36	2 48	3 00	3 30	3 50	4 18	4 47	5 16	5 45	6	7 40	8 37	9 10	10 05	11 00	11 55	12 50	13 45	14 40	15 35	16 33	17 25	18 20	32
34	1 57	2 15	2 27	2 38	2 50	3 17	3 36	4 03	4 30	4 57	5 24	6	7 13	8 07	8 37	9 30	10 21	11 13	12 04	12 56	13 48	14 40	15 32	16 23	17 15	34
36	1 51	2 08	2 19	2 29	2 40	3 06	3 24	3 50	4 15	4 41	5 06	5	6 49	7 40	8 08	8 58	9 46	10 35	11 24	12 13	13 02	13 51	14 40	15 29	16 17	36
38	1 45	2 01	2 11	2 21	2 31	2 57	3 13	338	4 02	4 26	4 50	5	6 27	7 16	7 43	8 29	9 16	10 02	10 48	11 34	12 21	13 07	13 53	14 40	15 26	38
40	1 40	1 55	2 05	2 14	2 24	2 48	3 04	3 27	3 50	4 13	4 36	5	6 08	6 54	7 20	8 04	8 48	9 32	10 16	11 00	11 44	12 28	13 12	13 56	14 40	40
42	1 35	1 49	1 59	2 08	2 17	2 40	2 55	3 17	3 39	4 01	4 23	4	5 50	6 34	6 59	7 40	8 22	9 04	9 46	10 28	11 10	11 52	12 34	13 16	13 58	42
44	1 31	1 44	1 53	2 02	2 10	2 32	2 47	3 08	3 29	3 50	4 10	4	5 34	6 16	6 40	7 20	8 00	8 40	9 20	10 00	10 40	11 20	12 00	12 40	13 20	44
46	1 27	1 40	1 48	1 57	2 05	2 26	2 40	3 00	3 20	3 40	4 00	4	5 20	6 00	6 22	7 00	7 39	8 17	8 55	9 34	10 12	10 50	11 28	12 07	12 45	46
48	1 23	1 36	1 44	1 52	2 00	2 20	2 33	2 52	3 11	3 30	3 50	4	5 06	5 45	6 06	6 43	7 20	7 56	8 33	9 10	9 47	10 23	11 00	11 36	12 13	48
50	1 20	1 32	1 40	1 47	1 55	2 14	2 27	2 45	3 04	3 22	3 40	4	4 54	5 31	5 52	6 27	7 02	7 37	8 12	8 48	9 23	9 58	10 33	11 08	11 44	50
55	1 12	1 23	1 30	1 37	1 44	2 02	2 13	2 30	2 47	3 04	3 20	3	4 37	5 01	5 20	5 52	6 24	6 56	7 28	8 00	8 32	9 04	9 36	10 08	10 40	55
60	1 06	1 16	1 23	1 29	1 36	1 52	2 02	2 18	2 33	2 48	3 04	3	4 05	4 36	4 53	5 22	5 52	6 21	6 50	7 20	7 49	8 18	8 48	9 17	9 46	60
65	1 01	1 12	1 17	1 22	1 28	1 43	1 55	2 07	2 21	2 35	2 50	3	3 46	4 14	4 30	4 58	5 25	5 52	6 19	6 46	7 13	7 40	8 07	8 34	9 01	65
70	57	1 05	1 11	1 16	1 22	1 36	1 45	1 58	2 11	2 24	2 37	3	3 30	3 56	4 11	4 36	5 01	5 27	5 52	6 17	6 42	7 07	7 32	7 57	8 22	70
75	53	1 01	1 06	1 11	1 16	1 29	1 38	1 50	2 02	2 15	2 27	3	3 16	3 40	3 54	4 18	4 41	5 05	5 28	5 52	6 15	6 39	7 02	7 25	7 49	75
80	50	57	1 02	1 07	1 12	1 24	1 32	1 43	1 55	2 06	2 18	3	3 04	3 27	3 40	4 02	4 24	4 36	5 08	5 30	5 52	6 14	6 36	6 58	7 20	80
85	47	54	58	1 03	1 07	1 19	1 26	1 37	1 48	1 59	2 09	3	2 53	3 14	3 27	3 47	4 08	4 29	4 50	5 10	5 31	5 52	6 12	6 33	6 54	85
90	44	51	55	59	1 04	1 14	1 21	1 32	1 42	1 52	2 02	3	2 43	3 04	3 15	3 35	3 54	4 14	4 33	4 53	5 13	5 32	5 52	6 11	6 31	90
95	42	48	52	56	1 00	1 10	1 17	1 27	1 36	1 46	1 56	3	2 35	2 54	3 05	3 23	3 42	4 00	4 19	4 38	4 56	5 15	5 33	5 52	6 10	95
100	40	46	50	53	57	1 07	1 13	1 22	1 32	1 41	1 50	3	2 27	2 45	2 56	3 13	3 31	3 48	4 06	4 24	4 41	4 59	5 16	5 34	5 52	100
110	36	42	45	48	52	1 01	1 07	1 15	1 23	1 32	1 40	3	2,13	2 30	2 40	2 56	3 12	3 28	3 44	4 00	4 16	4 32	4 48	5 04	5 20	110
120	33	38	41	44	48	56	1 01	1 09	1 16	1 24	1 32	3	2 02	2 18	2 26	2 41	2 56	3 10	3 25	3 40	3 54	4 09	4 24	4 39	4 53	120
130	30	35	38	41	44	51	56	1 03	1 10	1 17	1 24	3	1 53	2 07	2 15	2 28	2 42	2 56	3 09	3 23	3 36	3 50	4 03	4 17	4 30	130
140	28	32	35	38	41	48	52	59	1 05	1 12	1 18	3	1,45	1 58	2 05	2 18	2 30	2 43	2 56	3 08	3 21	3 33	3 46	3 58	4 11	140
150	26	30	33	35	38	44	49	55	1 01	1 07	1 13	3	1,38	1 50	1 57	2 09	2 20	2 32	2 44	2 56	3 07	3 19	3 31	3 43	3 54	150
Doses curatives	0,25 med. par cm²	0,25 med. par cm²	0,25 med. par cm²	0,24 med. par cm²	0,24 med. par cm²	0,24 med. par cm²	0,23 med. par cm²	0,23 med. par cm²	0,23 med. par cm²	0,23 med par cm²	0,23 med. par cm²	0,23 med. par cm	0,23 med. par cm²	0,23 med. par cm²	0,22 med. par cm²	0,22 med. par cm²	0,22 med. par cm²	0,22 med. par cm²	0,22 med. par cm²	0,22 med. par cm²	0,22 med. par cm²	0,22 med. par cm²	0,22 mdc. par cm²	0,22 med. par cm²	0,21 med. par cm²	Doses curatives

Les durées d'irradiation comprises entre les lignes noires sont les valeurs pratiques.

avec filtration de 1 mm. de plomb + 1 mm. d'aluminium.

Tableau indiquant la durée d'irradiation, correspondant à la dose curative donnée en une seule séance, en fonction de la puissance et de la surface actives.

Puissance en mc.	2 cm²	2,3 cm²	2,5 cm²	2,8 cm²	3 cm²	3,5 cm²	4 cm²	4,5 cm²	5 cm²	5,5 cm²	6 cm²	7 cm²	8 cm²	9 cm²	10 cm²	11 cm²	12 cm²	13 cm²	14 cm²	15 cm²	16cm²	17 cm²	18 cm²	19 cm²	20 cm²	Puissance en mc.
	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	h. m.	
15	26 40	30 40	33 20	34 50	37 20	43 35	46 10	52 00	57 50	58 40	64 00	74	78 15	88 00	88 50	97 45	106 40	115 35	124 25	133 20	142 15	151 05	160 00	168 55	177 45	15
20	20 00	23 00	25 00	26 10	28 00	32 40	34 40	39 00	43 20	44 00	48 00	56	58 40	66 00	66 40	73 20	80 00	86 40	93 20	100 00	106 40	113 20	120 00	126 40	133 20	20
22	18 10	20 55	22 40	23 40	25 25	29 40	31 30	35 25	39 30	40 00	43 40	51	53 20	60 00	60 35	66 40	72 45	78 50	84 50	90 55	97 00	103 00	109 05	115 10	121 10	22
24	16 40	19 10	20 50	21 40	23 20	27 15	28 50	32 30	36 10	36 40	40 00	46	48 50	55 00	55 30	61 10	66 40	72 15	77 50	83 20	88 55	94 25	100 00	105 35	111 05	24
26	15 23	17 40	19 15	20 00	21 30	25 05	26 40	30 00	33 20	33 50	37 00	43	45 10	50 45	51 10	56 20	61 30	66 40	72 00	77 00	82 00	87 10	92 20	97 30	102 35	26
28	14 17	16 30	17 50	18 40	20 00	23 20	24 50	27 50	31 00	31 20	34 20	40	42 00	47 10	47 30	52 20	57 10	62 00	66 40	71 25	76 10	81 00	85 50	90 30	95 15	28
30	13 20	15 20	16 40	17 20	18 40	21 45	23 10	26 00	29 00	29 20	32 00	37	39 10	44 00	44 25	48 50	53 20	57 45	62 10	66 40	71 05	75 30	80 00	84 25	88 55	30
32	12 30	14 20	15 40	16 20	17 30	20 25	21 40	24 20	27 10	27 30	30 00	35	36 40	41 15	41 40	45 50	50 00	54 10	58 20	62 30	66 40	70 50	75 00	79 10	83 20	32
34	11 46	13 30	14 40	15 20	16 30	19 10	20 25	22 50	25 30	25 50	28 10	33	34 30	38 50	39 10	43 10	47 00	51 00	55 00	58 50	62 50	66 40	70 40	74 40	78 30	34
36	11 06	12 50	13 55	14 30	15 35	18 10	19 15	21 40	24 05	24 25	26 40	31	32 40	36 40	37 00	40 45	44 25	48 10	52 00	55 40	59 20	63 00	66 40	70 20	74 05	36
38	10 31	12 10	13 10	13 45	14 45	17 10	18 15	20 30	22 50	23 10	25 10	29	31 00	34 40	35 05	38 40	42 10	45 35	49 10	52 40	56 10	59 40	63 10	66 40	70 20	38
40	10 00	11 30	12 30	13 05	14 00	16 20	17 20	19 30	21 40	22 00	24 00	28	29 10	33 00	33 20	36 40	40 00	43 20	46 40	50 00	53 20	56 40	60 00	63 20	66 40	40
42	9 31	11 00	11 55	12 25	13 20	15 30	16 30	18 35	20 40	20 50	22 50	26	28 00	31 25	31 40	34 55	38 00	41 20	44 25	47 40	50 45	54 00	57 00	60 20	63 30	42
44	9 05	10 30	11 20	11 55	12 45	14 50	15 45	17 45	19 45	20 00	21 50	25	26 40	30 00	30 20	33 20	36 20	39 20	42 25	45 30	48 30	51 30	54 30	57 35	60 40	44
46	8 41	10 00	10 50	11 20	12 10	14 10	15 05	16 55	18 50	19 10	20 50	24	25 30	28 40	29 00	31 55	34 45	37 40	40 30	43 30	46 20	49 20	52 10	55 05	58 00	46
48	8 20	9 35	10 25	10 55	11 40	13 35	14 25	16 15	18 00	18 20	20 00	23	24 25	27 30	27 50	30 35	33 20	36 10	38 55	41 40	44 25	47 10	50 00	52 45	55 30	48
50	8 00	9 10	10 00	10 25	11 10	13 00	13 50	15 35	17 20	17 40	19 10	22	23 30	26 25	26 40	29 20	32 00	34 40	37 20	40 00	42 40	45 20	48 00	50 40	53 20	50
55	7 16	8 20	9 05	9 30	10 10	11 50	12 35	14 10	15 45	16 00	17 25	20	21 20	24 00	24 10	26 40	29 05	31 30	34 00	36 20	38 50	41 10	43 40	46 00	48 40	55
60	6 40	7 40	8 20	8 45	9 20	10 50	11 35	13 00	14 30	14 40	16 00	18	19 30	22 00	22 10	24 30	26 40	28 55	31 10	33 20	35 35	37 50	40 00	42 15	44 30	60
65	6 10	7 05	7 40	8 00	8 40	10 00	10 40	12 00	13 20	13 30	14 45	17	18 00	20 20	20 30	22 35	24 35	26 40	28 45	30 50	32 50	34 50	37 00	39 00	41 10	65
70	5 45	6 35	7 10	7 30	8 00	9 20	9 55	11 10	12 25	12 35	13 40	16	16 50	18 50	19 00	21 00	22 50	24 45	26 40	28 35	30 30	32 20	34 20	36 10	38 00	70
75	5 20	6 10	6 40	7 00	7 30	8 40	9 15	10 25	11 35	11 45	12 45	15	15 40	17 35	17 45	19 35	21 20	23 05	24 55	26 40	28 30	30 15	32 00	33 50	35 30	75
80	5 00	5 45	6 15	6 30	7 00	8 10	8 40	9 45	10 50	11 00	12 00	14	14 40	16 30	16 40	18 20	20 00	21 40	23 20	25 00	26 40	28 20	30 00	31 40	33 20	80
85	4 40	5 25	5 55	6 10	6 35	7 40	8 10	9 10	10 10	10 20	11 20	13	13 50	15 30	15 40	17 15	18 50	20 20	22 00	23 30	25 05	26 40	28 15	29 50	31 20	85
90	4 25	5 05	5 35	5 50	6 15	7 15	7 45	8 40	9 40	9 50	10 40	12	13 00	14 40	14 50	16 20	17 45	19 15	20 45	22 10	23 40	25 15	26 40	28 10	29 40	90
95	4 15	4 50	5 15	5 30	5 55	6 53	7 20	8 15	9 10	9 15	10 05	12	12 20	13 55	14 00	15 25	16 50	18 15	19 40	21 00	22 30	23 50	25 15	26 40	28 00	95
100	4 00	4 35	5 00	5 15	5 35	6 30	6 55	7 50	8 40	8 50	9 35	11	11 45	13 10	13 20	14 40	16 00	17 20	18 40	20 00	21 20	22 40	24 00	25 20	26 40	100
110	3 40	4 10	4 35	5 45	5 05	5 55	6 20	7 05	7 50	8 00	8 45	10	10 40	12 00	12 05	13 20	14 35	15 45	17 00	18 10	19 20	20 35	21 50	23 00	24 15	110
120	3 20	3 50	4 10	4 20	4 40	5 25	5 45	6 30	7 15	7 20	8 00	9	9 45	11 00	11 05	12 10	13 20	14 25	15 35	16 40	17 45	18 55	20 00	21 05	22 15	120
130	3 05	3 30	3 50	4 00	4 20	5 00	5 20	6 00	6 40	6 45	7 20	8	9 00	10 10	10 15	11 15	12 30	13 20	14 20	15 25	16 25	17 25	18 30	19 30	20 30	130
140	2 50	3 15	3 35	3 45	4 00	4 40	4 55	5 35	6 10	6 15	6 50	8	8 20	9 25	9 30	10 30	11 25	12 20	13 20	14 20	15 15	16 15	17 10	18 10	19 00	140
150	2 40	3 05	3 20	3 30	3 45	4 20	4 35	5 10	5 45	5 50	6 25	7	7 50	8 50	8 55	9 50	10 40	11 30	12 25	13 20	14 15	15 10	16 00	16 55	17 45	150
160	2 30	2 50	3 05	3 15	3 30	4 05	4 20	4 50	5 25	5 30	6 00	7	7 20	8 15	8 20	9 10	10 00	10 50	11 40	12 30	13 20	14 10	15 00	15 50	16 40	160
180	2 15	2 35	2 45	2 55	3 05	3 40	3 50	4 20	4 50	4 55	5 20	6	6 30	7 20	7 25	8 10	8 55	9 40	10 20	11 05	11 50	12 35	13 20	14 05	14 50	180
200	2 00	2 20	2 30	2 35	2 50	3 15	3 30	3 55	4 20	4 25	4 45	5	5 50	6 35	6 40	7 20	8 00	8 40	9 20	10 00	10 40	11 20	12 00	12 40	13 20	200
Doses curatives	1,50 med. par cm²	1,50 med. par cm²	1,50 med. par cm²	1,40 med. par cm²	1,40 med. par cm²	1,40 med. par cm²	1,30 med. par cm²	1,30 med. par cm²	1,30 med. par cm²	1,20 med. par cm²	1,20 med. par cm²	1,10 med. par cm²	1,10 med. par cm²	1,10 med. par cm²	1,0 med. par cm²	1,0 med. par cm²	1,0 med. par cm²	1,0 med. par cm²	1,0 med. par cm²	1,0 med. par cm²	1,0 med. par cm²	1,0 med. par cm²	1,0 med. par cm²	1,0 med. par cm²	1,0 med. par cm²	Doses curatives

Les durées d'irradiation comprises entre les lignes noires sont les valeurs pratiques.

TABLE DE CORRECTION POUR L'EMPLOI DE L'ÉMANATION (RADON)

Pour une irradiation de 3 heures il faut ajouter 2 min.

»	6	»	»	8	»
»	8	»	»	15	»
»	10	»	»	23	»
»	12	»	»	34	»
»	14	»	»	47	»
»	16	»	»	1,00	h. env.
»	18	»	»	1,20	»
»	20	»	»	1,40	»
»	22	»	»	2,00	»
»	24	»	»	2,25	»
»	26	»	»	2,50	»
»	28	»	»	3,20	»
»	30	»	»	3,50	»
»	32	»	»	4,25	»
»	34	»	»	5,05	»
»	36	»	»	5,45	»
»	38	»	»	6,30	»
»	40	»	»	7,15	»
»	42	»	»	8,05	»
»	44	»	»	9,00	»
»	46	»	»	10,00	»
»	48	»	»	11,00	»

LA DERMATOSE BULLEUSE DES BAINS DE SOLEIL DANS LES PRÉS

Par Mlle le Docteur ALICE ULLMO

(Clinique des Maladies cutanées de la Faculté de Médecine de Strasbourg. Professeur L.-M. Pautrier).

Toutes les modifications de la mode, soit vestimentaire, soit sportive, ne sont pas sans amener plus ou moins rapidement l'apparition d'éruptions ou d'affections cutanées, parfois assez déconcertantes au premier aspect, mais qui ne tardent pas à pouvoir être ramenées à leur vraie cause. Après l'érythrocyanose symétrique sus-malléolaire qui, si elle est préparée par des causes internes, est manifestement commandée par le froid et dont la constatation, si fréquente en ces dernières années, est la conséquence du port des jupes courtes et des bas de soie, voici une nouvelle dermatose, assez troublante au premier aspect, due à la mode qui sévit depuis quelques années, surtout en Allemagne, du bain de rivière ou de lac suivi d'un bain de soleil pris dans les prairies avoisinant lacs ou cours d'eau.

Nous avons eu la bonne fortune d'en observer récemment un cas qui nous paraît être le premier publié en France, du moins à notre connaissance et d'après nos recherches bibliographiques. Il nous a paru intéressant de le publier en le rapprochant des cas allemands déjà assez nombreux car, lorsqu'on observe cette éruption pour la première fois, elle affecte une disposition si particulière qu'on croirait volontiers à une éruption artificielle provoquée.

Il s'agit de ce que les auteurs de langue allemande appellent « Freibad-und Wiesendermatitis » ou « Wiesenpflanzendermatitis » ou encore « Dermatitis bullosa systematisata phytogenes », c'est-à-dire en traduction littérale « dermatite du bain de plein air et des prés » ou « dermatite des plantes des prés ».

La première mention de cette éruption dans la littérature alle-

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 1. JANVIER 1932.

mande date de 1926; à la suite d'une communication de Spitzer sur une dermatite papulo-vésiculeuse due à la manipulation de pruneaux secs contenant des vers, Oppenheim (1) expose brièvement à la Société Dermatologique de Vienne une quarantaine de cas d'une dermatose observée à la suite de bains de plein air avec bains de soleil consécutifs, les malades s'étant couchés dans l'herbe pour se sécher et pour brunir. Oppenheim la baptisait à ce moment-là « Ottakringer Badebeiss », c'est-à-dire « démangeaison des bains d'Ottakring ». Tous ces malades en effet s'étaient baignés au même endroit, à la nouvelle piscine de plein air d'Ottakring, mais l'auteur pensait que la cause de cette éruption était due à certaines sortes de sarcoptes, sans pouvoir toutefois en fournir la preuve.

Le premier article d'ensemble sur des faits analogues a été publié par Hartmann et Briel (2) en 1927, ces auteurs n'ayant pas connaissance de la note d'Oppenheim. Ils ont vu également environ 40 cas de dermatose bulleuse chez des baigneurs qui avaient pris leur bain dans une piscine alimentée par la Nidda (rivière près de Francfort) et s'étaient ensuite couchés dans l'herbe au soleil. La même dermatose bulleuse a été observée par eux chez 11 rameurs qui s'étaient ébattus jambes nues, dans des prés le long de la rivière. Ils mettent cette dermatose en parallèle avec des éruptions analogues signalées par Nægeli (3) chez des baigneurs du lac de Constance. Cependant nous ne croyons pas à une identité entre les deux tableaux cliniques, les malades de Nægeli ressentant déjà leurs démangeaisons alors qu'ils étaient encore dans l'eau. Cette affection se rapproche plutôt, à notre avis, de la dermatite signalée par Brumpt (4) à la suite d'auteurs japonais plus particulièrement, et serait due à la pénétration dans la peau des baigneurs, de cercaires de mollusques d'eau douce. Hartmann et Briel déjà soulèvent l'hypothèse de plantes comme agents provocateurs et incriminent le panais, le plantain et le pissenlit. Leurs essais de provoquer la dermatose en mettant ces plantes en contact avec la peau échouent partiellement : ils obtiennent en effet de la rougeur, mais jamais ni prurit, ni vésicules, ni bulles.

Dans la même année, Siemens (5) a publié les cas qu'il a rassemblés à la polyclinique de Munich depuis 1922, 9 en tout ; les cas présentent tous le même aspect clinique et sont apparus dans les mêmes conditions. Les malades ayant pris leur bain dans des riviè-

res des environs de Munich s'étaient couchés dans l'herbe des prés en bordure de ces rivières. Après une incubation de 24 à 48 heures (signalée déjà par Hartmann et Briel) étaient apparues ces éruptions vésiculeuses et bulleuses caractérisées par leur disposition linéaire ou arciforme, localisées aux endroits ayant été en contact direct avec l'herbe. A l'exception d'un seul cas, vu en août, tous les autres se sont montrés en juillet et l'auteur émet l'hypothèse que la floraison seule de certaines plantes marécageuses serait responsable de ces lésions. Déjà Siemens parle de phénomène d'hypersensibilité vis-à-vis de certaines plantes en insistant sur le fait que relativement peu de personnes doivent en être atteintes vu le grand nombre de gens qui s'adonnent aux sports nautiques en Allemagne (bains et canotage).

L'année 1928 a vu paraître un grand nombre d'articles sur le même sujet. Le premier en date est celui de O. Marx (6) qui a constaté sur lui-même, à deux reprises, une éruption bulleuse analogue à la suite de bains dans le Neckar et bains de soleil dans les herbes. Marx veut voir la cause de cette dermatose dans le fait qu'il est un habitué de l'eczéma, en ayant eu depuis l'enfance et y étant encore sujet.

Oppenheim et Fessler (7) reprennent la question de l'étiologie de cette dermatose et donnent leurs premiers résultats sur des expériences faites avec des préparations siliceuses, partant de l'opinion que les plantes coupantes des marais et des bords de l'eau contiennent de la silice et que ce sont elles qui provoquent l'éruption. Les essais faits avec une solution à 1 o/o de silicate de soude ou avec du « silistren » échouent. Mais le silicate de soude cristallisé arrive à produire sur les téguments sains et sur les téguments scarifiés de deux personnes, de la rougeur et de petites bulles indiscutables par simple contact.

Des biopsies montrent à ces deux auteurs de l'œdème des papilles, de l'œdème intercellulaire et de la vacuolisation des cellules du corps muqueux. Dans l'épithélium on trouve de la dégénérescence et de petites bulles à contenu fibrineux, avec très peu d'éléments cellulaires. Les cellules basales situées sous les bulles sont aplaties et parfois renversées. Les capillaires sont élargis et entourés de manchons de cellules rondes, ainsi que les vaisseaux lymphatiques.

Puis Rock (8) signale deux cas observés en 1907, Förtig (9) en

décrit 3, dont l'un présente des bulles de la dimension d'un œuf de pigeon ; Siemens (10) publie une courte note dans laquelle il insiste particulièrement sur la pigmentation consécutive à l'éruption ; chez un malade venu pour de l'acné, il constate une pigmentation curieuse du dos en forme de lignes et de bouquets, survenue à la suite de dermatite bulleuse des bains et des plantes, et ceci 5 mois après la guérison de cette affection.

Oppenheim et Fessler (11) reviennent encore sur le même sujet, mais sans y apporter de nouvelle contribution. Philadelphy, après description de ses cas (12) était arrivé à incriminer l'achillée (*Achillea millefolium*) comme étant l'agent étiologique. Or, en 1931 (13), il donne dans un nouvel article une photographie splendide de la partie latérale du thorax d'un de ses malades où l'on voit un véritable calque d'une plante entière avec tige, feuilles et sommités fleuries ressemblant tout à fait à l'achillée. Gans (14) était arrivé aux mêmes conclusions dès 1929. Il avait réussi à faire apparaître une dermatose de toutes pièces en appliquant l'achillée sur la peau, et à obtenir des réactions positives à l'aide de feuilles bouillies, de feuilles crues et d'un extrait éthéré de feuilles, chez des malades guéris de leur dermatose bulleuse.

Pour Touton (15, 16), il ne peut s'agir que d'une toxicodermie provoquée par le revêtement siliceux de certaines plantes, qui au contact avec la peau, agissent comme le feraient d'autres agents sensibilisateurs externes (le froid, la lumière, etc.), en libérant dans les tissus de l'organisme de l'histamine ou une albumine étrangère, par simple contact avec cette silice. Parmi les plantes incriminées par Touton, se trouvent les différentes espèces de la famille des cératophylles, d'après ses propres observations, mais il n'en exclut pas d'autres plantes.

Voici notre propre observation recueillie chez une jeune étudiante en lettres âgée de 22 ans qui pratique la nage, le bain de plein air et de soleil depuis des années et qui, cette saison même, avait déjà été à plusieurs reprises au même bain, mais à d'autres endroits dans l'herbe.

Fisch... Gabrielle. Antécédents héréditaires : parents sans particularités, 3 frères bien portants. Antécédents personnels : rougeole, coqueluche et angines fréquentes, règles normales et régulières depuis l'âge de 14 ans.

Maladie actuelle : jeune fille d'excellente constitution, à cheveux blond-roux, à peau blanche et fine. La figure et le triangle du décolleté sont parsemés de taches de rousseur.

Le 26 mai 1931, la malade a été prendre un bain au lieu dit « Baggersée » puis, pour se sécher, elle s'est couchée dans l'herbe en plein air, réduisant le plus possible les dimensions du costume de bain pour absorber le maximum de soleil.

Le 27 mai 1931 au soir, elle constate sur la cuisse droite une plaque gonflée rouge et chaude.



Le 28 mai 1931 au matin, la plaque cuisant de plus en plus, elle applique de la crème « Bibiana », spécialité allemande ; une heure plus tard environ apparaissent des décollements bulleux pour lesquels elle vient consulter, décollements siégeant non seulement à l'endroit enduit de crème, mais sur de grandes surfaces cutanées.

État actuel : sur la *face interne de la cuisse droite*, nous nous trouvons en présence d'une lésion occupant une surface longue d'environ 15 centimètres sur 10 centimètres de large, très irrégulièrement distribuée. Cette lésion est constituée par une série de décollements bul-

leux, atteignant la dimension d'un noyau de cerise, d'autres plus petits ne dépassent pas la toute petite lentille. Les décollements siègent tous sur une base rouge carminée qui leur fait une bordure suivant exactement leurs contours. Quelques-uns sont arrondis, mais irrégulièrement, d'autres ont une forme quelconque. Certains siègent le long de stries linéaires de 3 centimètres de longueur et plus, larges de 4 millimètres, parsemées sur toute leur longeur par de petites bulles remplies de liquide trouble. Selon leur taille, les bulles sont, ou toutes tendues d'un liquide abondant, ou plus ou moins flasques et affaissées, le liquide étant parfois limpide comme de l'eau de roche, parfois légèrement trouble. De très nombreuses vésicules, visibles à l'œil nu, mais plus accentuées à la loupe, se rencontrent parsemées sur la même base carminée.

Nous retrouvons les mêmes *lésions linéaires* en différents endroits du corps, mais plus particulièrement nettes à la face inférieure du *coude droit*, où les lésions sont groupées en belles stries.

En général, nous voyons des rougeurs linéaires ou en petits placards irréguliers, arciformes ou droits, ou groupés en bouquets, sur les omoplates et le haut du dos, sur la nuque et le haut des épaules, à la face postérieure des deux bras, à la face postérieure des deux jambes, à la face interne des deux cuisses et au genou droit ; les rougeurs sont tantôt légèrement surélevées sur le reste des téguments, tantôt accompagnées de vésicules et de petits décollements bulleux. Le seul endroit où nous retrouvions de vraies bulles ressemblant à des bulles de brûlure est la face interne des deux cuisses, région à peau plus fine.

Traitement : pâte au glycérolé d'amidon et poudre de talc après ouverture des principales bulles.

La malade, revue 8 jours plus tard, est presque guérie.

*
* *

Voici donc une dermatose bulleuse apparue à la suite d'un bain en plein air, avec consécutivement un bain de soleil pris couché dans l'herbe, le corps étant encore mouillé. Cette éruption est apparue après un temps d'incubation de 24 heures, pour n'être à son maximum que 36 heures après le bain. Les auteurs allemands ont tous mentionné également un temps de latence plus ou moins long, allant de 1 à 2 jours, la grande majorité de ces cas apparaissant après 24 heures. Pendant la période prodromique, le malade ressent une cuisson intense de la peau débutant parfois alors qu'il est encore étendu dans l'herbe, parfois commençant seulement dans la nuit qui suit.

La période d'état est caractérisée par de la rougeur carminée sur

laquelle siègent, en des groupements différents, des vésicules et des bulles de toutes tailles, allant du grain de chènevis à l'œuf de pigeon. Ces décollements sont remplis de liquide clair ou trouble ils sont flasques ou bien tendus. L'agencement des bulles est pathognomonique : on retrouve régulièrement *des lignes droites, des angles aigus, des négatifs et des calques comme de bouquets de plantes froissées, des dessins arciformes inhabituels en dermatologie*. Lorsque les bulles sont formées, il ne se fait plus de nouvelles poussées; il semble que le toxique ou l'agent externe provocateur ait épuisé en une seule fois ses vertus nocives.

Si on n'ouvre pas les bulles pour les panser à plat, elles se flétrissent spontanément en quelques jours et la guérison se fait sans aucune intervention. Les bulles ouvertes montrent un derme mis à nu, suintant légèrement et guérissant très vite sous des poudres inertes ou des pâtes à l'eau. Tous les cas ne laissent pas à leur suite une pigmentation aussi intense que celle mentionnée par Siemens, mais presque tous les auteurs signalent des traces pigmentaires nettes longtemps après la guérison de leurs malades. La localisation principale se fait toujours aux endroits qui ont été en contact étroit avec le sol, donc dans ces cas avec l'herbe des bords des rivières ou lacs ; dans notre cas, les lésions se trouvaient manifestement sur la moitié dorsale du corps, la malade s'étant couchée sur le dos, jambes écartées (d'où la participation de la face interne des cuisses) et sur le côté droit, le frottement ayant porté surtout sur la cuisse droite et sur le coude du même côté. Il est à noter aussi que les lésions ne se sont pas cantonnées uniquement aux parties découvertes, on en trouve également quelques-unes aux endroits qui sont recouverts du costume de bain, mais là elles sont en général beaucoup moins intenses et seulement rarement bulleuses.

Les deux sexes sont également frappés de cette dermatose et aucun ne semble devoir y prédisposer. L'âge ne semble pas jouer de rôle non plus, on a signalé des enfants, des jeunes gens et des adultes qui en étaient atteints.

C'est toujours pendant la saison d'été qu'apparaissent ces éruptions, mais c'est aussi pendant cette saison qu'on se baigne et qu'on se sèche au soleil. La majorité des cas se rencontrent en juillet, mais le nôtre nous est venu en juin et Siemens en a vu un fin août. Ce qui est curieux, c'est qu'il y a très nettement des recrudescences

annuelles : certaines années on en a vu et signalé beaucoup, alors que l'année d'après, quand les différents auteurs attendaient les cas avec impatience, il n'y en avait pratiquement pas. Et pourtant, ces années étaient aussi chaudes les unes que les autres et le nombre des baigneurs et des rameurs n'a fait que croître en Allemagne.

Le facteur individuel de sensibilisation joue certainement un rôle important dans la genèse de cette dermatose, car parmi de très nombreuses personnes couchées au même endroit, une seule fera une éruption et encore ne la fera-t-elle pas chaque fois. L'influence nocive des herbacés des bords de l'eau semble établie, que ce soit l'achillée, les prèles ou d'autres plantes, mais nous ignorons tout du mécanisme par lequel elle agit. Faut-il incriminer la silice, les poils piquants des plantes, les fleurs? Nous n'en savons encore rien.

Nous espérons qu'à l'avenir, si de tels cas se présentent chez nous, on saura les reconnaître, jusqu'à présent les auteurs de langue allemande seuls en ayant publié des observations.

Au moment d'envoyer notre article à la rédaction, nous trouvons dans le *Bulletin de la Société Française de Dermatologie* de juillet 1931, publiée par MM. Spillmann et Weiss (17), la relation de deux cas de « Dermites vésicantes d'origine végétale ».

Il s'agit de deux enfants qui ont fait des éruptions bulleuses et vésiculeuses des mains, de la face, des parties découvertes en général, le lendemain de jours où ils avaient joué dans des jardins, faisant des bouquets de fleurs de différentes espèces, l'un d'eux ayant couru toute la journée dans une prairie au milieu d'herbes hautes et fleuries. Ces enfants, il est vrai, n'avaient pas pris de bains froids, mais les auteurs disent que « la chaleur était telle que même au repos la peau était couverte de sueur ».

Spillmann et Weiss ne semblent pas avoir été frappés par une ordonnance particulière des bulles, du moins ils ne le mentionnent pas ; il est vrai dans ce cas qu'elles pouvaient être distribuées sans ordre, les conditions d'apparition n'étant pas les mêmes. Ils signalent le prurit violent, la coloration rouge vif de la peau entre les bulles, l'œdème érythémateux des endroits non bulleux, la rapidité de guérison par des moyens thérapeutiques simples.

Parmi les plantes susceptibles d'avoir provoqué ces éruptions les auteurs relèvent des renoncules, des millefeuilles, la moutarde,

Pour eux, l'action de la moutarde comme particulièrement vésicante, leur paraît devoir être la plante coupable. Pour notre part, nous n'hésitons pas à rapprocher ces deux cas du nôtre, malgré la différence apparente des conditions d'apparition.

(Expédié à la Rédaction en octobre 1931).

BIBLIOGRAPHIE

1. Oppenheim. — Ottakringer Badebeiss. *Wiener Dermatolog. Gesellschaft*, 20 oct. 1926.
2. Hartmann et Briel. — Ueber gehaüftes Auftreten einer bullœsen Hauterkrankung in Strandbädern. *Dermatol. Zeitschrift*, 1927, vol. L, p. 205.
3. Naegeli. — Ueber einen beim Baden entstehenden Hautausschlag die sog. Hundsblattern. *Schweiz. Med. Wochenschr.*, vol. LIII, n° 49, p. 1121.
4. E. Brumpt. — Prurit et dermatites produits chez les nageurs par des cercaires de mollusques d'eau douce. *Académie des Sciences*, 27 juillet 1931, p. 253.
5. H. W. Siemens. — Ueber eine systematisierte bullœse Dermatitis durch Uferpflanzen. *Dermat. Wochenschr.*, 1927, vol LXXXV, p. 1577.
6. O. Marx. — Ueber eine bullœse Hauterkrankung in Strandbädern *Dermat. Zeitschrift*, 1928, vol. LI, p. 345.
7. M. Oppenheim und A. Fessler — Ueber eine streifenfœrmige bullœse Dermatitis (Freibad-und Wiesendermatitis). *Dermat. Wochenschrift*, 1928, vol. LXXXVI, p. 183.
8. H. Rock. — Ueber 2 Fälle von Dermatitis bullosa systematisata phytogenes. *Derm. Wochenschrift*, 1928, vol. LXXXVI, p. 188.
9. Fœrtig. — Ueber strichfœrmige bullœse Dermatitis durch Uferpflanzen. *Derm. Wochenschr.*, 1928, vol LXXXVI, p. 538.
10. Siemens. — Ueber systematisierte Pigmentierungen nach der bullœsen Wiesenpflanzen-Dermatitis. *Derm. Woch.*, 1928, vol. LXXXVI, p. 627.
11. Oppenheim und Fessler. — Die bullœse Freibad-und Wiesen-dermatitis. *Dermatol. Zeitschr.*, 1929, vol. LV, p. 191.
12. Philadelphy. — Eine bullœse Hauterkrankung durch Achillea millefolium. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1928, 3.
13 Philadelphy. — Zur Ætiologie der Wiesenpflanzen- (Bade) Dermatitis. *Derm. Woch.*, 1931, vol. XCII, p. 713.
14. Gans. — Ueber die Dermatitis durch Achillea millefolium. Ein Beitrag zur Ætiologie der beim Freibaden entstehenden Hautausschlæge. *Deutsche Med Wochenschr.*, 1929, p. 1213.
15. Touton. — Besonderheiten der Toxicodermia phytogenes. *Derm. Zeitschr.*, 1928, vol. LIII, p. 636.
16. Touton. — Eine Ursache beim Baden entstehender Hautausschlæge. *Derm. Woch.*, 1928, vol. LXXXVII, p. 1931.
17. Spillmann et Weiss. — Dermites vésicantes d'origine végétale. *Bulletin Soc. française de Dermatologie*, R. Nancy, 27 juin 1931, n° 7, juillet 1931, p. 1095.

DERMATITE BULLEUSE CHEZ UNE NÉVROPATHE

Par Max Henri WELTI, Chef de Clinique.
Clinique dermatologique de l'Université de Berne
(Directeur : Professeur O. Nægeli).

Chaque nouvelle observation de dermatite bulleuse que, jadis, l'on appelait « pemphigus hystérique », ne manque pas, de nos jours encore, d'éveiller un sentiment mélangé de curiosité et d'intérêt scientifique. L'étendue, la forme et la localisation de ces altérations cutanées sont en général si bizarres que nous sommes tentés de les attribuer à un événement mystique. Et même si nous réussissions à en découvrir la pathogénie, à en trouver la cause motrice et à convaincre le malade, cela ne voudrait pas dire que nous soyons au clair. Car bien souvent ce n'est que la connaissance des motifs psychopathologiques spéciaux qui nous permet de trouver une solution aux énigmes d'une morphologie pareillement étrange.

Ces derniers temps justement l'intérêt pour de pareils cas bizarres s'est de nouveau accru, grâce aussi aux publications récentes sur une stigmatisée : Thérèse Neumann de Konnersreuth en Allemagne (Jacobi entre autres).

Il est vrai que la malade dont s'occupe le présent travail n'est pas une stigmatisée au sens pur du mot, car il lui manque le facteur religieux pour tant que nos observations nous permettent d'en juger.

Les détails suivants de l'anamnèse ne manquent pas d'intérêt :

M^me^ B. H..., 44 ans, ménagère, avec ascendance tuberculeuse importante.

Antécédents héréditaires et collatéraux : Père mort de tuberculose pulmonaire, mère (aliénée) d'un cancer, 2 sœurs de maladies inconnues. Une sœur en bonne santé. Grand'mère et grande-tante, de même que 2 tantes du côté du père sont mortes aussi de tuberculose pulmonaire. Quatre enfants en bonne santé. Un enfant est atteint de tuberculose pulmonaire, un est mort de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels : Dans l'enfance, rougeole. A 23 ans, appendicectomie. Dans la suite, 2 pneumonies avec néphrite. A 27 ans,

ANN. DE DERMAT. — VII^e^ SÉRIE. T. III. N° 1. JANVIER 1932.

péritonite pendant une grossesse. Troisième grossesse : avortement spontané. A 30 ans, péritonite tuberculeuse pendant un an ; à 32 ans, 4 opérations intéressant les sinus frontaux. Souffre depuis lors de catarrhe chronique du sinus frontal.

En 1911, la patiente fut soignée pour une affection abdominale à la



maternité cantonale, en 1911 et en 1915 pour tuberculose pulmonaire dans un sanatorium.

Maladie actuelle : Mi-juin 1929 est apparue — aux dires de la malade — à la face latérale, un peu au-dessus du genou gauche, une tache rouge accompagnée de fortes douleurs du genou. Après 2 ou 3 jours, une bulle à contour circiné se développe en 24 heures. Au bout de 3 ou 4 jours, elle atteint la dimension d'une paume de main. Le médecin envoie la malade à l'hôpital pour diagnostic.

Le 4 juillet 1929, *entrée dans notre clinique.*

Notre examen :

Examen général : Matité aux deux sommets. L'inspiration est accentuée, en partie presque bronchique. Craquements à droite et à gauche au-dessus du hile. Sur la ligne axillaire antérieure sous les dernières côtes, inspiration rude, saccadée, quelquefois grinçante. Les poumons sont de chaque côté mobiles environ 5 centimètres. Cœur : rien de particulier. Abdomen : quelque peu ptosé, avec cicatrice médiane, dur au palper, quelque peu sensible. Alternance de constipation et de diarrhée. L'œil gauche est aveugle et ne réagit qu'aux réflexes de l'œil droit qui, lui, réagit bien à la lumière et à l'accommodation (Atrophie totale du nerf optique, soit-disant à la suite de l'opération du sinus frontal en 1917). Réflexes tendineux augmentés. Romberg négatif. Urine : albumine, sucre négatifs. Sang : 7 o/o d'éosinophilie.

Etat de la peau : Au-dessus du genou gauche, quelque peu en dehors, bulle de la dimension d'une paume de main, presque ronde, d'environ 3 centimètres de hauteur, fortement tendue, sur une base sans réaction. Les parois de la bulle ne sont pas transparentes dans les deux tiers extérieurs, de couleur bleu violacé, transparentes au centre. A côté, 5 petites bulles couvertes d'épiderme inaltéré. En dessous, près du genou le reliquat de la grosse bulle dont la malade nous parla dans l'anamnèse. A la face interne du genou, bulle de la grosseur d'une pièce de 5 francs, 2 centimètres de hauteur, accompagnée d'une plus petite, voir fig. 1. Le contenu des bulles est partout séreux. Cultures négatives.

Les réactions tuberculiniques sont, à part celle de Mantoux : 1 : 5.000, toutes négatives. Nikolsky négatif. Les réactions à l'iodure de potassium 30 à 50 o/o légèrement positives. L'application interne d'iodure de potassium ne provoque pas de nouvelles bulles. Réaction de Bordet-Wassermann négative. Les bulles se vident en quelques jours et comme il ne s'en forme pas de nouvelles, la malade quitte l'hôpital. Température sub-fébrile.

Le 14 août 1929, *rentrée à l'hôpital.*

Pas de maladie intercurrente. Règles régulières, mais abondantes.

État de la peau : Au-dessus du poignet gauche, à la face palmaire, bulle tendue de la dimension d'une paume de main environ. Une bulle un peu plus petite sur le dos de la main droite à la racine du pouce. Parois de la bulle et parties environnantes de la couleur d'une peau pâle. Contenu clair, séreux.

17 août 1929 : Les bulles sont ouvertes. Tout essai pour retenir la malade à la clinique est vain. Le 21 août 1923, la malade se présente à la policlinique et se plaint de fortes douleurs dans le bras gauche. Pas d'altérations objectives.

Le 5 mai 1930, *rentrée à l'hôpital.*

Anamnèse : Depuis novembre 1929, sinusite frontale chronique. A la mi-avril, pleurésie sèche légère.

Affection actuelle : 4 jours avant son entrée, la malade se sentait mal à l'aise et avait de la fièvre. Douleur dans la jambe gauche la nuit et, environ 15 heures après, apparition de bulles à cette jambe.

Examen : Poumons comme en juin 1929, mais les symptômes aigus ont disparu. Frottement pleural sur la ligne axillaire antérieure gauche. Hypersensibilité de la peau. Urine : albumine, sucre négatifs. Poids : 59 kg. 6. Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

État de la peau : A la jambe gauche du côté des fléchisseurs, 2 bulles tendues de la dimension d'une paume de main à contenu clair. Derrière se trouve une troisième bulle déjà vidée. La peau environnant les bulles est d'une couleur rouge foncé. Trois petites bulles sur le devant de la jambe.

Le 6 août : Ponction d'une bulle plus tout à fait fraîche. Auto-inoculation provoque rougeur. Contrôle avec une solution de sel physiologique donne résultat négatif. Cultures : staphylocoques dorés et blancs. 8 mai : Nouvelle bulle à la partie inférieure de la jambe gauche côté des fléchisseurs. Ici aussi la peau ambiante est d'une couleur rouge foncé pas nettement limitée. 9 mai : Réactions tuberculiniques négatives. 12 mai : Les bulles ouvertes se guérissent lentement grâce au traitement. Réaction de papier de lacmus : neutre. Peu d'éosinophiles, réaction à l'amidon négative.

17 mai : La malade quitte l'hôpital. A la place des bulles, quelques érosions et des croûtes séreuses.

Examen psychiatrique

15 août 1929 : Généralités : Asymétrie du visage (à part le strabisme) disproportionné. Manque d'harmonie. Inconstance. Compréhension bonne. Pas de défauts d'attention ni de blancs ou de pseudo-amnésie. Intellect ordonné, pas troublé. Lucide. L'affectivité présente quelques différences atypiques : 1° affectivité grande ; 2° forte vivacité, manque de freins ; 3° grande labilité ; 4° suggestibilité augmentée (la malade passe au cours de la discussion d'un instant à l'autre du rire aux pleurs) ; 5° se réflète d'une façon anormale sur le soma — spécialement réaction prompte du système vaso-moteur aux influences psychiques. D'autres domaines aussi, tels que la sensibilité et les mouvements, semblent dépendre étonnamment du psychisme.

Influences extérieures : Le conjoint souffre d'inégalité d'humeur, s'enivre et fait du scandale, ce qui impressionne beaucoup la malade. Soucis financiers. La fille aînée inquiétait spécialement notre malade à cause de sa santé débile. Au printemps, de nouveaux soucis au sujet du mariage de cette fille.

Depuis quelques mois, période intense, état d'énervement, insomnies (commencement de la ménopause ?).

Intentions : Les premiers symptômes de maladie sont apparus pen-

dant les foins, les symptômes actuels pendant la moisson. La malade prétend avoir souffert de fatigue à la suite de son insomnie et avoir ressenti un grand besoin de se retirer pendant le jour pour pouvoir se reposer, ce qui était impossible chez elle. Bien que la malade assure être gênée par ces troubles — ce dont elle peut être du reste consciemment persuadée — elle a l'air d'être nettement iatrophile.

Deuxième examen du 8 mai 1930 : En juin 1929, le conjoint de la malade est rentré chez lui dans un état d'ébriété complète. Peu après, de nouvelles bulles sont apparues chez la malade. Le conjoint est asthmatique, buveur périodique, s'enivre maintenant chaque semaine, très brutal. Dans l'ivresse, il bat sa femme, détériore le mobilier. Fit plusieurs tentatives de suicide. Boit tant depuis 4 ans, depuis que sa mère et son frère habitent la même maison.

Il y a quelques jours, après avoir planté des pommes de terre, la malade accusa 39°6 de température. Le lendemain, rougeur et le soir, bulles aux deux genoux.

Troisième examen psychiatrique du 9 mai 1930 : La malade prétend que les bulles apparaissent aux endroits où elle fut battue auparavant par son mari. Elle rapporte toujours les apparitions de son mal aux travaux de campagne qu'elle assure du reste faire volontiers. Avant l'apparition de son mal, elle ressent des douleurs dans les parties respectives de son corps. Constipation et diarrhées alternent. Depuis 3 mois périodes irrégulières espacées de 10 à 35 jours. Depuis une année, rapports conjugaux une fois par semaine. Pas de symptômes objectifs sur la peau.

Quatrième examen du 12 mai 1930 : La malade eut cette fois une peur terrible de son mari, qui, deux jours durant, fut complètement ivre. La malade convient maintenant de ce que l'apparition des bulles suit les états d'ivresse de son mari.

Cinquième examen du 9 septembre 1930 : Au commencement d'août, apparition de deux bulles à la fesse droite (ne peuvent plus être constatées). La malade prétend avoir ressenti des douleurs à cet endroit deux jours auparavant. Elle nie tout rapport de ces bulles avec quelque tort psychique ou physique causé par son mari qui, du reste, s'est mieux conduit et moins enivré les derniers temps. Finalement, elle avoue pourtant que les bulles sont apparues le lundi, suivant le samedi, jour où son mari avait bu comme d'habitude. Elle nie toute dispute avec lui.

De tous ces faits on peut en déduire que la malade H.... est un cas typique de prédisposition hystérique aux apparitions aggravées par le commencement de la ménopause (hystérisation).

En ce qui concerne le diagnostic différentiel, entrent en ligne de compte d'abord toutes les maladies de peau avec apparition de bulles. Le pemphigus n'entre pas en ligne de compte à cause de la

morphologie (bulles géantes), l'évolution, l'état général momentanément troublé mais ordinairement bon, et la réaction de Nikolsky manquante. La dermatite herpétiforme de Duhring ne paraît pas probable à cause de la monomorphie des éruptions, de la grosseur considérable de chacune des bulles, du manque de groupement, de douleurs et de démangeaisons pendant l'exacerbation. Il est vrai que la provocation externe par l'application d'iodure de potassium put être faite, mais ce seul critère n'aurait pas le diagnostic de maladie de Duhring, surtout, depuis que nous savons que, dans certains cas rares, l'application d'iodure de potassium donne des résultats positifs dans les cas de pemphigus et d'autres dermatoses. L'épidermolyse bulleuse héréditaire de Kœbner est caractérisée par le contenu hémorragique des vésicules (Darier) et par sa localisation aux endroits exposés aux traumatismes. Pourtant, dans les cas de pemphigus hystérique, on cite fréquemment que le contenu des bulles (ou la paroi de la première bulle géante observée) est hémorragique (Darier). En plus, les bulles n'apparurent pas seulement aux extrémités, mais fréquemment à des endroits abrités (côtés intérieurs des cuisses, etc.). Et, en fin de compte, l'apparition de l'affection après la 40e année parle contre une épidermolyse bulleuse, de même que le phénomène de Nikolsky qui fut improvoquable. Toutes les autres affections avec apparition de bulles, y compris le pemphigus iodique, peuvent être exclues autant du point de vue clinique que par les recherches expérimentales et bactériologiques — à part celles provoquées par des traumatismes ou des causes psychiques. Le résultat bactériologique positif cité plus haut ne peut entrer en ligne de compte, parce que les cultures de staphylocoques dorés et blancs provenaient de bulles anciennes, ce qui faisait présumer une infection secondaire. En ce qui concerne les réactions positives à l'iodure de potassium, on ne réussit pas à provoquer des bulles, mais une simple rougeur. L'application interne d'iodure de potassium ne provoqua pas de bulles.

Nous n'avons donc affaire qu'à une maladie d'origine purement psychique, ou d'ordre végétatif, ou alors à un mal provoqué par un traumatisme tel que pression, coups, frottement ou par une action chimique.

En ce qui concerne le dernier facteur, l'aspect des bulles ne nous donna pas le moindre indice d'une étiologie traumatique. La peau

sur et autour des bulles n'est tout d'abord ni rouge ni atteinte d'aucune trace de lésion sous forme d'altération de la substance. Le seul doute qui nous reste est le fait que la malade prétend que la peau était rouge aux endroits où apparurent les bulles, fait que nous ne pûmes jamais vérifier. Seulement, après que les bulles eurent atteint le maximum de leur volume, on vit apparaître à leur périphérie une coloration d'un bleu violacé.

Nous n'avions pas d'indices pour une genèse traumatique à part les assertions de la malade prétendant que la maladie était en rapport avec les travaux de campagne ou les brutalités de son mari.

De même le doute d'une application de substances chimiques par la malade est réfuté énergiquement, et nous ne sommes pas à même de fonder nos doutes.

Tout ceci ne veut naturellement pas dire qu'on peut exclure toute étiologie traumatique ou chimique.

En ce qui concerne l'étiologie psychique des maladies de la peau en général, les auteurs ont des opinions divergentes et un accord en ce sens n'a pu encore être fait. Certains admettent que celle-ci existe et citent comme exemple les bulles suggérées pendant l'hypnose. D'autres, au contraire, — et ceux-ci sont aujourd'hui en majorité — excluent toute étiologie purement psychique. Ainsi, par exemple, Jolowicz cite ce cas :

> Il s'agit d'une jeune domestique de 23 ans, facile à hypnotiser profondément, à laquelle on pouvait suggérer qu'une bulle se formerait sous une pièce de 5 francs posée sur sa peau. D'abord apparut une rougeur à cet endroit et, seulement après quelques jours, on put observer une bulle de brûlure fraîche. Elle dit qu'à la suite d'une maladresse une goutte d'eau bouillante lui était tombée sur l'avant-bras. Elle réfute toute intention, même à l'état d'hypnose. Le rapport entre sa maladresse et l'ordre suggéré n'est avoué qu'une semaine après en état d'hypnose. A l'état de veille, elle ne sut jamais qu'elle s'était provoqué cette vésicule de brûlure intentionnellement, pour suivre l'ordre.

Ce cas nous prouve clairement la provocation psychique, mais aussi la nécessité traumatique.

Pourtant nous savons bien que la provocation de différentes dermatoses par des altérations psychiques, spécialement des chocs psychiques, existe. Je ne citerai que le psoriasis, de même que quelques formes d'eczéma ou de pemphigus, dont l'éruption ou

l'exacerbation suit souvent une dépression ou une affection psychique. Ici je dirai que, actuellement, en collaboration avec mon chef, le professeur O. Nægeli, nous nous sommes occupés d'une façon approfondie du pemphigus et que, dans une littérature internationale très riche, nous n'avons trouvé que dans quelques cas rares le pemphigus précédé ou suivi de maladies mentales. En tous cas, nous avons l'impression que le pemphigus n'est pas plus en corrélation avec des psychopathies que n'importe quelle autre maladie.

Stern affirme qu'une influence psychique peut non seulement déclencher une dermatose, mais en être l'étiologie même. Ainsi par exemple, les cas d'*angioparalysis cutanea*, de dermographisme, d'urticaire, de pemphigus, d'*herpes simplex* et de zona, de canitie, d'alopécie et d'hyperidrose, ce qui certainement est exagéré. Par contre on a souvent décrit des cas de bulles et vésicules d'origine psychique. Bettmann dit qu'un rapport établi entre une dermatose et le psychisme peut en cas de récidive être renouvelé ou même renforcé.

Strandberg lui aussi a vu des combinaisons fréquentes de troubles psychiques et d'altérations cutanées. L'expérience elle aussi nous a appris que les dermatoses d'ordre vasomoteur ou trophique n'ont pas toutes la même forme clinique, mais qu'elles sont en général des symptômes de différentes affections nerveuses et psychiques. Mais des dermatoses qui seraient typiques pour des maladies psychiques ne sont pas encore connues (Strandberg). Sack est d'avis que des dermatoses d'origine purement psychique n'existent pas, mais que dans certaines maladies de la peau le côté psychologique de l'étiologie est plus prononcé que le côté physique qui, lui, ne peut être exclu. Strandberg explique la chose de cette façon. L'épiderme et le système nerveux central sortent du même feuillet blastodermique (l'ectoderme) — qu'une lésion de celui-ci ou qu'un développement embryologique partiellement arrêté provoquerait donc des symptômes se manifestant autant à la peau qu'au système nerveux ou au cerveau.

Il nous reste à nous occuper du pemphigus chez les hystériques. La question de la gangrène angioneurotique spontanée ainsi que celle de son origine est encore discutée. On la connaissait déjà dans le temps sous le nom de stigmatisation (Jacobi). La littérature dermatologique décrit des éruptions bulleuses, ulcéreuses et gangré-

neuses qui peuvent être envisagées comme symptômes d'ordre neurogène exclusif (*pemphigus chloroticus* ou *pemphigus hystericus*). Pourtant certains savants ont catégoriquement prétendu que tous les cas de *pemphigus hystericus* devaient être considérés comme des artéfacts de nature chimique ou physique. C'est l'opinion de Babinski, Darier, Gougerot et d'autres. Kreibich, lui, est d'un avis opposé : un érythème d'origine psychique peut se fixer pour une durée plus ou moins longue. De même un érythème de nature presque physiologique peut, dans certains cas de prédispositions spéciales, durer plus longtemps, voire même se fixer et passer à l'état pathologique. Il ne reste qu'un pas pour arriver aux angioneuroses, et Kreibich, que beaucoup d'autres savants approuvent, place le pemphigus hystérique dans ce groupe.

Nous-même partageons les idées de Seligmann et de Jadassohn qui n'admettent pas une gangrène hystérique spontanée (cité : Strandberg « Psyche und Hautkrankheiten »), mais que certains phénomènes d'ordre vasomoteur avec altération du sang diminuent la force de résistance de la peau contre certains effets nocifs, de telle sorte que celle-ci réagit autrement que la peau normale aux traumatismes ou aux infections. Cette déduction semble juste aussi dans les cas de *pemphigus hystericus*. Nos connaissances dans ce domaine étant actuellement assez incomplètes, nous ne donnerons pas une explication unique et valable pour tous les cas.

Examinons encore une fois notre cas. Nous voyons que nous avons affaire à un sujet qui, d'après Kretschmer, peut être classé dans le groupe des types asthéniques — l'apparition de défauts physiques (démence précoce) d'une part, et de maladies physiques (tuberculose) d'autre part, chez ce type est bien connue. Notre malade aussi a souffert de tuberculose pulmonaire. Notre examen nous a révélé des altérations des deux poumons. L'analyse psychique a décelé chez cette femme très psycholabile une disposition hystérique très prononcée qui est très probablement en rapport avec le commencement de la ménopause.

Nous n'attribuons pas une très grande importance aux dires de la malade qui rapporte son mal à des travaux de campagne pénibles. Il nous paraît plutôt qu'il existe un rapport entre les périodes de boisson du mari — impression qui chez cette femme comme chez bien d'autres femmes d'alcooliques est profondément gravée — et les éruptions de bulles.

Nous n'avions pas de preuves non plus qui eussent pu expliquer un si curieux développement des suites des voies de fait (coups, pincements) du mari sur l'épiderme sensible d'une hystérique.

Bibliographie

1. Die Stigmatisierte von Konnersreuth, par Ed. Aigner. *Allg. ärztl. Zeitschrift für Psychotherapie und psych. Hygiene*, t. I, p. 337, 1928.
2. Zur Frage der psychogenen Hauterkrankungen, par S. Bettmann. *Der Nervenarzt*, n° 9 du 15 septembre 1928.
3. Sudor sanguigno e stigmate religiose, par Vincenze Bianchi. *Arch. di antropol. crim. psichiatr. e med.*, t. XLVI, p. 152, 1926.
4. Miliare, disseminierte Hautnekrosen durch vasomotorische Neurose bei einer Hysterica, par E. Bulle et W. Haase. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n° 35 du 2 septembre 1927, p. 1498.
5. Neue Beiträge zur Frage der Psychogenese von Hautsymptomen, par Bunnemann. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, t. LXXXVIII, p. 589, 1924.
6. *Précis de Dermatologie*, par J. Darier, Masson, Paris, 1923.
7. Les réactions cutanées d'origine émotive, par Ch. Flandin. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, n° 26, p. 1264, 42e année, 1926.
8. Zum Verständnis und zur Kritik der Vorgänge in Konnersreuth, par W. Jacobi. 90. *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte*, Hamburg, 15.22-IX, 1928.
9. Bewusstsein und Bewusstheiten, par Ernst Jolowicz. *Zentralblatt für Psychotherapie*, n° 6 du 30 juin 1930, p. 334.
10. Ueber nervöse Ueberempfindlichkeit der Haut, par C. Kreibich. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. XCIII, p. 59, 1908.
11. Zur Methode der Erforschung psychogener Dermatosen, par W. Th. Sack. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. CLIV, p. 410, 1928.
12. Zur Frage der psychogenen Dermatosen, par Stern. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, t. LXXIX, p. 218, 1922.
13. Psyche und Hautkrankeiten, par J. Strandberg. *Psychogenese und Psychotherapie, Körperliche Symptome*, publiée par Oswald Schwarz chez J. Springer, Vienne, 1925, p. 258.
14. Zwischen Religion und Krankheit. Das Problem der stigmatisierten Jungfrau Therese Neumann von Konnersreuth, par Wolfgang von Weisl. *Religionspsychologie*, n° 4, p. 1, 1928.

NÉCROLOGIE

Le Professeur KRZYSTALOWICZ

(1868-1931)

La dermatologie polonaise vient de perdre son chef incontesté, le premier titulaire de la chaire de Clinique des maladies cutanées de la Faculté de Médecine de Varsovie redevenue libre, et la France voit disparaître un de ses amis fidèles. Nous voudrions rappeler ici les grandes lignes de sa carrière et rendre hommage à sa mémoire.

Krzyztalowicz naquit en 1868 à Cracovie où il poursuivit ses études et dont il quitta la Faculté, sept ans après son doctorat et déjà spécialisé en dermatologie, mais avide d'échapper à l'influence purement morphologique de l'école de Vienne et attiré par des doctrines plus précises. Deux années passées chez Unna à étudier l'anatomie pathologique devaient aboutir à un travail d'ensemble sur l'élacine. En 1900 il fit un long séjour à Paris, fréquentant le service de Fournier et travaillant dans le laboratoire de Malassez sous la direction de Darier. Un mémoire sur les syphilides lui valut alors le prix Zambaco-Pacha. Un deuxième séjour à Paris en 1904 fut consacré à suivre les cours de l'Institut Pasteur et à travailler la mycologie dans le laboratoire de Sabouraud ; un troisième séjour à l'étude de la curie-thérapie, chez Wickham.

Entre-temps il obtenait à Cracovie les titres d'agrégé, de professeur sans chaire et en 1916 celui de professeur, Directeur de la clinique dermatologique de Cracovie.

En 1919, sa patrie ayant été libérée, il fut appelé à faire construire et à organiser la nouvelle Clinique dermatologique de la Faculté de Varsovie, chaire qu'il allait occuper durant 12 ans, se consacrant à la fois à la recherche scientifique : travaux sur l'histologie de la peau, sur les mycoses, sur le rôle des microbes pyogènes dans la pathologie cutanée et principalement dans l'eczéma,

et à la besogne d'organisation qui s'imposait dans la Pologne redevenue libre. A côté de sa Clinique dermatologique, il fit construire un grand Institut de radiumthérapie, centre anti-cancéreux. Il créa également la Société polonaise de dermatologie, ainsi que la Ligue polonaise antivénérienne dont il devint le président. Enfin, il fut encore un des organisateurs et le premier président de la Société des dermatologistes slaves. Son autorité s'exerçait sur toute la dermatologie polonaise dont il était le chef incontesté et respecté.

Fidèle ami de la France, il était assidu à nos Congrès des dermatologistes de langue française et chacun a pu y apprécier les grandes qualités de son esprit, sa pondération, son bon sens et aussi sa parfaite urbanité.

Invité au dernier Congrès des dermatologistes slaves tenu à Belgrade en juin dernier, j'avais eu l'heureuse fortune d'y passer quelques jours en la compagnie constante du Professeur KRZYZTALOWICZ et de faire avec lui et notre commun collègue et ami, le Professeur Samberger, le voyage de Zagreb, puis de Bad-Gastein. Il ne cessait de me parler de la France et de ceux qu'il appelait ses maîtres français avec le plus fidèle souvenir et la plus touchante émotion, et je m'honorais à mon tour de l'amitié de ce parfait galant homme.

Le sort l'a ménagé ! Parti trop tôt, ce fut du moins subitement et sans qu'il s'en aperçut, dans les bras de son premier assistant, le Docteur Grzybowski.

La dermatologie française s'associe au deuil de la dermatologie polonaise douloureusement atteinte et la prie de trouver ici l'expression du souvenir fidèle qu'elle gardera du Professeur KRZYZTALOWICZ.

L.-M. PAUTRIER.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en septembre 1931.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Uréthrites gonococciques et non gonococciques; expérimentation clinique, par Franck (de la Chaux de-Fonds). *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, nº 9, septembre 1931, p. 641.

Le gonocoque, dit F., peut dans certaines conditions revêtir des caractères totalement différents de ceux qui lui sont attribués dans les cas classiques. Il existe certainement des porteurs et des porteuses de gonocoques saprophytiques. La douleur n'est pas le signe qui fait consulter un homme blennorragique, mais la suppuration. Les femmes, d'ordinaire, ne s'aperçoivent de leur blennorragie que par les complications. Il a été souvent impossible de déceler le gonocoque chez des femmes présentant de véritables foyers d'infection. Le certificat médical attestant qu'une femme n'est pas atteinte de blennorragie ne signifie momentanément rien. Les personnes suspectes de gonococcie, même sans signes cliniques ou bactériologiques, devraient ou être traitées obligatoirement ou du moins être observées chaque année plusieurs fois. La gono-réaction, l'étincelage (Demonchy) sont d'une aide précieuse comme test de guérison. La gonococcie est une affection très complexe aux points de vue clinique et surtout bactériologique, aussi F. propose-t-il de séparer les affections blennorragiques en 2 groupes : *a*) blennorragie gonococcique ; et *b*) blennorragie non gonococcique qu'il étudiera dans un mémoire ultérieur.

H. Rabeau.

Sur la fréquence du chancre syphilitique du vagin, par R. Lakaye (Liège). *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, nº 9, septembre 1931, p. 655.

Le chancre syphilitique du vagin est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croyait jusqu'à présent. Sur 173 cas, il en observé 16 cas, 9 o/o ; dans la statistique de Fournier, 1 cas sur 249. Sur les 16 cas, 10 siègent à la paroi postérieure, 2 à la paroi antérieure, 4 n'ont pas de désignation précise. C'est en général un chancre ulcéreux, sans rougeur périphérique, de petites dimensions, complètement indolore, sans ganglions inguinaux caractéristiques. Le chancre du vagin est aussi fréquent que celui du col utérin, il doit être recherché systématiquement.

H. Rabeau.

Une observation rare d'envahissement du phtirius inguinalis, par Houloussi Behdjet. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 9, septembre 1931, p. 660.

Ce vieillard de 84 ans donnait l'impression d'être atteint au visage et sur la poitrine de kératose sénile. En réalité, il s'agissait d'agglomérations de *phtirius inguinalis*. Tout le corps était envahi par les parasites. H. Rabeau.

Phagédénisme chancrelleux et syphilis. Guérison par le 914 (Hétérothérapie), par H. Gougerot et P. Blum. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 9, septembre 1931, p. 662, 1 fig.

Milian a insisté sur l'association syphilitico-chancrelleuse et les aspects cliniques des lésions mixtes. Le phagédénisme chancrelleux doit toujours faire rechercher le terrain syphilitique acquis ou héréditaire. Il doit faire instituer le traitement antisyphilitique qui agira par hétérothérapie. L'observation que publient G. et B. confirme ces faits. Il s'agit d'un homme de 30 ans qui présentait une chancrelle phagédénique datant de 2 mois 1/2. La recherche du Ducrey est positive, celle du tréponème négative, mais la réaction de Bordet-Wassermann est positive totale. Le malade guérit son ulcération grâce à quelques injections intraveineuses de 914. Il s'agit d'un phagédénisme chancrelleux sur terrain syphilitique. H. Rabeau.

Petits traumatismes et localisation de syphilides secondaires, par R. Barthélemy. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 9, septembre 1931, p. 666.

Syphilis secondaire en activité depuis 5 mois au moins, ayant donné lieu à des poussées cutanéo-muqueuses et restée totalement méconnue par le sujet, sa famille et son médecin. L'aspect lichénoïde de divers éléments plaide en faveur de la virulence de l'infection. L'application de ventouses fit apparaître dans l'aire de chacune d'elles une nappe pseudo-lupique, circulairement circonscrite et constituée par la confluence absolue d'éléments qui en dehors s'éparpillent. Le petit traumatisme de la ventouse a fait point d'appel. H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Dermatose cyclique en gouttes pigmentées parakératosiques, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, nos 7-8, juillet-août 1931, pp. 387-389.

Affection très rare que l'auteur décrit d'après trois ou quatre cas qu'il a rencontrés. Il en apporte une observation détaillée. Éruption café au lait, comme du *pityriasis versicolor*, en taches ovalaires à surface finement plissée, donnant par le grattage une fine squame psoriasiforme ; guérison en quatre semaines. Histologiquement, inflammation dermique avec assez nombreux infiltrats péri-vasculaires, effacement des cônes interpapillaires avec atrophie de l'ensemble de l'épiderme et légère parakératose. A. Bocage.

Abcès cutanés de l'enfance, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, nos 7-8, juillet-août 1931, pp. 390-398.

Bien que convaincu de la rareté de l'origine tuberculeuse des abcès cutanés chez l'enfant, l'auteur groupe ici avec deux observations antérieures de Rémy et de Ausset, trois cas personnels : enfants de 9, 17 et 18 mois, dont deux hérédo-syphilitiques, faisant des abcès cutanés à répétition, dans lesquels le bacille de Koch put être mis en évidence par l'examen direct ou l'inoculation. Le pus apparaît d'emblée ; la ponction avec injection modificatrice est le meilleur traitement.

A. Bocage.

Infiltrats dermo-épidermiques streptococciques, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, nos 7-8, juillet-août 1931, pp. 399-402.

Deux observations de ces infiltrats, l'un gommiforme chez un nourrisson, à la suite d'un érysipèle, se résorbant spontanément, l'autre chez un adulte, diffus, au niveau du mollet, se terminant par abcédation.

A. Bocage.

Bubon inguinal syphilitique suppuré, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, nos 7-8, juillet-août 1931, pp. 405-412.

Observation datant de 1924, d'un ancien syphilitique et blennorragique qui, un mois après un écoulement uréthral dont la nature n'est pas précisée, fait une adénite inguinale suppurée. Au bout de trois mois, malgré un drainage filiforme, elle persiste encore et un traitement novarsénobenzolique en vient rapidement à bout. Tous les examens microscopiques et sérologiques avaient été négatifs, ainsi que les autoinoculations et cuti-réactions.

Discutant le diagnostic étiologique, l'auteur élimine gonocoque, pyogènes banaux, bacille de Koch et ne retient que le tréponème, signalant que plusieurs des cas qualifiés lymphogranulomatose inguinale doivent être catalogués adénopathies syphilitiques. Il rappelle l'opinion de Lacapère qui a vu souvent les ganglions syphilitiques primaires suppurer chez l'Arabe et une publication d'Audry et Chatelier sur la syphilis à bubon d'emblée.

A. Bocage.

Pseudo-intolérance à l'arsenic, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, nos 7-8, juillet-août 1931, pp. 413-416.

Un porteur de chancre avec Wassermann positif fait quelques réactions fébriles à l'occasion d'injections de novarsénobenzol. Puis après interruption de plusieurs mois de son traitement, il revient couvert de syphilides avec roséole de retour et un gros foie. A ce moment, les injections novarsenicales sont suivies d'accès fébriles intenses, sans congestion de la face, mais avec une épistaxis. Cependant, la cicatrisation des lésions s'amorçait. Un traitement au cyanure de mercure négativa rapidement le Wassermann et permit de reprendre ultérieu-

rement sans incident le novarsénobenzol à fortes doses. Il ne s'agissait donc pas d'intolérance, mais seulement de réaction biotropique syphilitique attribuable à la localisation hépatique de l'infection.

A. Bocage.

Archives de l'Institut Prophylactique (Paris).

Appréciation par la syphilimétrie des effets d'un médicament, par A. Vernes et M. Leger. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. III, nº 3, juillet-septembre 1931, p. 337.

Les auteurs publient quelques graphiques relatifs aux traitements bismuthiques. La syphilimétrie permet d'apprécier l'action du bismuth qui, dans certains cas, donne le résultat attendu, dans d'autres cas, agit aussi mal que les arsénos et le mercure, dans d'autres, enfin, donne des résultats qu'on n'avait pas obtenus avec les arsénos. Par contre, il est des cas où il est inactif, contrairement à l'arsenic et au mercure.

Le bismuth, s'ajoutant aux sels de mercure et aux arsénos, est venu améliorer les possibilités du traitement de la syphilis. Son activité cependant doit être l'objet d'un contrôle serré. H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Conservation de la virulence du virus lymphogranulomateux, par C. Levaditi, A. Marie et P. Lépine. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVII, nº 26, 18 septembre 1931, pp. 1496-1497.

Cherchant l'action sur la paralysie générale du virus neurotrope de la lymphogranulomatose inguinale, les auteurs ont inoculé au prépuce d'un paralytique général une émulsion cérébrale provenant d'un singe inoculé lui-même par voie transcrânienne avec ce virus (douzième passage chez le singe). Au bout de 35 jours, le malade fit, sans lésion cutanée préputiale, une adénopathie inguinale bilatérale, ayant les caractères habituels de la maladie de Nicolas et Favre et témoignant de la conservation de l'activité du virus. A. Bocage.

Etude expérimentale du virus de la lymphogranulomatose inguinale. par C. Levaditi, P. Ravaut, P. Lépine et Mlle R. Schœn. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVII nº 26, 18 septembre 1931, pp. 1525-1527, 1 tableau.

Après 14 passages sur des singes dont 2 seulement firent une maladie inapparente, les auteurs concluent que la maladie expérimentale résultant de l'inoculation intracérébrale devient d'autant plus mortelle et son incubation d'autant plus courte que le virus s'adapte mieux au singe en général et à une espèce simienne donnée, en particulier. Le virus est peu résistant en dehors de l'organisme. Il se conserve au moins pendant 5 jours dans le névraxe de la souris blanche. Il est neutralisé par le sérum des malades atteints de lymphogranulomatose, mais non par celui des porteurs de chancrelles. A. Bocage.

Procédés simples et rapides de coloration pour tréponèmes et leptospires. par A. Bessemans et L. van der Berghe. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVII, nº 26, 18 septembre 1931, pp. 1571-1573.

Comparant le nombre et les déformations des tréponèmes et leptospires colorés par différentes méthodes ou examinés à l'ultra-microscope, les auteurs concluent à la supériorité de la méthode de Grumbach et surtout de celle de Mühlpfordt précédée d'une fixation au liquide formol-acétique de Rüge o.. à la solution alcoolique de formol à 10 o/o, et aussi de la méthode de Mühlpfordt-Keil (Pour cette technique, voir *Bulletin Soc. Derm.*, 1930, p. 843). A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

Le sulfate de cuivre en injections intraveineuses dans les infections strepto et staphylococciques de la peau, par Lévy-Franckel. *Journal de Médecine de Paris*, 51e année, nº 38, 17 septembre 1931, p. 823.

L'auteur utilise une solution à 1 pour 200. Il injecte le premier jour 1/2 centicube, les autres jours, 1, 2 et, dans les cas rebelles, 4 centimètres cubes de cette solution. Il a eu de bons résultats dans les infections strepto, staphylococciques de la peau, les impétigos, les folliculites, les furonculoses et dishydroses infectées. Certaines folliculites, certains sycosis se sont montrés rebelles. Les succès dans la furonculose (exception faite des hidrosadénites) ont été plus constants et plus rapides qu'avec le vaccin. H. Rabeau.

Journal Médical Français (Paris).

Données expérimentales de l'arséno-résistance, par R. Barthélemy. *Journal Médical Français*, t. XX, nº 8, août 1931, p. 268.

Il y a arséno-résistance, dit B., lorsque les manifestations cliniques ou sérologiques de la syphilis ne cèdent pas dans un délai normal à un traitement normal, conformément aux données de l'expérience courante. Ces arséno-résistances peuvent s'expliquer : *a*) par capacité de défense spontanée ou acquise propre à un tréponème donné ; *b*) par défaillances humorales ou tissulaires, spontanées ou acquises, propres à un malade donné ; *c*) par erreurs thérapeutiques augmentant l'une ou les autres.

Ehrlich, en 1907, a montré que l'on pouvait créer artificiellement des races de tréponèmes accoutumés à la fuchsine, au trypanroth, à l'atoxyl. Pour Levaditi, le tréponème pourrait s'accoutumer non seulement aux médicaments, mais encore aux anticorps dirigés contre lui par l'organisme qui l'héberge. Enfin, il faut compter avec les métamorphoses possibles du parasite et ses formes de résistance.

Levaditi a démontré qu'il y a dans l'organisme des combinaisons des arsénoïques ou arsenics avec les albumines ; les complexes protéométalloïdiques agissent par spirochétolyse directe, et par catalyse sur

les effets stérilisants des cellules et des anticorps. Si la toxalbumine ne se forme pas ou devient trop stable, elle agira peu ou pas sur le tréponème et on aura une arséno-résistance primaire ou secondaire. L'intervention des leucocytes, qui est hors de doute, peut varier et l'action médicamenteuse se modifier de ce fait. Gouin a proposé le nom de leucocyto-réaction à cette leucopénie franche survenant 2 heures après l'injection médicamenteuse qui permettrait de prévoir la résistance au médicament utilisé. A côté de ces deux facteurs graine et terrain se place l'élément thérapeutique. Il a semblé à certains auteurs que les préparations type 914, en même temps qu'elles donnaient lieu à moins d'accidents, devenaient moins actives. Cette qualité du produit serait en jeu dans certains cas et aussi l'importance des doses et leur fréquence. H. RABEAU.

Comment expliquer l'arséno-résistance, par LACASSAGNE et LEBŒUF. *Journal Médical Français*, t. XX, nº 8, août 1931, p. 272.

Les auteurs, envisageant les trois facteurs étiologiques susceptibles d'être invoqués, pensent qu'en présence de l'augmentation évidente de l'arséno-résistance, le rôle du terrain ne peut être invoqué. Deux hypothèses peuvent être discutées : l'arséno-résistance acquise du tréponème qui peut elle-même s'expliquer par une insuffisance initiale des doses, et la diminution de l'activité du 914 s'expliquant par une diminution voulue de sa toxicité, ces deux causes pouvant d'ailleurs s'intriquer.
H. RABEAU.

Etude clinique des arséno-résistances, par R. COHEN. *Journal Médical Français*, t. XX, nº 8, août 1931, p. 276.

Ces arséno-résistances ont été bien étudiées par Gougerot, Nicolas, Lacassagne et Froment qui en distinguent trois degrés : l'arséno-récidive, l'arséno-résistance caractérisée, l'arséno-activation. A côté de ces formes, C. distingue avec Gougerot les formes atténuées de l'arséno-résistance, demi-arséno-résistances qui se manifestent par une lenteur anormale de la guérison. La sérologie des syphilitiques résistants est d'interprétation difficile. De nombreux cas de négativité paradoxale chez les arséno-résistants ont été rapportés. Leur évolution échappe à toute règle. Les rapports entre les doses, la tolérance, et la variété d'arsénobenzène n'ont pu être établis de façon précise. Le pronostic des arséno-résistances n'atteignant que la peau et guérissant par d'autres médicaments est bénin. Celui des pluri-résistances, ou des récidives viscérales devra être réservé. H. RABEAU.

Modalités cliniques des syphilis arséno-résistantes, par BLUM et BRALEZ. *Journal Médical Français*, t. XX, nº 8, août 1931, p. 282.

Dès 1910 Ravaut et Weissenbach attiraient l'attention sur certains insuccès du traitement de la syphilis par le 606, et conseillaient d'asso cier le mercure aux sels arsenicaux. Depuis cette époque, de très nombreuses observations ont été publiées, mais leur fréquence est nota-

blement plus grande depuis quelque temps. Les auteurs décrivent les divers aspects cliniques spéciaux que prennent les syphilis arséno-résistantes dont le diagnostic est si important. Ils insistent sur la recherche du tréponème qu'on trouve souvent assez facilement, même dans les formes papulo-squameuses. L'épreuve du traitement par un autre médicament a une grosse valeur, les poly-résistances étant relativement rares. La réaction de Bordet-Wassermann n'a pas de valeur absolue. La leucocyto-réaction de Gouin peut être une aide utile au diagnostic. Avant d'affirmer l'arséno-résistance, il faut s'assurer que le traitement a été fait à doses suffisantes. Ils concluent à la nécessité qu'il y a de suivre un syphilitique, pas à pas, de façon prolongée et continue, et à la difficulté d'établir une formule-type de traitement.

H. Rabeau.

Syphilis du système nerveux et arséno-résistance, par R. Barthélemy. *Journal Médical Français,* t. XX, nº 8, août 1931, p. 290.

L'arséno-résistance en matière de système nerveux est difficile à apprécier. Dans la syphilis récente, la réaction d'Herxheimer et la neuro-récidive en témoignent. Mais il s'agit là de traitements mal conduits ou insuffisants. Il cite deux observations de syphilis cérébrale méningée où, malgré le traitement mixte arsenico-bismuthique, l'évolution de la maladie s'est poursuivie, et il lui semble qu'on puisse parler d'arséno-résistance. Sézary insiste sur l'inefficacité des arsénobenzènes et du bismuth dans le traitement préventif *tardif* de la neuro-syphilis. Il s'agit le plus souvent d'une résistance aux arsénobenzènes puisque les arsenicaux pentavalents restent efficaces. L'arséno-résistance (aux arsénobenzènes) apparaît, dit B., comme un phénomène général lié à la nature même du tissu nerveux qui ne reçoit et ne fixe que peu d'arsenic trivalent. On doit donc s'adresser aux arsenicaux pentavalents qui possèdent une affinité neurotrope certaine. H. Rabeau.

Le traitement des syphilis arséno-résistantes, par Barthélemy et Rabut. *Journal Médical Français,* t. XX, nº 8, août 1931, p. 294.

Lorsqu'une syphilis résiste à l'arsenic, plutôt que de changer le composé arsenical, il faut user : 1° d'un antisyphilitique différent ; 2° d'agents destinés à modifier le terrain. Parmi les médications spécifiques, le bismuth, puis le mercure, sous forme de cyanure ou de calomel. Pour les syphilis gommeuses, il faudra ajouter un traitement ioduré. Parmi les antisyphilitiques mineurs : or, vanadium, zinc, cadmium, antimoine, tellure.

La médication non spécifique s'adressera à l'état général et à l'état sérologique. Un état général défectueux sera relevé par différents moyens : cures de désintoxication, médication tonique, opothérapique. Pour les syphilis anciennes à Wassermann irréductible, on pourra tenter la protéinothérapie, l'auto-hémothérapie. La pyrothérapie, la malariathérapie, seront des moyens d'exception. On devra éviter et

prévenir l'arséno-résistance ; il faudra faire dès le début un traitement mixte, après avoir, par quelques injections d'arsenic, éprouvé l'activité de ce médicament. H. RABEAU.

Paris Médical.

Contribution à l'étude de l'agranulocytose et des syndromes agranulocytaires, par MAZET et DAUMAS. *Paris Médical,* 21e année, no 39, 26 septembre 1931, pp. 255-259, 1 tableau.

Les auteurs apportent une observation d'agranulocytose survenue chez un syphilitique de 26 ans qui, en raison d'un ictère ancien, ne reçut en un an que 12 injections de 0 gr. 30 de novarsénobenzol, 30 injections de cyanure et autant de quinby. Un syndrome hémorragique suivi d'angine gangréneuse révéla la maladie dont le début fut lentement progressif, 23 jours après la dernière injection de novar. Il s'agissait d'un syndrome nettement infectieux, anémie autour de un million de globules, de type aplastique, leucocytose tombant de 5.000 à 600 avec polynucléose baissant de 10 à 2 o/o. L'inoculation de sang à l'animal provoqua de l'anémie à tendance leucopénique avec amaigrissement guérissant en quelques semaines. L'hémoculture a été négative et les auteurs ne donnent aucune précision sur le milieu employé. Les auteurs discutant l'étiologie pensent à une infection et mettent en doute l'influence du novarsénobenzol qui cependant aurait peut-être un rôle favorisant. A. BOCAGE.

La malariathérapie et les lésions cérébrales dans la paralysie générale progressive. Action de la malaria sur le treponema pallidum, par D. E. PAULIAN et I. BISTRICEANU. *Paris Médical,* 21e année, no 39, 26 septembre 1931, pp. 293-305, 9 fig.

Résumé de 9 observations nouvelles de paralytiques généraux morts peu de temps après le début du traitement malarique. Elles confirment les faits déjà publiés : lésions prédominantes dans le lobe frontal, endovascularite obstruant les petits vaisseaux, réaction péri-vasculaire à lympho et plasmocytes, qui s'accentue au moment des accès fébriles, présence de tréponèmes normaux et altérés chez les malades non ou peu traités par la médication chimique ou la malaria, alors qu'ils sont rares chez les autres ; enfin, la malaria paraît arrêter ou ralentir des lésions dégénératives des cellules nerveuses. A. BOCAGE.

Presse Médicale (Paris).

Précisions complémentaires à une variante de la réaction de Hecht, par H. TELMON. *Presse Médicale,* 39e année, no 73, 12 septembre 1931, p. 1349.

La caractéristique de cette technique est d'effectuer la réaction sur le sérum préalablement débarrassé de l'excès nuisible d'alexine qu'il renferme généralement. Pour cela, T. utilise soit le vieillissement, soit

le séjour à l'étuve à 37°-38° pour ramener le taux d'alexine à la dose limite. Le premier temps consiste donc à apprécier la richesse en alexine du sérum, par l'évaluation du temps de l'hémolyse, d'un volume fixe de globules (unité) par l'unité de sérum. Le temps d'hémolyse normal pour les volumes déterminés est de 12 à 15 minutes. Un temps plus court indique un sérum hyperalexique qu'on devra soumettre au vieillissement, pour le ramener au taux normal. La réaction sera alors pratiquée avec des doses fixes de sérum et de globules et des quantités croissantes d'antigène.

Cette méthode réunit un ensemble de conditions favorables à la mise en évidence des réagines spécifiques ; elle est remarquable par sa sensibilité et sa spécificité. Malheureusement, elle ne facilite guère les réactions en série puisqu'elle nécessite pour chaque sérum un essai particulier. H. RABEAU.

Annales de l'Institut Pasteur d'Indochine (Hanoï).

Dispositif de micro-électrode à quinhydrone, par L. BOEZ. *Annales de l'Institut Pasteur d'Indochine,* n° 11, avril 1930, p. 23.

Cette électrode, dont le principe a été établi par Billmann, est particulièrement recommandable pour la détermination du *p*H du sérum et du plasma sanguin. B. décrit un dispositif qui permet de procéder à des déterminations précises sur 2 ou 3 gouttes de liquide. Il utilise une électrode de platine large qu'il est facile de renouveler pour chaque mesure et qui sera facilement nettoyée par chauffage au rouge dans la flamme . H. RABEAU.

Traitement de la lèpre par les savons à base d'huile d'Hydnocarpus, par L. BOEZ, S. GUILLERM et H. MARNEFFE. *Annales de l'Institut Pasteur de l'Indochine,* n° 11, avril 1930, p. 27.

Les auteurs ont préparé un savon d'huile d'*Hydnocarpus* qu'ils utilisent sous forme de pilules. 100 grammes d'huile donnent 180 grammes de savon. Les pilules sont de 0,50 centigrammes et kératinisées. Voici, par comparaison avec l'huile et les éthers éthyliques de chaulmoogra, la teneur en acides gras totaux de ce savon :

l'huile en renferme.....	89 o/o	en poids.
l'éther éthylique.....	97,5 o/o	»
le savon.....	47,2 o/o	»

On commence par 2 pilules par jour, on peut facilement arriver jusqu'à 12 et même 20 pilules par jour, ce qui fait 1 gr. 80 d'acides gras. Cette forme, bien tolérée, est particulièrement appréciée des malades. Les essais de traitement remontent à un an et les résultats obtenus sont au moins comparables à ceux obtenus par les divers traitements chaulmoogriques. H. RABEAU.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Recherches sur les saponines des herniaria glabra et hirsuta et leur influence sur le lupus vulgaire (Untersuchungen über die Saponine der Herniaria glabra et hirsuta und ihre Wirkung bei Lupus vulgariz-Kranke), par Hans Rock. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 187, 2 fig.

Recherches expérimentales sur l'influence des saponines de l'*herniaria glabra* et *hirsuta* sur le lupus vulgaire (l'*herniaria glabra* et *hirsuta* appartiennent aux « Caryophyllées » et sont en Autriche au codex). Ces plantes contiennent une saponine neutre et acide, en plus l'herniarine et un alcaloïde : la « paronychine ». Les saponines des *herniaria glabra* et *hirsuta* et des *saponaria multiflora* et *ocymoides* produisent chez les lupiques, après injection d'une dose allant jusqu'à 4 grammes, des réactions qui ressemblent tout à fait à celles produites par la tuberculine.

Pour contrôler la présence et la pureté du produit, l'auteur se base sur l'hémolyse par des solutions très diluées des saponines. L'index hémolytique de la saponine de Merck est à un pH = 6,68 de 25.000-40.000 pour le sang humain.

Cette saponine donne, à côté de fortes réactions de foyer, des réactions générales minimes et c'est pourquoi ce traitement peut être recommandé aux lupiques de faible constitution. La faculté de résorption des parois intestinales est augmentée par la présence des saponines et ce pouvoir physiologique remarquable pourrait être pratiquement utilisé pour des cures de suralimentation et aussi pour la résorption plus rapide et plus complète des médicaments.

Olga Eliascheff.

Une nouvelle méthode pour la mesure exacte des teintes de la peau (Eine neue Methode zur etetakten Messung von Hautfarben), par Alois M. Memmesheimer. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 201, 7 fig.

L'auteur décrit les résultats obtenus par la mesure des teintes de la peau. Il utilise la méthode de Mutthaci dont il donne une description détaillée. Elle a non seulement une valeur théorique pour la composition des teintes de la peau, mais elle a aussi une valeur pratique en anthropologie, pour des mesures biologiques (érythème et pigmentations) et pour la constatation et la comparaison des changements pathologiques des teintes. Olga Eliascheff.

L'hyperkératose de Kyrle et la dyskératose de Darier (Hyperkeratose (Kyrle) und Dyskeratose (Darier)), par C. Kreibich. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 215, 6 fig.

Observation et examen histologique d'un cas décrit par Kyrle sous le nom d'hyperkératose folliculaire et parafolliculaire combinée avec des lésions typiques de la maladie de Darier. Olga Eliascheff.

L'idiosyncrasie du cobaye vis-à-vis de l'ursol (Die Ursolidiosynkrasie des Meerschweinchens), par R. L. Mayer. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 223, 10 fig.

Travail expérimental sur l'ursolidiosyncrasie du cobaye. L'auteur conclut qu'il est possible de produire chez les cobayes une hypersensibilité spécifique vis-à-vis de la paraphénylènediamine en faisant des frictions préalables sur la peau rasée avec une vaseline contenant 10 o/o de paraphénylènediamine. L'idiosyncrasie obtenue de cette façon est limitée à la peau et elle se manifeste par une eczématisation. Il se développe de bonne heure déjà une hypersensibilité de groupe vis-à-vis des autres amines. Il existe aussi dans l'hypersensibilité des cobayes vis-à-vis du salvarsan une spécificité de groupe pour les combinaisons aromatiques de l'arsenic du type salvarsan. L'idiosyncrasie du cobaye vis-à-vis de l'ursol se produit sans que se manifeste une diminution de la résistance de l'organisme vis-à-vis de l'effet toxique de la paraphénylènediamine.

L'auteur n'a pas pu observer d'accoutumance à ce produit.

Il résulte de ces recherches qu'il est possible de sensibiliser les cobayes uniquement par frictions sur la peau avec la base de la paraphénylènediamine pour obtenir une idiosyncrasie, mais on n'arrive pas à produire une réaction anaphylactique dans le vrai sens de ce mot.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude des variations saisonnières des maladies. L'influence de la nourriture sur les sensibilisations expérimentales (Zur Frage der jahreszeitlichen Schwankungen der Krankheiten. Der Einfluss der Kost auf experimentelle Sensibilisierungen), par Rudolf L. Mayer et Marion B. Sulzberger. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 245, 2 fig.

Pour expliquer les causes des variations saisonnières dans l'apparition de certaines maladies, les auteurs ont étudié expérimentalement l'influence de la nourriture sur des animaux. Ils se sont occupés de trois questions :

1° La sensibilisation des animaux soumis à une alimentation différente se comporte-t-elle de la même façon ou non vis-à-vis de substances déterminées ?

2° Pourrait-on diminuer ou augmenter les réactions chez les animaux déjà sensibilisés en changeant leur nourriture ?

Les auteurs concluent qu'il est possible, par une nourriture déterminée, d'augmenter et de diminuer la sensibilisation des cobayes vis-à-vis du néosalvarsan et de l'ursol. Les animaux peuvent être sensibilisés plus fortement et dans un plus grand pourcentage avec une nourriture d'hiver qu'avec une nourriture d'été. Cette augmentation de la réactivité des animaux est, sans aucun doute, en rapport causal avec la qualité spéciale de la nourriture d'hiver. Il est pour le moment impossible de dire s'il existe encore d'autres conditions que la nourriture qui jouent un rôle important.

Ces résultats concordent avec les observations cliniques sur la plus grande fréquence en hiver de différentes maladies et surtout des maladies allergiques. OLGA ELIASCHEFF.

De quels facteurs dépend l'effet de l'inoculation dans la syphilis du lapin? (Von welchen Faktoren hängt der Impfeffekt bei Kaninchenlues ab?), par Robert BRANDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 263

B. a recherché chez le cobaye les facteurs qui jouent un rôle dans le développement du chancre syphilitique après l'inoculation. Il conclut que l'inoculation d'un chancre bien développé et en voie d'accroissement donne un pourcentage plus élevé de chancres volumineux, que l'inoculation d'un chancre à développement faible, mais ni le nombre d'inoculations positives, ni le temps de l'incubation ne sont influencés par ce facteur.

Le côté gauche du scrotum est plus favorable pour obtenir une inoculation positive ; en inoculant dans les deux côtés, le chancre du côté gauche du lapin se développe souvent plus tôt et est aussi plus volumineux que celui du côté droit. Il est indispensable de conserver le testicule. La race de l'animal joue un certain rôle ; chez les lapins noirs et gris, l'incubation est plus courte et le chancre se développe très bien. Les temps d'incubation varient d'une période de l'année à l'autre. En septembre et octobre, l'incubation est plus courte et le développement du chancre plus rapide. OLGA ELIASCHEFF.

L'utilisation du Luotest pour la syphilis (Die diagnostische Verwendbarkeit des Luotest), par Alfred FESSLER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 271.

Recherches sur la valeur de la luétine pour le diagnostic de la syphilis ; il résulte de ces recherches que la réaction à la luétine (Luotest) donne régulièrement dans les formes profondes de la syphilis tertiaire et dans les formes superficielles presque toujours, des réactions positives. La syphilis héréditaire, même latente, donne très fréquemment des réactions positives. Les enfants au-dessous d'un an ne réagissent jamais à la luétine. Les lésions oculaires de la syphilis héréditaire réagissent, à quelques exceptions près, toujours, et la réaction au luotest devient un moyen de diagnostic précieux dans la syphilis tertiaire et dans les lésions oculaires hérédo-syphilitiques.

Les syphilis primaire et secondaire, la syphilis maligne exceptée, ne donnent que rarement des réactions positives. On ne peut pas dire s'il s'agit à ces périodes de la syphilis d'un changement de l'immunité ou d'une hypersensibilité générale vis-à-vis des albumines. La syphilis latente réagit, surtout si l'infection est ancienne ; dans ces cas la réaction positive peut être un signe de début d'un processus tertiaire qui doit être surveillé et éventuellement traité.

Il faut dans chaque cas avoir recours à l'épreuve au luotest pour constater la guérison de la syphilis. Cette épreuve ne varie pas immé-

diatement après un traitement antisyphilitique. Dans certains cas, la réaction devient négative un temps assez prolongé après la fin du traitement. Le résultat de la réaction dépend surtout de la période de la syphilis et après seulement de l'âge du malade, de la durée de l'infection et du traitement.

Le résultat de la réaction doit être enregistré après 48 heures, on ne doit tenir compte que des réactions franchement positives ou négatives. Les réactions douteuses ou faiblement positives doivent être considérées comme négatives. OLGA ELIASCHEFF.

L'histologie et l'histogenèse du cor (Histologie und Histogenese des Clavus), par Kurt OBERHOFF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 283, 5 fig.

Bibliographie et descriptions clinique et histologique du cor du pied. L'auteur considère ce dernier comme une néoformation cutanée produite par un traumatisme mécanique répété. Cette tumeur est constituée par des papilles allongées du chorion et de l'épiderme excessivement épaissis et hyperkératosiques. La néoformation exagérée de l'épiderme est la conséquence d'une destruction épidermique, destruction produite par une cause mécanique. Cette néoformation épithéliale et la structure du cor parlent en faveur d'une origine mésenchymateuse, hypothèse basée en outre sur la structure histologique.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la pathogenèse et la thérapeutique de l'eczéma aigu et de la dermite aiguë (Sur le métabolisme de l'eau de la peau, son trouble et l'influence pharmacologique dans les lésions cutanées inflammatoires aiguës) (Zur Pathogenese und Therapie des akuten Ekzems und der akuten Dermatitis (Ueber Wasserhaushalt der Haut, dessen Strœrung und pharmakologische Beeinflussung bei akut entzündlichen Hauterkrankungen)), par Alfred PERUTZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 295.

L'auteur, se basant sur les recherches de plusieurs auteurs, a étudié chez des sujets atteints de lésions inflammatoires aiguës de la peau les réactions vis-à-vis des substances diurétiques qui ont une influence sur la teneur de l'organisme en eau. D'après les travaux de Mc Clure et Aldrich et ceux d'Urbach, il existe dans l'eczéma aigu non seulement une histohydrie des parties malades, mais aussi de la peau cliniquement saine. P. a utilisé le lait recommandé par J. Mayer dans cette affection. Deux journées de fruits agissent de la même façon, c'est-à-dire le bon effet est dû au régime déchloruré. Uniquement, les eczémas généralisés aigus et les dermites réagissent à ce traitement. Il existe dans les formes subaiguës et chroniques un trouble local du métabolisme du sel et de l'eau qui est compensé. Comme critérium du succès du traitement, on doit considérer la perte du poids. Les malades accusent une diminution ou une disparition du prurit et on constate une disparition rapide de l'inflammation cutanée. A côté du

régime déchloruré on doit prescrire des diurétiques : de bons résultats sont obtenus par un traitement combiné de théophylline ou diurétine et de luminal. Il faut éviter des alcalis qui augmentent l'inflammation.

Le traitement des eczémas aigus et des dermites par les diurétiques est une thérapeutique symptomatique, il correspond, naturellement, dans une plus grande mesure, au traitement antiphlogistique, employé jusqu'à présent. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à la question de la provocation de lésions osseuses syphilitiques par le traumatisme (Ein Beitrag zur Frage der traumatischen Auslœsung luetischer Knochenerkrankungen), par Franz LANYAR. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 326, 7 fig.

Observation d'un cas de lésion osseuse syphilitique réveillée par un traumatisme. Il s'agit d'une femme de 40 ans, toujours très bien portante ; rien dans l'anamnèse, ni à l'examen clinique, d'une syphilis héréditaire ou acquise. Apparition, après une contusion de la phalange du médius de la main gauche, d'une ostéite destructive à l'endroit même du traumatisme. La réaction de Wassermann du sang fut positive et le processus fut d'abord arrêté, puis complètement guéri par un traitement antisyphilitique prolongé.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la leucomélanodermie après une dermite postsalvarsanique (Ueber Leukomelanodermie nach Salvarsandermatitis), par Veikko KORHONEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 333, 1 fig.

Observation d'un cas d'hyperpigmentation et de dépigmentation après une dermite post-salvarsanique. L'auteur considère cette affection comme un trouble du système nerveux végétatif.

OLGA ELIASCHEFF.

L'étiologie de l'onychogryphose eczémateuse (Die Genese der ekzematoesen Onychogryphosis), par Julius HELLER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 337, 4 fig.

L'auteur a affirmé depuis des années que les lésions des ongles doivent être considérées comme un trouble, soit de l'organisme tout entier, soit de la peau. Si l'on ne peut pas expliquer de cette façon une affection unguéale, on parle alors de lésion unguéale idiopathique jusqu'à ce qu'on ait trouvé un rapport dans le sens plus haut mentionné.

L'auteur a depuis longtemps déjà séparé les onychogryphoses idiopathiques des symptomatiques. Deux observations de H. lui permettent de séparer de ce grand groupe des onychogryphoses un autre groupe qu'il dénomme les « onychogryphoses eczémateuses ».

L'eczéma des ongles, les panaris mis à part, est la maladie la plus fréquente de toutes les maladies unguéales. Le processus débute presque toujours par la matrice. OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Recherches sérologiques chez le lapin sain et le lapin syphilitique (Serologische Untersuchungen bei gesunden und syphilitischen Kaninchen), par P. B. Photinos. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, fasc. 5-6, août 1931, p. 400.

Chez le lapin normal, seulement 7 o/o de réactions positives.

Les lapins syphilitiques en période de latence présentent tous des réactions négatives ; pendant le chancre, la plupart des réactions sont positives. Résultats qui concordent avec ceux des autres auteurs.

L. Chatellier.

Sur la syphilis tertiaire (Ueber tertiäre Syphilis), par K. Schreiner. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, fasc. 5-6, août 1931, p. 365, 3 fig.

Comme partout, S. a constaté une diminution notable des syphilis fraîches depuis 1920. Parmi les malades de sa clinique, le nombre des syphilis tertiaires s'est très sensiblement accru, surtout chez les femmes. En 5 ans, 88 femmes et 41 hommes. Sur les 88 femmes, 75 ignoraient leur infection. Les lésions liquidiennes sont fréquentes : sur 21 hommes ponctionnés, 15 liquides pathologiques ; sur 35 femmes, 24 liquides pathologiques. S. rapporte plusieurs observations de malades longuement traités à faux ; plus de 50 o/o des malades n'avaient pas été examinés sérologiquement ! L. Chatellier.

Remarques sur l'exanthème psoriasiforme par Salvarsan (Syntharsan) et les modifications morphologiques du psoriasis chez un syphilitique au cours du traitement spécifique (Bemerkungen über psoriasiforme Salvarsan (Syntharsan) Exantheme und Beeinflussung der morphologischen Gestaltung der Psoriasis bei einem Luetiker durch spezifische Therapie), par M. Fellner. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, fasc. 5-6, août 1931, p. 372, 3 fig.

Chez une malade syphilitique latente et blennorragique, apparaît, à la fin d'un traitement arsenical et bismuthique, une éruption psoriasiforme localisée aux coudes, aux genoux et à l'abdomen. Une nouvelle injection de syntharsan provoque une extension « foudroyante » de l'éruption et un prurit généralisé ; la suppression de l'arsenic est bientôt suivie de sa disparition, sans aucun traitement local. Si les éruptions salvarsaniques lichénoïdes sont relativement fréquentes, les éruptions psoriasiformes sont rares. Les diverses explications proposées pour les unes et les autres (prédisposition lichénoïde, action provocatrice d'As) ne suffisent pas à expliquer ces toxicodermies.

L'observation suivante concerne un syphilitique latent portant sur la tête et le corps des efflorescences de psoriasis ; le psoriasis a débuté 26 ans auparavant. Les lésions du tronc pouvaient en imposer pour de larges syphilides circinées psoriasiformes : KI, As-Bi ont peu d'action ; disparition rapide par la chrysarobine. 4 mois après la première cure, le malade, sans aucune manifestation cutanée, reçoit un deuxième

traitement au syntharsan et quinby : 2 mois après, éruption généralisée d'efflorescences psoriasiques. La syphilis a peut-être joué un rôle dans la configuration des éléments circinés du tronc, qui seuls ont été légèrement influencés par le traitement spécifique.

L. CHATELLIER.

L'influence de la faim et de la privation de boisson sur les variations du potassium, du calcium, du chlore et de l'eau dans la peau de lapins irradiés (Ueber den Einfluss von Hunger und Flussigkeitseinschränkungen auf die K, Ca, Cl, und Wasserverschiebungen in der besbrahlten Kaninchenhaut), par F. STERN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, fasc. 5-6, août 1931, p. 384.

Sur des lapins privés d'aliments et de boisson, l'irradiation détermine des modifications qui diffèrent des altérations constatées chez des animaux soumis à un régime normal. La réaction se développe moins vite et l'inflammation provoquée par les rayons disparaît plus rapidement. Les variations dans la teneur en minéral et en eau sont plus faibles qu'à l'état normal, et les échanges minéraux se font en sens inverse de l'état normal. Le rapport K : Ca se déplace en faveur du Ca.

L. CHATELLIER.

Sur un cas de dermatoneuromyosite (Ueber ein Fall von Dermatoneuromyositis), par A. SLUCZEWSKI. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, fasc. 5-6, août 1931, p. 390.

Une jeune fille de 21 ans, sans aucun antécédent, voit apparaître en juillet 1920, un œdème dur des paupières ; en novembre 1920, douleurs dans les membres supérieurs, surtout dans la musculature des deux avant-bras, avec diminution de la motilité. Peu de temps après, mêmes douleurs dans les jambes, avec gonflement des chevilles, et gêne articulaire. En décembre, le visage se gonfle à son tour et devient rouge, tandis que les mouvements des grandes articulations sont de plus en plus douloureux et limités. Asthénie profonde.

En avril 1930, aggravation des symptômes et de l'état général. Sur le corps, mêmes lésions qu'au visage. Douleurs incessantes, que rien ne calme. Angine intercurrente, qui accentue encore les douleurs et le gonflement. Repos et enveloppement qui soulagent temporairement la malade. Au bout de six mois, la maladie s'aggrave : participation des muscles de la nuque et du dos ; la malade ne peut ni marcher, ni s'asseoir, ni mastiquer. La voix devient rauque ; fièvre vespérale. La peau est sèche et brillante ; sur le dos et l'abdomen, elle est dure, tendue ; au niveau des poignets et des doigts, atrophie ; à la face et sur le dos des mains, peau enflammée ; à la face, aspect d'érysipèle, avec œdème palpébral. Rien aux poumons, au foie ou à la rate. La pression le long des nerfs est douloureuse. Les muscles sont durs et douloureux. Atrophie des deux deltoïdes, vérifiée par la radiographie. Les mouvements sont très limités ; la position assise, très droite, presque impossible à garder. Anémie marquée avec diminution de l'hémo

globine, légère leucocytose ; pas d'éosinophiles. Examen sérologique négatif. S. discute et écarte les diagnostics de trichinose, de sclérodermie, pour s'arrêter à celui de dermato-neuro-myosite. Myosite vérifiée histologiquement. Origine infectieuse très probable.

L. CHATELLIER.

Recherches expérimentales sur le lymphogranulome inguinal (Experimentelle Untersuchungen über Lymphogranuloma inguinale), par Sven HELLERSTRÖM. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, fasc. 5-6, août 1931, p. 395.

Les recherches expérimentales, faites de tous côtés, étaient demeurées jusqu'à ce jour infructueuses. H. a employé récemment l'inoculation intracérébrale d'une émulsion de ganglions ; les singes inoculés (*M. cynomolgus*) présentent au bout de 4 jours de la somnolence et de la parésie. Le lendemain, mort. Pas de lésions macroscopiques ; leptoméningite avec polynucléaires, cellules endothéliales et plasmocytes ; aucun micro-organisme par les colorations habituelles. H. prépare, selon la méthode de Frei, un antigène avec méninges et écorce cérébrale. Cet antigène donne, chez les individus atteints de lymphogranulome inguinal, une réaction exactement comparable à celle de l'antigène de Frei, même après 5 passages sur l'animal, tandis que les produits inoculés donnaient, dans les mêmes conditions, des résultats négatifs. Chez les singes qui présentent une réaction positive à l'antigène, il y a toujours lésions méningées. Celles-ci manquent chez les animaux à réaction négative. H. a pu reproduire la maladie en série chez 15 animaux successivement inoculés avec la souche obtenue par inoculation intracérébrale d'une émulsion de ganglions. Les uns meurent de 6 à 27 jours après l'inoculation, parfois sans aucune manifestation clinique. Le matériel d'inoculation, humain ou animal, garde sa virulence pendant 7 jours dans la glycérine ; elle diminue ensuite. H. a traité des malades par injection intraveineuse (0 cc. 2 à 5 cc.) d'antigène dilué au 1/8, filtré, chauffé et additionné de 2 gouttes d'acide phénique à 0,5 0/0 ; réaction fébrile modérée qui disparaît aux injections suivantes ; un cas sévère, ainsi traité, a été amélioré au bout de 8 jours. Les individus sains ne réagissent pas ; les réactions à l'antigène sous-cutané disparaissent rapidement.

L. CHATELLIER.

Maladie de Pringle ; fibromatose sous-unguéale ; papillomatose de la peau et des muqueuses (langue) ; molluscum pendulum (Morbus Pringle ; Subunguale Fibromatose ; Papillomatosis cutis et mucosæ ; Molluscum pendulum), par N. BUSCH. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, fasc. 1-2, septembre 1931, p. 8, 2 fig.

Le tout observé chez une épileptique de 34 ans, atteinte de sclérose tubéreuse et d'éphélides nombreuses. B. réunit à ce propos de nombreux renseignements sur ces diverses associations, telles qu'elles ont déjà été signalées plus ou moins souvent dans les observations antérieurement publiées d'adénome sébacé de Pringle. A noter qu'elle faisait partie

d'une famille de 19 enfants, dont 12 morts en bas âge. Elle était seule épileptique des 7 survivants ; mais un frère était aveugle de naissance et 6 sœurs souffraient de céphalée. Elle était mariée, avait un enfant sain. D'après la malade, le début des accès et des accidents cutanés aurait été contemporain. CH. AUDRY.

Traitement de la blennorragie féminine par la vaccination gonococcique associée (Ueber die Behandlung der Neiblichen Gonorrhoe mit-Gonokokken-mischvakzine), par O. CLARA. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, fasc. 1-2, septembre 1931, p. 15.

Depuis 1916, P. Linser traite les blennorragies de la femme par l'injection intraveineuse de vaccin gonococcique. Il débute par de petites doses (10.000.000) et ne dépasse jamais 270.000.000, le tout associé à un traitement local énergique. Les résultats sont excellents.

CH. AUDRY.

Rosacée et rhinophyme dans la littérature et l'art (Rosacea und Rhinophym in Literatur und Kunst), par F. DIECKMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, fasc. 1-2, septembre 1931, p. 20, 3 fig.

D. rappelle les textes anciens qui ont trait à ces anomalies, et signale un certain nombre de tableaux plus ou moins connus où elles ont été figurées. CH. AUDRY.

Sur la fréquence de la tuberculose cutanée dans le Würtemberg (Ueber die Haufigkeit der Hauttuberkulose in Würtemberg), par W. EDEL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, fasc. 1-2, septembre 1931, p. 31.

De 1921 à 1930, on a observé 488 cas de tuberculose cutanée chez les hommes contre 608 chez les femmes.

Tandis que le nombre des tuberculoses a considérablement diminué, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'après-guerre, le nombre des tuberculides a une tendance à s'élever. CH. AUDRY.

Stéato-nécrose circonscrite des nouveau-nés (Umschribene Fettnekrose der Neugeborenen), par K. LINSER et S. POTSCHKE. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, fasc. 1-2, septembre 1931, p. 53, 3 fig.

A propos de 4 cas personnels. Cette lésion, qui a été décrite sous un grand nombre de noms, est moins rare qu'on ne le pense, et souvent méconnue. Il s'agit de nouveau-nés qui présentent symétriquement sur les membres, les jambes, le tronc, etc., des indurations pseudo-phlegmoneuses qui guérissent d'habitude spontanément, rarement se fistulisent, et dans un des cas des auteurs, se gangrènent. L'histologie montre des gouttes de graisses, avec ou sans cristaux gras, et de nombreuses cellules géantes à corps étrangers, qui contiennent parfois des graisses calcaires. Ces infiltrats succèdent parfois à des traumatismes, avec ou sans hémorragie, et d'origine obstétricale. Probablement, comme pour l'adulte, peut-on invoquer un facteur hormonal et endocrinien. CH. AUDRY.

Sur le traitement des verrues par la suggestion (Untersuchungen über die Suggestivbehandlung der Warzen), par Memenstinner et Eisenlohr. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, fasc. 1-2, septembre 1931, p. 63.

La suggestion verbale associée à des badigeonnages au bleu de méthylène, et parfois à la faradisation a donné 42 cas de guérison sur 70 malades, en un laps de temps de 1 à 6 mois et davantage. D'autre part, sur 70 autres malades, 27 ont guéri spontanément dans le même délai.

Ch. Audry.

Sur le pityriasis rosé (Zur Kenntnis der Pityriasis rosea), par F. Veiel. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, fasc. 1-2, septembre 1931, p. 91.

V. pense que le pityriasis rosé résulte d'une infection par un agent infectieux externe encore indéterminé ; ce parasite pourrait bien être transporté le plus souvent par le linge encore humide.

Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Méthode personnelle de traitement de l'eczéma et du psoriasis (Ekzem-und Psoriasisbehandlung nach eigener Methode), par A. Philippson. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 31, 1er août 1931, p 1220.

On proscrit d'habitude le savonnage chez les eczémateux. C'est, d'après P., se priver d'un excellent mode de nettoyage ; de plus le savon neutre a une action sédative sur le prurit. Mais les savonnages sont irritants par la décomposition du savon dans l'eau : formation d'alcali et libération d'acides gras (mousse). L'alcali seul est irritant. Il suffit alors de le neutraliser par des acides. D'où les deux formules suivantes à employer après le savonnage : tannin, 10 ; acide salicylique, 2 ; glycérine, 4 ; eau distillée, quantité suffisante pour 200. Dans la 2e formule, au lieu de tannin, acide lactique, 2. La première est réservée aux formes suintantes. Pour le psoriasis, P. emploie une décoction de racine de salsepareille. Mettre 15 grammes dans un litre d'eau pendant une nuit ; le lendemain, faire bouillir le tout pendant 20 minutes ; boire la moitié de la décoction encore chaude, le matin ; l'autre moitié, froide, dans l'après-midi. Usage prolongé. Dès le 8e jour, amélioration. Sur les placards rebelles, pommade au baume du Pérou et au précipité blanc, ou bien teinture à l'huile de bouleau.

L. Chatellier.

Pour prévenir le dessèchement des cultures de champignon (Verhütung des Austrocknens von Pilznährböden, par W. Krautz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 32, 8 août 1931, p. 1263.

K., pour prévenir la dessiccation progressive des milieux de culture de champignon, emploie un ballon à fond plat, de large ouverture, bouché par un bouchon de liège, que traverse un tube de verre coudé en S renversée ∽. La branche ascendante est remplie à moitié d'une

solution de sublimé. Le bouchon et les bords du flacon sont recouverts de paraffine. Quant la solution s'évapore, on peut ajouter de l'eau. Au bout de cinq ans, conservation parfaite, même après évaporation de la solution. Observation qui a conduit K. à utiliser, pour les tubes de culture, un dispositif analogue, mais plus simple : tube de verre en U renversé, dont une branche traverse le bouchon de liège qui bouche le tube. Il n'y a pas dessiccation du milieu, parce que l'eau de condensation ne s'évapore pas. L. CHATELLIER.

La valeur de la trypaflavine dans le traitement de la blennorragie et de la bactériurie à staphylocoque (Ueber den Wert des Trypaflavins in der Behandlung der Gonorrhoe und der Staphylokokkenbakteriurie). par F. v. VERESS et E. GOLDBERGER. *Dermatologische Wochenscrift*, t. XCIII, nº 32, 8 août 1931, p. 1265.

Le meilleur traitement de la blennorragie récente est constitué par des lavages locaux avec une solution à 1 p. 3.000 de trypaflavine et les injections concomitantes de 3-5 minutes avec une solution à 0,25 o/o. Disparition rapide du gonocoque dans les uréthrites où le premier verre n'est pas encore trouble. En cas d'échec, pas d'irritation surajoutée. Méthode de Janet, instillations de Guyon et injections de trypaflavine associées sont beaucoup plus actives que le permanganate et les sels d'argent seuls. Dans les formes invétérées, il est utile d'ajouter le traitement par injections intraveineuses de trypaflavine à 0,5, 1 et 2 o/o. L'action prophylactique de la trypaflavine est supérieure à celle des sels d'argent, surtout quand l'injection locale est faite après le coït. La bactériurie à staphylocoque, si rebelle d'habitude, cède définitivement à quelques injections intraveineuses de trypaflavine. Mêmes indications dans la blennorragie féminine. Le traitement veineux est bien supporté par les sujets sains. Prévenir les malades des dangers de la photosensibilisation ; éviter les incidents locaux dus à une injection de liquide hors de la veine. L. CHATELLIER.

Dermite artificielle par les cheveux d'ange (Dermatitis artificialis dusch Engelhaare), par S. v. SZENTKIRÁLYI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 33, 15 août 1931, p. 1302, 2 fig.

Éruption papuleuse confluente des avant-bras, consécutive à la manipulation prolongée de cheveux d'ange, pour l'ornement d'un arbre de Noël. Une application volontaire sur la cuisse détermine chez la malade l'apparition d'une papule vivement infiltrée.

L. CHATELLIER.

Sur la présence simultanée d'anomalies primitives de la corne généralisées et localisées (Ueber das gleichzeitige Vorkommen allgemeiner und lokalisierter primärer Verhornungsanomalien an der Haut), par Marguerite FRIEDLÄNDER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 34, 22 août 1931, p. 1333.

Les kératoses palmaire et plantaire ont été, depuis Unna, nettement

séparées de l'ichtyose généralisée. Cette discrimination, adoptée par la plupart des auteurs, trouve sa réfutation dans les rares observations publiées, dont l'auteur fait une revue rapide. Aux 7 observations publiées, elle ajoute une observation personnelle (malade de Hopf) ichtyose généralisée et hyperkératose palmo-plantaire héréditaire. Pour Hopf, ces deux affections sont des « maladies nævoïdes », dont la coïncidence dépend des perturbations qui agissent sur le plasma germinatif. L. CHATELLIER.

Un cas de lichen plan bulleux (Ein Fall von Lichen ruber pemphigoides), par I. MATUSKOFF. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXIII, nº 34, 22 août 1931, p. 1340, 2 fig.

Sous ce titre, M. décrit le cas suivant :

Début, 3 ans auparavant, par un petit « nodule », qui grossit jusqu'aux environs d'une noix. Un an après, éruption autour de ce nodule, de tout petits « nodules » qui laissent couler un liquide doré ; léger prurit. L'éruption s'étend sur le côté droit de la poitrine et est constituée par une série de vésicules, qui « rappellent par endroits une papule » et contiennent un liquide clair. Au microscope, aplatissement des papilles, parakératose, couche granuleuse à 2-4 assises cellulaires ; traces évidentes d'altération cavitaire de la couche épineuse ; vésicules intraépidémiques ; soulèvement bulleux de l'épiderme qui est alors séparé du derme ; dans la cavité, lymphocytes et quelques éosinophiles. Dans le derme, sous les bulles, il y a des infiltrats à lymphocytes. L. CHATELLIER.

Sur le traitement local des ulcères lépreux (Ueber die Lokalbehandlung der Lepragеschwüre), par A. STEIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 34, 22 août 1931, p. 1345, 2 fig.

Young a préconisé le sulfate de magnésie dans le traitement des ulcères variqueux. S. l'a employé avec succès dans les ulcères de jambe lépreux soit en solution à 10 o/o, soit sous forme de pommade à 10-25 o/o. C'est, d'après lui, le meilleur topique : la cicatrisation est très rapide, sans autre traitement. L. CHATELLIER.

Sur la clinique et la pathogénie de la lymphangiectasie avec chylorrhée (Ueber Klinik und Genese der Lymphangiectasie mit chylorrhoe), par NING. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 36, 5 septembre 1931, p. 1389, 2 fig.

Femme obèse de 34 ans : la lésion remonte à l'âge de 11 ans ; elle consiste en touffes de vésicules kystiques disséminées sur la face interne de la cuisse droite. On trouve quelques vésicules semblables sur une cicatrice d'abcès de la hanche droite. L'examen microscopique du liquide montre (par la quantité de graisse) qu'il s'agit de chyle et non de lymphe ordinaire. Au microscope, dilatation lymphatique kystique qui s'étend aux capillaires sanguins. La pathogénie de ces lésions (Neumann en 1902 comptait 18 chylorrhées sur 62 lymphorrhées) reste

très contestée : stase ou malformation, c'est-à-dire communication anormale des lymphatiques et des troncs chylifères, ou simplement avec des vaisseaux chylifères. La même étiologie s'applique aux vésicules de la cicatrice de la hanche. CH. AUDRY.

Impétigo herpétiforme et arthropathies (Ueber Impetigo herpetiformis mit Gelenkerkrankungen), par A. BUSCHKE et A. ROSS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 36, 5 septembre 1931, p. 1394, 3 fig.

Il s'agit d'une femme de 47 ans qui aurait eu sa première poussée à l'âge de 17 ans, à l'occasion des premières règles. 2 premières grossesses s'accompagnèrent d'impétigo herpétiforme qui guérirent après naissance d'enfants sains. La troisième s'accompagna d'altérations articulaires graves des genoux, des pieds, des poignets, du corps et des doigts. La maladie persista après interruption artificielle de la grossesse et finit par guérir après administration de folliculine. Walter a signalé les altérations arthropathiques au cours de l'impétigo herpétiforme. Faut-il invoquer un trouble des parathyroïdes, ou de l'hypophyse (la malade avait présenté aussi de l'alopécie). Il est bien certain que la maladie n'est pas étroitement liée à la grossesse. La folliculine a pu jouer un rôlé de régulateur des hormones.

CH. AUDRY.

Erythrasma avec localisation rare (Erythrasma mit seltener Lokalisation), par F. DIETEL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 37, 12 septembre 1931, p. 1443, 2 fig.

Un cas observé chez un homme de 69 ans, chez lequel d'anciennes taches d'érythrasma s'étaient rapidement élargies sur toute la face interne des cuisses, jusque sur la face interne des genoux et autour de l'anus : *Microsporon minutissimum* à l'examen microscopique.

CH. AUDRY.

Sur la clinique et l'histologie de la poïkilodermie de Petges-Jacobi (Beitrag zur Klinik und Histologie der Poikilodermie Petges Jacobi), par P. PHOTINOS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 38, 19 septembre 1931, p. 1461, 5 fig.

Après avoir résumé la question en utilisant la thèse d'A. Petges, P. donne une observation personnelle recueillie sur une femme de 36 ans, qui avait subi 3 ans auparavant une intervention pour calculs biliaires. La maladie datait de 2 ans ; elle occupait la face, la région préthoracique, les épaules, les aisselles et les extrémités. En même temps, fièvre, douleurs, etc. Ce cas répond à la variété généralisée de Jacobi, mais on y retrouve les lésions histologiques décrites par Civatte, et les papules signalées par Gougerot. Pas de phénomènes myoscléreux comme dans le type original de Petges. CH. AUDRY.

Mort au cours d'une syphilis traitée par le néosalvarsan et le bismogénol (Todesfall bei Behandlung von Syphilis mit Néosalvarsan und Bismogenol), par J. BRAUTS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 39, 26 septembre 1931, p. 1514.

Femme de 41 ans, atteinte de syphilis secondaire et de psoriasis ; elle reçoit du 30 janvier au 2 mars 2 gr. 50 de néosalvarsan en 7 injections et 8 injections de bismogénol. A la fin du traitement, prurit, puis érythème, céphalée, fièvre, faiblesse cardiaque, etc. Amélioration 12 jours après le début. Puis signes de gastro-entérite, néphrite, fièvre, kératite ulcéreuse, cachexie, mort 15 jours après cette récidive des accidents. A l'autopsie, myocardite, néphrite, hépatite diffuse, nécrose de l'intestin et des surrénales.

Les réactions sérologiques étaient restées positives.

CH. AUDRY.

Accion Medica.

Le traitement « masso-sismothérapique » de l'acné (Tratamiento Maso-Sismoterapico del Acne), par Octavio C. FERNANDEZ *Accion Medica*, 1re année, nº 2, septembre 1931, p. 57.

L'auteur commence par un effleurage digital circulaire autour de chaque papule. Il continue par un pétrissage digital des points qui sont en voie de cicatrisation.

Les séances sont quotidiennes. Leur durée est de 12 minutes.

En ce qui concerne la sismothérapie, O. F. utilise l'action sédative des ondes de 1 millimètre, à la fréquence de 100 oscillations par seconde, et l'action stimulante des ondes d'un centimètre et d'une fréquence de 10 oscillations.

J. MARGAROT.

Wiener Klinische Wochenschrift

Sur la thérapeutique aurique en dermatologie et particulièrement contre la syphilis (Ueber die Golidherapie in dermatologischer Bezichung mit besonderer Rücksicht auf die Syphilis), par J. FÜLŒP. *Wiener Klinische Wochenschrift*, nº 37, 11 septembre 1931, p. 1166.

F. donne les résultats fournis par l'emploi du solganol et du solganol B dans un certain nombre de dermatoses (19 guérisons sur 23 lupus érythémateux, 4 sur 8 psoriasis, 1 granulome annulaire guéri, amélioration d'une actinomycose et d'une filariose, échec dans 8 lupus vulgaires). Il a administré le solganol B dans 31 cas de syphilis. L'action est non douteuse, mais inférieure à celle du salvarsan et du bismuth.

CH. AUDRY.

Le carcinome primitif de la peau (Das primäre Karzinom der Haut), par H. FUHS. *Wiener Klinische Wochenschrift*, nº 96, 4 Septembre 1931, p. 1139.

Bonne revue générale.

CH. AUDRY.

Archives Médicales Belges (Bruxelles).

Le traitement actuel de la paralysie générale, par BODART. *Archives Médicales Belges*, 84e année, nº 9, septembre 1931, pp. 593-599.

Courte revue générale, avec précisions techniques sur l'emploi de la malariathérapie dans le traitement de la paralysie générale.

A. Bocage.

Bruxelles Médical.

Sur la lèpre au Brésil et en Argentine, par R. Bernard. *Bruxelles Médical*, 11e année, nos 45 et 46, 6 et 13 septembre 1931.

Dans ces chroniques d'outre-mer, B. montre l'organisation réalisée, les programmes en cours d'exécution, les résultats obtenus sous l'habile direction de Belitario Perma et du Prof. da Souza-Araujo au Brésil, du Dr J. Puente en Argentine. Voici quelques méthodes de traitement de Souza-Araujo. Il utilise par voie buccale les comprimés de savon sodique de Chaulmoogra de 0,50, 2 à 8 par jour, la moitié avant chaque repas. Ils sont mieux tolérés que les gouttes ou capsules gélatineuses et sont plus efficaces. Ils peuvent être employés à titre préventif. Par voie hypodermique, il recommande 2 à 3 injections par semaine de 5 centimètres cubes d'un bon éther éthylique (alepoi). Il recommande aussi l'antiléprine du Prof. Rivolta de Milan. C'est un mélange de 75 o/o d'éther éthylique de Chaulmoogra, de 25 o/o de lipoïdes de l'huile de foie de morue et d'un anesthésique. Les ulcères, macules, infiltrations et lépromes sont traités par le galvano-cautère, et ensuite 2 fois par mois par l'acide trichloracétique, en concentration allant de 1 pour 1 à 1 pour 5. Comme traitement adjuvant, les arsenicaux, la strychnine, l'huile de foie de morue créosotée.

H. Rabeau.

Tabès et traumatisme, par R. Bernard et P. Coffens. *Bruxelles Médical*, 11e année, no 47, 20 septembre 1931, p. 1358.

A propos d'une observation qu'ils publient, les auteurs concluent que le traumatisme est impuissant à créer le tabès chez un syphilitique, mais il n'est pas douteux qu'un tabétique puisse être aggravé par un traumatisme. De même, le traumatisme peut faire apparaître des symptômes nouveaux et le tabès acquérir d'emblée son maximum à la suite d'un choc. Parfois même, c'est l'accident qui révèle le tabès. Chez leur malade qui eut une fracture de jambe en 1931, ils relèvent des douleurs fulgurantes en 1923, guéries à la suite du traitement spécifique.

H. Rabeau.

Etude comparative des réactions de Bordet-Wassermann, Hecht, Meinicke, Kahn et Vernes, par J. Blitstein. *Bruxelles Médical*, 11e année, no 48, 27 septembre 1931, p. 1400.

B. a étudié ces 5 réactions sur un grand nombre de sérums parallèlement. Il les classe dans l'ordre suivant : Hecht et Meinicke se sont montrés les plus sensibles, puis viennent le Bordet-Wassermann, le Kahn et le Vernes. Il est indispensable, pour déceler à coup sûr la syphilis, de recourir au moins à une réaction d'hémolyse et à une de floculation.

H. Rabeau.

São Paulo Medica.

Sur une myopathie syphilitique rare (contracture syphilitique du biceps) (Sobre uma myopathia syphilitica rara (Contractura syphilitica do biceps)), par Plinio de Lima. *São Paulo Medica*, 4e année, vol. I, nº 3. juillet 1931, p. 124, 2 fig.

L'auteur décrit une lésion musculo-tendineuse d'origine syphilitique connue sous le nom de « contracture syphilitique du biceps ».

Brusquement s'installe une contracture du biceps qui empêche le malade d'étendre complètement l'avant-bras sur le bras. La palpation révèle une sensibilité anormale du muscle à l'endroit où il s'unit au tendon.

Le diagnostic est confirmé par l'amélioration de ces troubles sous l'influence du traitement antisyphilitique.

En l'absence d'une vérification histopathologique, la pathogénie du syndrome reste incertaine. L'auteur, se basant sur l'examen clinique du malade, pense qu'il s'agit d'une lésion propre du muscle et non d'une affection nerveuse ou d'un état psychopathique.

J. Margarot.

Revista Medica de Colombia (Bogota).

Leishmanioses cutanées de forme ulcéreuse simple et nodulaire ulcéreuse (Leishmaniosis cutanea de formas ulcerosa simple y nodular ulcerosa), par Camilo Borrego et Arturo Campo Posada. *Revista Medica de Colombia*, vol. I, nº 12, juillet 1931, p. 791. 3 fig.

En Colombie, la leishmaniose s'observe dans des régions dont la température moyenne oscille entre 18° et 27° centigrades, dans lesquelles existent de nombreuses espèces de moustiques piqueurs, et dont les cultures dominantes sont la canne à sucre et le café.

Les auteurs apportent un cas qui présente la particularité d'être apparu sous un climat différent. Il a pu être observé dès le début et suivi au cours des diverses phases de son évolution, alors que la plupart du temps les malades se présentent au médecin avec des lésions très avancées.

L'incubation a été approximativement d'un mois. On trouvait à la fois des éléments répondant à la *forme ulcéreuse simple* de la leishmaniose cutanée (début par une vésicule faisant place rapidement à des croûtes et à une ulcération) et des lésions revêtant la *forme nodulaire simple* avec tendance à l'ulcération. J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Les syphilitiques tuberculeux et les tuberculeux syphilitiques (Los sifiliticos tuberculosos y los tuberculosos sifiliticos), par Valdes Lambea. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, nº 69, juin 1931, p. 563.

Les sujets syphilitiques ont-ils une prédisposition spéciale pour la tuberculose ? Les déterminations anatomiques et cliniques de la tuberculose pulmonaire présentent-elles des modalités spéciales chez les sujets syphilitiques ?

La syphilis est un processus essentiellement chronique avec de fréquents épisodes septicémiques et consécutivement localisation de l'agent causal dans des organes distincts. D'après l'auteur, cette infection active la tuberculose si elle est en pleine évolution secondaire ou tertiaire. Par contre, la syphilis latente ne peut activer la tuberculose, ni agir comme un agent prédisposant vis-à-vis de cette dernière.

Au cours de la période secondaire on peut observer une véritable bronchite spécifique, qui se caractérise par un catarrhe avec des sécrétions plus ou moins abondantes. De la même manière que dans une bronchite infectieuse, une broncho-alvéolite syphilitique peut suivre.

Un sujet tuberculeux, observé par l'auteur, après avoir été très amélioré par une cure de repos, contracte la syphilis. En plein exanthème, une broncho-alvéolite intense généralisée se développe et quand le processus a notablement cédé avec le traitement salvarsanique, quand il semble que le péril est conjuré, survient une violente hémoptysie avec fièvre élevée, reprise de la toux, expectoration abondante, nombreux bacilles de Koch dans les crachats, formation d'une cavité et évolution vers la phtisie, à laquelle le malade ne tarde pas à succomber.

Chez les enfants hérédo-syphilitiques, la tuberculose a parfois une marche favorable, elle évolue lentement, le processus scléreux s'intensifie. Souvent, l'association hérédo-syphilis et tuberculose constitue un complexe semblable à la scrofule. Il ne s'agit pas cependant d'une loi, puisque chez certains hérédo-syphilitiques, une infection massive peut déterminer des formes graves d'évolution rapide (pneumonie caséeuse ou granulie).

Quelques auteurs de l'école française ont prétendu que chez les adultes la syphilis accentuait les tendances cirrhogènes des lésions tuberculeuses pulmonaires. L'auteur ne le pense pas. Lorsque la syphilis est latente, elle est inactive, lorsqu'elle évolue, son rôle est toujours nocif.

La syphilis broncho-pulmonaire évolue parfois comme un processus de sclérose généralisée et systématisée qui affecte à la fois les vaisseaux, les bronches et les cloisons. Sergent et Durand ont soutenu que ce processus de cirrhose systématisée est toujours d'origine syphilitique.

Comme critère de nature, l'auteur attache une grande importance à cette notion : la syphilis pulmonaire ne donne pas lieu généralement à des grands syndromes toxiques.

Une syphilis pulmonaire exige un traitement particulièrement énergique.

Le salvarsan doit en être la base.

C'est seulement lorsqu'il y a de fortes tendances hémoptoïques qu'il faut se conduire avec prudence. Le mercure et le bismuth sont des

médicaments de second ordre pour les tuberculeux syphilitiques. Chez ces derniers, en présence de manifestations de bronchite scléreuse, on fera des cures répétées d'iodure de sodium.

Les lésions pulmonaires évoluant chez les anciens syphilitiques et chez les syphilitiques latents seront traitées comme toutes les lésions tuberculeuses (cure de repos, pneumothorax, phrénicectomie).

J. MARGAROT.

Exanthème bulleux de la bouche, phase initiale du pemphigus chronique Enantema ampolloso de la boca, fase inicial del penfigo cronico), par S. NOGUER MORE. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 70, juillet 1931, p. 652.

Pendant 2 ans 1/2, un malade présente des éléments bulleux, rapidement ulcéreux et recouverts de membranes diphtéroïdes, occupant toute la muqueuse des lèvres, des joues, du voile du palais et de la langue. Ces ulcérations sont rattachées à une stomatite ulcéro-membraneuse.

L'apparition de lésions ombilicales et d'une petite bulle sur le gland fait porter le diagnostic de pemphigus chronique, bientôt confirmé par l'apparition d'un périonyxis phlycténulaire, et par des lésions bulleuses, de l'anus, de l'aine et du sillon naso-labial. J. MARGAROT.

Radio-nécrose tardive (Radionecrosis tardias), par NOGUER MORE et José SARRO. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 70, juillet 1931, p. 655.

Une malade de 31 ans présente sur la tête, dans la région occipitale, une petite végétation non douloureuse qui est traitée par l'application d'une plaque de radium durant 24 heures.

L'application est répétée une fois par mois pendant 4 mois consécutifs. La tumeur se réduit au quart de son volume primitif, mais l'ulcération produite au centre de la tumeur ne cicatrise pas.

Sept mois après, elle augmente rapidement de volume. Quatre nouvelles applications sont faites, soit un total de 8 dans un espace de 15 mois. La douleur persiste.

Il y a actuellement 3 ans que la dernière a été faite. On trouve une ulcération torpide, de fond atonique avec dénudation de l'os. Une zone définitivement épilée l'entoure.

Cette histoire montre la défectuosité des applications intermittentes avec une dose totale excessive, alors qu'avec une seule application à distance et convenablement filtrée on peut obtenir un succès certain.

J. MARGAROT.

Deux cas de lymphogranulomatose inguinale bénigne (maladie de Nicolas-Favre) (Dos casos de linfogranulomatosis inguinal benigna (enfermedad de Nicolas-Favre)), par José CABRE CLARAMUNT. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 71, août 1931, p. 691.

La maladie de Nicolas et Favre est probablement assez fréquente en

Espagne malgré le petit nombre de cas qui ont été publiés jusqu'à présent.

C. C. apporte l'histoire de 2 malades qu'il a observés à 2 mois d'intervalle.

L'un de ces cas est classique, l'autre est atypique, ou peut-être apparaît-il ainsi, parce qu'il a été vu à sa phase initiale. Huit jours après un coït, une petite ulcération apparaît sur le limbe préputial, autour du frein. Elle est à peu près indolore, a le volume d'une lentille, la forme d'un fuseau et une coloration rouge pâle. Le 12e jour, se développe un bubon dans l'aine droite. Les ganglions tuméfiés ne sont pas douloureux. Ils s'accompagnent d'un état fébrile avec inappétence et abattement. On ne trouve dans l'ulcération ni bacille de Ducrey, ni tréponèmes. Elle disparaît le 12e jour.

L'adénopathie s'étend aux ganglions iliaques. Une péri-adénite l'accompagne bientôt, formant une masse ovoïde.

L'intradermo-réaction au Dmelcos est négative, celle de Frei est positive.

Trois injections intraveineuses de Dmelcos font disparaître la péri-adénite aiguë, mais l'inflammation de siège purement ganglionnaire persiste.

L'extirpation chirurgicale permet un contrôle anatomique et vérifie le diagnostic de maladie de Nicolas et Favre en période d'induration.

J. MARGAROT.

Auto-vaccination dans la gonococcie (Autovacunas en la Gonococia), par Gonzalez BERNAL. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 72, septembre 1931, p. 747.

L'uréthrite gonococcique donne au début des cultures pures de gonocoques, mais assez rapidement poussent diverses bactéries comme le staphylocoque et le bacille de Hoffmann. Qu'il s'agisse de formes aiguës, d'écoulements chroniques ou de complications, le vaccin doit être préparé avec la totalité des germes rencontrés.

On peut utiliser les milieux albumineux habituels, mais on obtient de belles cultures sur agar. Ce dernier milieu, de réaction légèrement acide, convient aussi bien au diplocoque de Neisser, qu'aux microbes des infections secondaires. J. MARGAROT.

L'épreuve d'Escudero dans certaines formes d'eczéma (La prueba de Escudero en ciertas formas de eczema), par Jesus NOGUER-MORE. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 72, septembre 1931, p. 763.

L'auteur fait dans l'eczéma l'exploration systématique de l'état fonctionnel du pancréas.

En l'absence de glycosurie, il cherche la glycémie. Si la glycémie est normale, il essaie de provoquer une hyperglycémie expérimentale et, lorsque cette dernière est négative, il fait l'épreuve d'Escudero.

La technique est la suivante :

On administre pendant 12 jours un régime contenant 6 grammes de glucides, 1 gramme de lipides et 1 gramme de protéides, équivalant à 37 calories par kilogramme de poids.

On fait ensuite une nouvelle épreuve d'hyperglycémie qui, en d'assez nombreux cas, donne un résultat positif.

L'auteur estime que l'on doit penser à l'existence d'un diabète latent :

1° dans les eczémas chroniques ;

2° lorsqu'une dermatose est améliorée par un régime pauvre en hydrates de carbone, avec ou sans insuline ;

3° quand elle est aggravée par un régime riche en hydrates de carbone ;

4° dans tous les cas où les autres traitements n'ont donné aucune amélioration. J. MARGAROT.

Réactions sérologiques irréductibles et extraits de rate (Reacciones serologicas irreductibles y extractos de bazo), par Luis PALLES Y DOMENECH. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, n° 72, septembre 1931, p. 767.

L'administration d'extraits de rate par voie buccale, intraveineuse et intramusculaire chez des malades à Wassermann irréductible a permis d'obtenir la négativation dans quelques cas.

J. MARGAROT.

Ulcère de la jambe et splénectomie dans l'ictère hémolytique (Ulcus cruris y esplenectomia en la ictericia hemolitica), par Francisco de A. ESTAPE. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, n° 72, septembre 1931, p. 770.

D'après Eppinger, certains ulcères de jambe, rebelles à toute thérapeutique, impossibles à expliquer par les facteurs étiologiques habituels, sont peut-être en rapport avec un ictère hémolytique latent.

La splénectomie, qui donne des résultats surprenants dans cette affection, serait suivie de la cicatrisation de ces ulcères.

Un cas récemment observé par l'auteur n'est pas en faveur de cette hypothèse.

Une malade de 27 ans, atteinte d'ictère hémolytique et présentant, depuis l'âge de 14 ans, des ulcères des deux jambes ayant résisté à tous les traitements, est soumise à une splénectomie. L'ictère hémolytique guérit parfaitement. Tous les symptômes graves s'amendent. Seuls persistent les ulcères des membres inférieurs. J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Le traitement par la tryparsamide (Tryparsamide therapy), par LICHTENSTEIN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, n° 2, août 1931, p. 182.

L. a traité, depuis 1925, 76 cas de neuro-syphilis diverses avec des résultats très favorables : 50 o/o des cas ont été très améliorés, 28 o/o

améliorés, 22 o/o inchangés. Il s'étonne que la tryparsamide ait été si peu employée et si peu appréciée en Europe et cite l'énorme bibliographie qui lui est consacrée en Amérique. S. FERNET.

Parotidite syphilitique (Syphilitic parotitis), par CHARGIN et ROSENTHAL. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 2, août 1931, p. 236.

Observation d'un cas de parotidite syphilitique secondaire. Discussion du diagnostic et aperçu bibliographique. S. FERNET.

Myxœdème circonscrit de la peau (Circumscribed myxedema of the skin), par PILLSBURY et STOKES. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 2, août 1931, p. 255, 3 fig.

P. et S. étudient, à propos d'un cas personnel, les variétés du myxœdème circonscrit et en particulier le myxœdème papuleux en plaques prétibiales symétriques. Il s'agit de placards bien circonscrits, légèrement surélevés, rosés, de consistance ferme, présentant des dépressions ponctiformes en peau d'orange.

Cette variété de myxœdème s'observe uniquement au cours du goitre exophtalmique et des hyperthyroïdies. Elle a été décrite sous les noms de lichen myxœdémateux ou scléreux et peut être confondue avec une sclérodermie. Seules les lésions histologiques et en particulier la présence de mucine permettent de rapprocher ces lésions du myxœdème diffus et des formes nodulaires, localisées de préférence à la face, au dos, aux membres et au scrotum. S. FERNET.

Zona bilatéral consécutif à un empoisonnement par l'arsenic (Bilateral herpes zoster following acute arsenic poisoning), par JACOB. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 2, août 1931, p. 280.

J. cite un cas de zona bilatéral chez une femme de 73 ans, apparu 18 jours après une intoxication alimentaire attribuée à l'arsenic. Plusieurs bouquets de vésicules siégeaient à droite de la région lombaire, d'autres, apparus simultanément, sur la région cervico-brachiale gauche. S. FERNET.

Prophylaxie des épidermomycoses par les fumigations (Fumigation as an aid in the control of superficial fungus infections), par AYRES, ANDERSON et YOUNGBLOOD. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 2, août 1931, p. 283.

La fréquence des épidermophyties des membres doit être attribuée à l'absence de mesures de prophylaxie générale. Les spores de l'*Epidermophyton* restent viables plus d'un an sur le sol. Il ne suffit donc pas de traiter les malades, mais il faut veiller à la destruction des parasites sur tous les objets souillés : chaussures, chaussettes, parquets, en particulier ceux des salles de gymnastique, des bains, des piscines, etc.

D'après les expériences effectuées par ces auteurs, les spores des champignons pathogènes les plus communs (*Epidermophyton*, *Monilia albicans*, *Microsporon lanosum*) sont détruites après une désinfection par les vapeurs de formol pendant 4 heures.

Il faut, par conséquent, exiger de toute personne atteinte d'une épidermomycose qu'elle désinfecte ses chaussures, ses chaussettes, ses gants, etc., dans sa chambre ou dans sa salle de bain huit jours après le début du traitement et une seconde fois dès que la guérison est apparente.

On évitera ainsi nombre de récidives et on limitera l'extension de ces affections qui, sans être graves, causent de la gêne, de l'incapacité de travail et favorisent les infections secondaires. S. FERNET.

Epidermomycoses symptomatiques et asymptomatiques des pieds (Symptomatic and asymptomatic ringworm of the feet), par STRICKLER et FRIEDMAN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 3, septembre 1931, p. 430.

S. et F. ont examiné le produit de raclage des espaces interdigitaux des pieds chez plus de mille individus. Ils ont constaté qu'un très grand nombre d'entre eux présentaient des épidermomycoses asymptomatiques et étaient, par conséquent, des porteurs de germes sains. Ces porteurs de germes contribuent à la dissémination de ces maladies.

S. FERNET.

Traitement du psoriasis (Treatment of psoriasis), par GŒCKERMAN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 3, septembre 1931, p. 466.

Le traitement le plus efficace du psoriasis consiste à faire des applications de pommade au goudron de houille à 5 o/o et des rayons ultra-violets par dessus cette pommade. S. FERNET.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

L'action et l'emploi des rayons ultra-violets concentrés dans la thérapeutique des maladies de la peau (The effects upon the skin of concentrated ultra-violet light, and its use in dermatological therapy), par LOMHOLT (Copenhague). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, août-septembre 1931, p. 385.

L. expose les avantages de la lampe Finsen-Lomholt munie de filtres destinés à supprimer non seulement les rayons infra-rouges, mais aussi les rayons lumineux. Ces filtres sont de deux couleurs : une solution rouge de sulfate de cobalt dans l'eau absorbe les rayons verts, bleus et la majeure partie des rayons violets, tandis que l'eau absorbe les rayons infra-rouges. Une solution de sulfate de cuivre dans de l'ammoniaque absorbe tous les rayons rouges et jaunes et une partie des rayons verts.

Le principal avantage de ces filtres colorés est de supprimer une grande partie des rayons thérapeutiquement non utilisables et qui ont l'inconvénient de chauffer la peau et de limiter le degré de radiation pouvant être administré sans occasionner de brûlure.

Grâce à cette lampe, la durée des séances se trouve abrégée : en 3/4 d'heure elle produit le même effet que l'ancienne lampe en 2 heures. Il en résulte une économie appréciable.

En dehors des lupus qui bénéficient remarquablement de ce traitement ,surtout lorsqu'on le complète par les bains généraux de lampe à arc, L. traite par la Finsenthérapie les névrodermites circonscrites rebelles, le xanthélasma étendu des paupières, les angiomes plans, les radio- et les radiumdermites. S. FERNET.

Acné agminata (Crocker), par OLIVER (Copenhague), *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, août-septembre 1931, p. 400.

O. passe en revue la bibliographie et discute la nature et la nosographie de l'acné agminée de Crocker qu'il croit être identique au *lupus follicularis disseminatus* de Tilbury Fox et à l'*actinis* de Barthélemy. La nature tuberculeuse de cette affection ne paraît pas être démontrée et admise par tous les auteurs ; il ne semble pas non plus qu'il s'agisse d'une entité vraie. Les rapports de cette affection avec le lupus disséminé, les lupoïdes de Boeck, le folliclis et les tuberculides en général sont très complexes. S. FERNET.

Un cas d'épidermolyse bulleuse acquise (A case of acquired epidermolysis bullosa), par MAC LEOD. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, août-septembre 1931, p. 420.

Les cas authentiques d'épidermolyse bulleuse acquise sont extrêmement rares ; il s'agit habituellement d'acantholyses consécutives à un pemphigus chronique avec signe de Nikolski.

Le cas décrit par M. L. concerne un colonel de 50 ans qui, depuis 4 ans, présente à la suite du moindre traumatisme, d'une friction ou d'une pression, des bulles sur le dos des mains. Ces bulles, extrêmement fragiles, s'ouvrent rapidement, laissant le derme à nu ; les lésions sont alors entourées de collerettes épidermiques décollées. L'affection évolue périodiquement, apparaît et disparaît sans aucune cause appréciable. En dehors des dos des mains, la peau ne présente aucune anomalie. S. FERNET.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia (Bologne).

Contribution à l'étude de l'hémangiome cutané de Kaposi et à la coexistence de différents blastomes, par le Prof. TRAMONTANO et FITTIPALDI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VII, fasc. 3, août 1931, p. 215, 9 fig. 3 pages de bibliographie.

L'histoire clinique de la sarcomatose de Kaposi est bien fixée et ne donne lieu à aucun désaccord important, mais on ne peut en dire autant pour ce qui concerne ses caractères cliniques et sa pathogénie Est-ce un granulome ? Est-ce un blastome ? Est-ce une affection due à une dysgénésie des vaisseaux et des nerfs ? On sait que cette dernière opinion a été proposée par Pautrier et Diss, en se basant sur certains caractères cliniques (douleurs initiales) et sur certains carac-

tères histo-pathologiques qui apparentent la sarcomatose de Kaposi au glomus sous-unguéal de Masson. Au point de vue étiologique, les partisans de la nature granulomateuse suspectent une infection, et s'il s'agit de blastome, on se heurte aux mêmes obscurités qui entourent l'étiologie des tumeurs en général.

Les auteurs rapportent 6 cas de maladie de Kaposi, dont ils font une étude approfondie, clinique et anatomo-pathologique, l'un des cas ayant d'ailleurs été suivi d'autopsie, et ayant montré la présence de localisations viscérales. Ils discutent les constatations faites, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer et font remarquer que le caractère qui leur a semblé dominant, c'était de toute évidence l'importance de l'élément vasculaire dans la néoformation et ils se rallient pour cette raison à l'opinion soutenue depuis longtemps par Radaeli qui considère la sarcomatose de Kaposi comme un *hémangio-endothéliome*. Ils rejettent l'opinion de Pautrier et Diss, d'abord parce qu'il n'y avait pas de douleurs initiales (seulement quelques démangeaisons) et parce qu'en outre, leurs recherches n'ont pas abouti aux mêmes constatations histologiques, même en employant la même technique. Particularité curieuse : chez le sujet autopsié, on constata, en plus de la sarcomatose de Kaposi, un cancer de l'œsophage et il y avait des foyers secondaires de l'une et de l'autre des deux tumeurs. T. et F. examinent à ce propos les diverses théories proposées pour expliquer les cas de blastomatose multiple et se rallient à la conception d'une diathèse blastomateuse.

BELGODERE.

Sur un cas de mélanome malin (étude clinique et anatomo-pathologique), par Ferdinado MACCARI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VII, fasc. 3, août 1931, p. 270, 4 fig. Bibliographie.

Observation d'un cas de mélanome malin de la joue, chez une femme de 63 ans, dont le diagnostic se heurtait à de particulières difficultés car, d'une part, la tumeur n'avait aucun aspect mélanique, mais au contraire une coloration rosée, et, d'autre part, la malade, assez fruste, niait toute lésion ou anomalie cutanée antérieure à la tumeur. Il y avait envahissement ganglionnaire sous-mentonnier. Ce n'est que par des biopsies successives que l'on put arriver à mettre en évidence la présence de quelques nids de cellules chargées de pigment noir. Ce n'est que par les renseignements fournis par l'entourage de la malade qu'on put savoir qu'il y avait précédemment une lésion cutanée qui, selon toute vraisemblance, devait être un nævus verruqueux mou. L'examen des coupes histologiques montrait bien, sur quelques points, un contact des éléments de la tumeur avec ceux de l'épiderme, mais une simple contiguïté et nulle part il n'y avait continuité.

On sait combien est discutée l'origine des tumeurs mélaniques, et d'une manière plus générale celle des cellules nævIques. M. rappelle la théorie de Pautrier et Lévy : élaboration du pigment par les cellules de Langerhans de l'épiderme aux dépens d'éléments provenant du sang

et apportés par un réseau de cellules qui sont une dépendance du système réticulo-endothélial, le pigment ainsi élaboré étant ensuite cédé aux éléments dermiques au milieu desquels il s'accumulerait en amas plus volumineux. Ces constatations semblent apporter une confirmation à la théorie de l'origine épithéliale des tumeurs mélaniques. L'autre théorie, celle de l'origine mésenchymateuse, perd de plus en plus de terrain, ou du moins elle ne paraît plus acceptable que pour les mélanomes qui dérivent des nævi bleus, ou mélanosarcomes mésenchymateux. BELGODERE.

Considérations sur un cas de blastomycose cutanée, par Riccardo RIZZOLI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VII, fasc. 3, août 1931, p. 284, 9 fig. Bibliographie.

Après un historique rapide de la question, R. étudie un cas de blastomycose observé chez un jeune cultivateur de 22 ans, atteint en même temps de tuberculose pulmonaire miliaire à laquelle il succomba. Les lésions de blastomycose étaient limitées au visage, une à la joue droite, une autre à la commissure labiale gauche, ces deux premières sous la forme d'ulcérations végétantes framboesiformes, une troisième lésion, non encore ouverte, siégeait dans le sillon naso-génien et se présentait sous l'aspect d'une petite nodosité.

R. discute le diagnostic différentiel avec tuberculose, syphilis, épithélioma, pustule maligne, actinomycose, sporotrichose, et ces différentes affections étant éliminées, il se trouva amené à suspecter la blastomycose.

Il rappelle les différentes formes de cette affection : 1° forme végétante papillomateuse de Gilchrist ; 2° forme gommeuse localisée de Busse-Buschke ; 3° forme mixte, gommeuse et papillomateuse ; 4° forme tumorale.

Sur ce cas, des recherches de laboratoire très complètes ont été effectuées dont l'auteur donne le compte rendu. Examens directs révélant la présence de blastomycètes typiques ; recherches immunitaires : agglutination à 1 o/oo ; recherches histologiques : présence du parasite en très grande abondance dans les tissus avec formation de micro-abcès ; cultures, par différents procédés et sur divers milieux ; inoculations également nettement positives. Le parasite examiné par le Prof. Pollacci a été identifié par celui-ci comme étant le *Criptococcus dermatitidis Gilchrist et Stokes*.

Des essais thérapeutiques furent pratiqués avec un auto-vaccin et parurent ne pas être sans une certaine action, mais on ne peut cependant en tirer des conclusions, car la mort du sujet par tuberculose interrompit ces tentatives thérapeutiques qui ne furent poursuivies que pendant une période assez brève.

R. fait remarquer que son cas est un des rares cas autochtones qui aient été publiés. La blastomycose découverte en Amérique est, en effet, surtout une maladie américaine, mais on peut en observer en

Europe, et cela non seulement par des cas d'importation, mais aussi par des cas nettement autochtones. Au point de vue clinique, le cas rapporté doit être classé comme appartenant à la variété décrite sous le nom de dermatite papillomateuse de Gilchrist.

BELGODERE.

Les préparations arsénobenzoliques dans le traitement local de la blennorragie, par N. BAGNOLI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VII, fasc. 3, août 1931, p. 315. Bibliographie.

Divers auteurs (Janet, Lévy-Bing) ont précédemment préconisé l'emploi des injections intraveineuses d'arsénobenzol comme traitement chimiothérapique de l'infection gonococcique. Mais leurs résultats n'ont pas rencontré une confirmation unanime et en Italie, l'école de Mariani entre autres, estime que, à l'heure actuelle, une chimiothérapie de la blennorragie n'existe pas. Aussi, c'est encore au traitement local qu'il est encore le plus sûr de confier son espoir.

B. a entrepris une série d'expériences en utilisant les solutions arsénobenzoliques en grands lavages, chez l'homme seulement et en dehors de toute complication.

Il conclut que les arsénobenzols représentent un excellent moyen de traitement ,surtout dans les cas de blennorragie chronique, mais avec des propriétés différentes selon les préparations. Il divise à cet égard les arsénobenzols en trois groupes :

Groupe *a* : (karsivan, arsénobenzol Billon, salvarsan) très efficace, mais l'emploi en est entravé par l'irritation locale assez forte. Groupe *b* : (novarsénobenzol Billon, néosalvarsan, néojacol) pouvoir thérapeutique à peu près égal aux précédents, mais irritation moins accentuée. Groupe *c* : (arsénobenzol Piéron intramusculaire, néojacol intramusculaire, urojacol, néo I. C. I., myosalvarsan) ces derniers produits ont présenté à la fois une excellente efficacité et une excellente tolérabilité. Ce sont surtout le néojacol et l'urojacol qui ont donné les résultats les meilleurs.

BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Le régime de Gerson-Hermanndorfer-Sauerbruch dans la tuberculose cutanée (Observations cliniques et recherches biologiques), par le Prof. Agostino CROSTI et E. SCOLARI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 4, août 1931, p. 898, 12 fig. 3 pages de bibliographie.

Les auteurs ont appliqué le régime de Gerson, qui consiste essentiellement dans la suppression absolue du NaCl, et qui a été modifié par Sauerbruch et Hermanndorfer, chez des malades offrant les formes les plus variées de lupus, et chez une malade atteinte de tuberculose pulmonaire et qui était atteinte en outre d'une ulcération tuberculeuse du palais. Le régime a été appliqué rigoureusement et pendant une durée d'un an. Il est en général bien supporté par les malades, et on atténue

l'inconvénient du manque de sapidité des aliments par addition de certains produits (*Eugusal, Hosal*). Il se produit au début une diminution de poids évidemment due à la déshydratation, puis ensuite une augmentation régulière et prolongée.

Résultats : excellents dans un cas, satisfaisants dans trois autres, nuls dans une forme ancienne de lupus plan cicatriciel, aggravation dans un cas de *lupus excedens* du cuir chevelu.

Même dans les cas les plus heureux, il s'est agi simplement d'améliorations. Dans aucun cas, il n'y a eu de véritable guérison au sens vrai du mot.

Néanmoins, l'amélioration est nette et ressort d'une manière évidente des nombreuses photographies qui accompagnent ce travail.

Les auteurs comparent les résultats que l'on peut obtenir avec le régime de Gerson avec ceux que parfois on obtient par l'héliothérapie générale prolongée, par la tuberculinothérapie.

Ce régime de Gerson amène des modifications importantes du métabolisme minéral dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer

Il est probable que l'équilibre chloro-sodique du sang, étant donné la grande diminution de l'introduction de sel, est maintenu par des échanges salins avec les dépôts des tissus : dans la peau on trouve, en effet, assez fréquemment un abaissement des valeurs des chlorures et une diminution du sodium. Mais ces faits ne sont pas constants, et ce qu'on observe plus souvent, c'est une déshydratation du derme. Mais ces diverses modifications générales ou locales ne suffisent pas à éclairer le mécanisme d'action de ce régime, aucune de ces modifications ne peut être considérée comme pouvant jouer un rôle essentiel et, en outre, ces modifications se constatent aussi bien chez les sujets qui bénéficient de la cure que chez ceux qui n'en tirent aucun avantage.

Parmi les facteurs actifs du régime, le minéralogène et le phosphore contenu dans l'huile de foie de morue ont une importance secondaire ; l'huile semble avoir une importance plus grande par sa valeur nutritive et son contenu en vitamines. Sans aucun doute, il y a une action simultanée de la suppression du NaCl et des caractères hypernutritifs et vitaminiques du régime.

Les auteurs exposent diverses hypothèses : mécanisme de transminéralisation, ou d'acidose, ou d'altération de l'équilibre de la nutrition, ou nouvelles facultés oxydatives, ou stimulation neuro-végétative générale ou locale.

Il est probable aussi que le régime de Gerson-Hermanndorfer-Sauerbruch est efficace d'une manière spéciale dans le lupus parce que cette forme morbide, non seulement est une tuberculose atténuée et bénigne, au moins vis-à-vis de l'économie générale de l'organisme, mais encore parce qu'elle se développe sur un tissu, le derme, qui est particulièrement sensible aux échanges salins et nutritifs, et aux phénomènes immunitaires. BELGODERE.

Contribution à l'étude des épithéliomas superficiels cutanés, par le Prof. G. Bertaccini. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 4, août 1931, p. 946, 11 fig. Bibliographie.

Après un exposé rapide et une critique des diverses opinions et classifications sur les épithéliomas superficiels cutanés et sur certaines formes (Paget, Bowen) considérées par certains comme épithélioma-teuses, par d'autres comme *précancéreuses*, l'auteur décrit et discute quatre cas cliniques qu'il a eu l'occasion d'observer et d'étudier pendant l'année écoulée.

De l'examen comparatif de ces cas, qui présentent de notables analogies dans leur aspect et leur évolution, et des différences histologiques notables, particulièrement le premier par rapport aux autres, et de l'examen de la littérature, il semble à l'auteur justifié de considérer toutes ces formes comme très voisines et susceptibles d'être groupées en une seule famille des *Epithéliomas superficiels multiformes de la peau*, dans laquelle toutefois il convient d'attribuer une place à part aux formes typiques de Bowen et de Paget extra-mammaire, dans lesquelles est démontrée l'existence d'*une longue phase précancéreuse* qui caractérise la plus grande partie de leur évolution.

Belgodere.

Contribution à l'étude des parapsoriasis. Sur un cas de classification difficile. par Alessandro Radaeli. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 4, août 1931, p. 968, 7 fig. 2 pages de bibliographie.

L'auteur rappelle les travaux fondamentaux de Brocq sur les parapsoriasis, il examine les diverses conceptions des divers auteurs sur ce groupe de dermatoses et sur l'opportunité ou non de le scinder en diverses variétés. Il rappelle les travaux de Martinotti et de Juliusberg, et, se basant sur ceux-ci, il fait une description clinique et histologique des trois variétés principales de parapsoriasis, en donnant la préférence sur la terminologie de Brocq, à celle de Juliusberg (pityriasis lichénoïde chronique, maladie de Brocq, ou parapsoriasis en plaques, parakératose bigarrée (*variegata*). Il décrit minutieusement, aux points de vue clinique et histologique, un cas tombé sous son observation et qu'il classe comme un pityriasis lichénoïde chronique, bien que ce cas lui-même présente certaines particularités morphologiques et d'évolution qui permettent de le considérer comme une forme de passage entre le pityriasis lichénoïde et le psoriasis.

Belgodere.

Endothéliome solitaire cutané, par F. Lisi. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 4, août 1931, p. 989, 4 fig. Bibliographie.

Description d'un cas initial d'endothéliome solitaire de la peau de l'avant-bras droit qui, par ses caractères morphologiques et par les commémoratifs, avait orienté le diagnostic clinique vers le nodule lupique isolé.

Histologiquement, il s'agit d'une néoproduction à siège dermique, à limites peu nettes, d'aspect infiltrant, réticulaire, constituée par des éléments bien différenciés du tissu conjonctif limitrophe, de forme variée, mais le plus souvent fusiformes, à caractère épithélioïde (noyau plutôt gros, pauvre en chromatine, pourvu souvent d'un volumineux nucléole, protoplasma finement granuleux, faiblement basophile). Sur certains points, ces éléments se disposent de manière à délimiter des cavités ayant l'aspect de capillaires mais vides de tout contenu, et sur d'autres points, elles sont disposées entre les fibrilles d'un réticulum intercellulaire à caractère néoformé. Aucun rapport ne peut être démontré entre la néoproduction, l'épiderme, et les annexes de la peau ; à la périphérie de cette néoproduction, on remarque des figures de continuité et de passage entre les cellules néoformées et les éléments endothéliaux des capillaires normaux.

Partant de cette constatation, l'auteur se livre à des considérations critiques sur le complexe et discuté chapitre des endothéliomes cutanés en insistant particulièrement sur leur genèse, et sur leur classification. BELGODERE.

Des principales épreuves biologiques sur la fonctionnalité des systèmes endocrine et sympathique dans les maladies cutanées et vénériennes (Métabolisme basal, réserve alcaline, *p*H, glycémie et courbe glycémique). par Antonio MAURRAS *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 4, août 1931, p. 1001.

M. a étudié, à la fois, le métabolisme basal, la réserve alcaline, le *p*H, la glycémie, et la courbe glycémique dans le but de diagnostiquer l'état de la fonctionnalité des deux systèmes endocrine et sympathique dans 32 cas de dermatoses à étiologie inconnue, dans 13 cas de tuberculose cutanée et glandulaire, dans 7 de tuberculides, dans 6 de néoplasie cutanée, dans 8 de dermatoses parasitaires, dans 13 de syphilis et dans 10 de blennorragie. Dans ces derniers groupes, il a obtenu des valeurs dont on ne peut tirer grand parti, mais au contraire des chiffres d'une certaine importance dans le groupe des dermatoses à étiologie inconnue. Bien que l'auteur ne veuille pas interpréter les données obtenues comme des valeurs absolues qui puissent donner une indication certaine sur l'altération de la fonctionnalité des deux systèmes examinés et, par suite, leur influence sur le déterminisme de ces dermatoses, il estime cependant que l'on doit les retenir comme ayant une valeur non négligeable aux points de vue étiologique, pathogénique et thérapeutique, particulièrement pour les dermatoses sur l'étiologie desquelles nous savons peu de chose et dans lesquelles, par le seul examen clinique de ces systèmes, on ne peut relever rien de bien net. BELGODERE.

Blennorragie dans un urèthre double. par V. NICOLETTI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 4, août 1931, p. 1026, 2 fig. Bibliographie.

L'auteur publie un cas d'urèthre double complet chez un homme (8e cas de la littérature, 1er en Italie). Il existait une infection blennorragique de ces deux urèthres, le vrai et le surnuméraire.

Homme de 20 ans, sans antécédents personnels et familiaux. Organes génitaux, dans l'ensemble, de conformation normale. Le gland présente, outre un méat normal (par lequel seul se font les mictions et les éjaculations) une fissure longue de 1 centimètre, située sur la face dorsale, immédiatement au-dessus du méat, dans le plan sagittal. A l'extrémité proximale de cette fissure, débouche, par un invisible pertuis, l'urèthre surnuméraire. Celui-ci poursuit son trajet dans la gouttière dorsale, entre les corps caverneux ; au moyen de l'examen radiographique, on a pu s'assurer qu'il se prolonge au-dessous de l'arcade pubienne et va déboucher dans la vessie.

L'infection blennorragique débuta dans l'urèthre surnuméraire 5 jours avant celle de l'urèthre vrai et guérit 20 jours plus tard.

L'auteur expose les difficultés que présentait le diagnostic clinique de cette malformation et le précieux secours de l'examen radiographique. Il discute quelques particularités de ce cas et le comportement de l'infection blennorragique. Enfin, il fait un examen critique des diverses théories sur la morphogenèse de cette sorte de malformations, et en examine le traitement. BELGODERE.

La réaction de clarification de Meinicke (M. K. R.) dans les liquides céphalo-rachidiens, confrontée avec la réaction de Wassermann et la M. T. R., par B. CARTIA. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 4, août 1931, p. 1039. Bibliographie.

L'auteur examine la valeur de la réaction de clarification de Meinicke appliquée aux liquides céphalo-rachidiens, comparativement avec la réaction de Bordet-Wassermann et la M. T. R.

Des résultats obtenus sur 80 liquides, dont 27 appartenant à des individus atteints de syphilis nerveuse, et les autres de maladies nerveuses non luétiques, C. est porté à affirmer que la réaction de clarification de Meinicke est moins sensible et moins spécifique que la réaction de Bordet-Wassermann, et, toutes autres conditions étant égales, moins sensible même que la M. T. R.

Il conclut que, pour le diagnostic biologique de la syphilis nerveuse, la réaction de Bordet-Wassermann est encore la réaction qui peut donner les meilleurs résultats. BELGODERE.

Sur les prétendues mutations tinctoriales du gonocoque, par E. SECHI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 4, août 1931, p. 1045. Bibliographie.

L'auteur, après avoir examiné les possibilités qui pourraient faire accréditer l'hypothèse que le gonocoque ne soit pas un germe Gram-négatif absolument dans tous les cas, passe à l'exposé de ses recherches, basées sur les affirmations de quelques expérimentateurs, d'après les-

quelles la Gram-mutation du gonocoque serait un processus réversible. Il élève des doutes sur la valeur des preuves expérimentales qui ont été offertes à l'appui de la susdite hypothèse, en appuyant sur des bases anatomo-biologiques les raisons qui militent contre elle.

C'est sur de telles bases, selon l'auteur, que l'on peut fonder la raison des résultats négatifs des recherches bactériologiques et culturales, et que pourraient s'expliquer les contagions après des contacts stériles, car ce sont là les principaux éléments qui ont fait entrevoir la possibilité de la mutation tinctoriale du gonocoque.

BELGODERE.

Sur l'insuffisance du foie chez les malades atteints de syphilis secondaire, par S. CAMINITI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXII, fasc. 4, août 1931, p. 1060. Bibliographie.

Le foie est un organe fréquemment lésé aux diverses étapes de la syphilis, par des altérations anatomiques ou seulement fonctionnelles. L'auteur, après avoir examiné les diverses méthodes d'exploration des complexes et multiples fonctions du foie, et avoir déduit, en se basant sur les expériences et les observations faites par d'autres auteurs et par lui-même, que les moyens les plus spécifiques et les moins sujets à des causes d'erreur sont : la recherche de l'Az résiduel et de l'Az uréique dans le sang, ou bien de l'ammoniémie spontanée et provoquée par l'examen de la fonction protéique, ou bien la recherche de la bilirubine dans le sang, et des pigments biliaires et de l'urobiline dans l'urine par la biligenèse, l'épreuve du saignement de Duke pour la fonction hémocrasique, a étudié la fonction globale du foie par ces divers moyens utilisés simultanément, chez 12 malades atteints de syphilis secondaire. Il a obtenu des résultats concordants et après une interprétation judicieuse de ceux-ci, il conclut que la syphilis secondaire lèse fonctionnellement le foie à un degré habituellement peu grave, et que le traitement spécifique détermine dans la plupart des cas, la disparition de l'insuffisance hépatique.

Il fait remarquer en outre que, dans quelques cas, le foie montre une intolérance pour les préparations arsenicales, qui agissent par leur pouvoir toxique, soit en déterminant une vraie réaction de foyer type Herxheimer, ou bien en provoquant ou en aggravant l'état d'insuffisance qui disparaît facilement après la suspension du médicament.

Il retient donc que l'étude des fonctions hépatiques chez les syphilitiques est de grande utilité pour contrôler et régler d'une manière opportune le traitement curatif. BELGODERE.

Un nouvel appareil pour la « douche filiforme », par G. PELI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 4 août 1931, p. 1075. Bibliographie.

L'auteur, après avoir décrit les appareils jusqu'alors employés pour la « douche filiforme » et avoir exposé les avantages et les inconvénients

de chacun d'eux, décrit les usages pour lesquels est principalement employée cette méthode et la technique d'application.

Il décrit ensuite un appareil dont la caractéristique principale est que l'on se sert, pour obtenir la pression de l'eau, d'une pompe à eau double de modèle commun, éliminant ainsi les pompes à air, ou les récipients d'air ou de gaz comprimé employés dans les appareils antérieurement usités. En outre, l'introduction, comme moyen de réchauffement de l'eau d'un serpentin banal dans un bain-marie, a permis d'éliminer les chauffe-bains des appareils précédemment employés.

La jonction directe à la conduite d'eau assure la continuité et la rapidité du fonctionnement dans l'emploi de cette méthode dermatologique.

L'application des méthodes mécaniques modernes garantit la précision dans les diverses applications. BELGODERE.

Lues (Bulletin de la Société Japonaise de Syphiligraphie) (Kyoto).

Sur le liquide céphalo-rachidien dans les différentes périodes de la syphilis et du pian expérimentaux chez les lapins. par Z. OHYA et H. MISAIZU. *Lues (Bulletin de la Société Japonaise de Syphiligraphie)*, t. VI, n° 3, juin 1931, p. 11 (en français)

Travail considérable (208 animaux en expérience, dont 135 inoculés de syphilis et 73 de pian). Le liquide est obtenu par ponction occipitale. Les auteurs concluent que dans la syphilis et le pian expérimental du lapin, le liquide céphalo-rachidien n'est pas influencé, que les tréponèmes ne franchissent pas la barrière hémato-encéphalique, que la perméabilité méningée est normale, etc. « Il résulte de cela que les recherches sur la syphilis nerveuse expérimentale sont impossibles avec les lapins. » CH. AUDRY.

De la syphilis et du pian expérimentaux chez les lapins par inoculation sous-arachnoïdienne. par Z. OHYA et H. MISAIZU. *Lues (Bulletin de la Société Japonaise de Syphiligraphie)*, t. VI, n° 4, août 1931, p. 67, 7 fig.

Après s'être procuré, par ponction occipitale, du liquide céphalo-rachidien chez un lapin, on le mélange à une émulsion de tréponèmes, et on le réinjecte dans la cavité méningée. On provoque ainsi une infection syphilitique qui se manifeste dans le sang, les os du nez, les testicules, les yeux. Les périostites nasales et orbitaires sont particulièrement intéressantes, uniques ou multiples, rondes ou ovales, etc., et finissent par disparaître spontanément. On observe ainsi des kératites parenchymateuses avec conjonctivite, quelquefois des papules du dos, des orchites.

Les lésions ostéo-nasales ont été vues 29 fois sur 44 animaux, les lésions testiculaires 18 fois. 33 fois sur 44, le sang présentait une réaction de Bordet-Wassermann positive ; mais une seule fois, un lapin

a présenté une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien. En général, les accidents différents se présentent simultanément.

Mêmes résultats avec le pian expérimental, mais moins constants et moins intenses. CH. AUDRY.

Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Les dermatites novocaïniques, comme affection allergique, par N. W. SANTALOFF (Leningrad). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 5-6, mai-juin 1931, pp. 450-466.

Après des données théoriques et bibliographiques, l'auteur décrit 3 cas de dermatite novocaïnique observés chez des dentistes.

Dans le premier, il s'agit d'une femme dentiste de 36 ans, exerçant sa profession depuis plus de 10 ans ; la maladie remonte à 6 mois. Pendant ce temps, il y a eu 3 récidives de dermite des doigts à forme vésiculo-pustuleuse avec épaississement de la peau et périonyxis. Le repos, une pommade au naphtalan à 10 o/o, l'auto-hémothérapie et des injections intraveineuses de bromure de sodium à 10 o/o guérissent la malade.

Le deuxième cas concerne également une femme dentiste de 31 ans s'occupant de sa profession depuis 3 ans et atteinte de dermite depuis 1 an 1/2.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un dentiste de 52 ans exerçant depuis 18 ans et souffrant de dermite des mains depuis 1 an 1/2.

Les épreuves cutanées avec la novocaïne ont toujours été positives, même avec une concentration très faible (1 : 10.000). L'alypine a également donné une épreuve positive, mais les résultats ont été négatifs avec la cocaïne, l'adrénaline, l'anesthésine. Les épreuves du transport de l'hypersensibilité sur une autre personne, selon les méthodes de Prausnitz-Küstner et de Urbach-Königstein ont été positives, mais pas dans tous les cas, ce qui s'explique aussi par la constitution, la quantité des réagines, etc. Le développement de la sensibilité à la novocaïne après un long délai ne peut s'expliquer par l'idiosyncrasie seule chimique. Il y a sensibilisation progressive de la peau et création d'un état allergique.

Les recherches de l'auteur et celles des autres observateurs lui permettent de classer les dermatites novocaïniques parmi les affections allergiques, qui doivent être traitées par une désensibilisation spécifique, à part un traitement général et local non spécifique.

BERMANN.

Sur le lupus érythémateux disséminé, par G. U. GLINÈRE et A. J. LIBERMANN. (Kief). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, no 5-6, mai-juin 1931, pp. 467-478, avec 1 photographie.

Après un aperçu bibliographique, les auteurs rapportent la des-

cription de 6 cas de lupus érythémateux disséminé observés au cours de la dernière année à la Clinique Dermatologique de Kief. Tous ces cas concernent des jeunes filles et des femmes âgées de 17, 21, 23, 29, 33 et 34 ans. L'affection a eu une évolution aiguë et s'est terminée par la mort dans 5 cas ; la maladie eut une marche plus lente dans un cas qui aboutit à la guérison. La mort, due au collapsus cardiaque ou à une pneumonie intercurrente, survint en moyenne six mois après le début de la maladie. La dissémination et l'aggravation du processus sont survenues dans 2 cas après des bains de boues et l'héliothérapie, dans 2 cas après la radiothérapie et dans 2 cas après l'emploi de la pommade au précipité jaune à 10 o/o.

L'autopsie a montré une dégénérescence parenchymateuse et l'atrophie brune du cœur, une pleurésie adhésive chronique, une pneumonie catarrhale avec œdème pulmonaire, une hyperplasie aiguë de la rate, un foie muscade, des altérations rénales, etc.

Les auteurs concluent que le lupus érythémateux aigu est une affection septique provoquée par des agents extérieurs mentionnés. Les formes disséminées aiguës doivent être distinguées des formes chroniques, ainsi que les formes débutant d'emblée d'une manière chronique doivent être distinguées de celles où l'état aigu vient compliquer une forme chronique. Il faut éviter d'intervenir d'une façon trop énergique dans les cas chroniques de crainte de les voir se compliquer et se disséminer. BERMANN.

Les manifestations de la syphilis active de la peau et du système osseux dans la paralysie progressive et le tabès dorsalis, par N. A. TCHERNOGOUBOFF et W. A. BAKHMANOFF (Moscou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 5-6, mai-juin 1931, pp. 479-485.

Les auteurs ont examiné plus de 2.000 malades hospitalisés dans 2 des plus vastes asiles d'aliénés de Moscou. Parmi ces malades, ils ont trouvé 159 cas de paralysie générale (107 hommes et 52 femmes), 14 cas de *tabes dorsalis* (12 hommes et 2 femmes), 10 cas de tabo-paralysie (6 hommes et 4 femmes), 12 cas de syphilis cérébrale (6 hommes et 6 femmes) et 8 cas de démence ou psychose organique (4 hommes et 4 femmes).

Chez les 159 paralytiques généraux, les auteurs n'ont trouvé que 2 cas de nodosités juxta-articulaires ; parmi les 14 tabétiques, il y avait 3 cas de syphilides tuberculeuses typiques de la peau (tronc et extrémités). Les cicatrices syphilitiques caractéristiques de la peau et des muqueuses ont été constatées dans 12 cas, dont 10 chez les paralytiques généraux. Chez les 12 syphilitiques cérébraux, il y avait 2 cas de cicatrices spécifiques ; chez les 8 déments organiques, il y avait 1 cas de cicatrices consécutives à des syphilides tuberculo-gommeuses.

Chez 3 paralytiques généraux, les auteurs ont découvert des infiltrations denses et indolores situées dans l'épaisseur de la région fessière et ressemblant aux infiltrations laissées par des anciennes piqûres mer-

curielles, mais plates, en forme de planche et grandes comme une paume de main.

Parmi les altérations cutanées non vénériennes, les auteurs signalent : la séborrhée et l'acné (50 cas), la sécheresse de la peau (33 cas), l'érythrasma (38 cas), l'acro-asphyxie, etc. Ils furent frappés par la rareté des pyodermites (8 cas) et l'absence des cas de vitiligo et de sclérodermie.

Myocardiopathie dans 144 cas, dont 120 chez des paralytiques. Sur 72 réactions de Bordet-Wassermann faites avec le sang des paralytiques, il n'y eut que 4 résultats négatifs. Sur 13 réactions de Bordet-Wassermann pratiquées avec le liquide cérébro-spinal des paralytiques, il n'y eut qu'un seul résultat négatif.

La plupart des paralytiques étaient âgés de 30 à 40 ans (56 cas) et de 40 à 50 ans (60 cas). D'après les professions, les paralytiques appartenaient aux professions intellectuelles (39 cas), aux professions agitées, caissiers, conducteurs, chauffeurs, pompiers, etc. (36 cas) et aux travailleurs physiques (79 cas), mais ce tableau ne peut être tenu pour exact à cause de la prédominance des ouvriers et des indigents hospitalisés dans les 2 hôpitaux psychiatriques en question. L'alcoolisme était intense chez 44 paralytiques, modéré chez 55 et nul chez 48. Les paralytiques sont donc, presque dans la proportion de 30 o/o, des alcooliques et presque tous des hommes.

Dans la majorité des cas, la paralysie générale a débuté plus de 10 ans après l'infection syphilitique. Dans plus de la moitié des cas, le mode d'infection est resté inconnu ou bien il était nié. Presque la moitié des cas ont été infectés par voie sexuelle. Le traitement spécifique a été appliqué à 75 cas, dont seulement 22 ont été soignés suffisamment. 57 cas n'ont pas été du tout traités. Les autres n'ont fourni aucun renseignement. Le néo a été employé dans 43 cas et en quantité suffisante pour la moitié seulement de ceux-ci.

Les auteurs concluent que le *tabes dorsalis* est combiné pas trop rarement aux accidents cutanés et osseux, surtout du stade tertiaire. Les paralytiques généraux ne présentent jamais d'accidents cutanés et osseux démonstratifs ou typiques. BERMANN.

Contribution à l'étude des troubles de l'échange sucré dans la syphilis, la chancrelle et le lupus, par M. S. BACHKEVITCH (Minsk). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 5-6, mai-juin 1931, pp. 486-490.

L'auteur a effectué des recherches sur le métabolisme du sucre chez 97 malades atteints de diverses maladies cutanées et vénériennes, mais principalement de syphilis, de lupus vulgaire et de chancre mou.

Dans le chancre dur, le taux du sucre a été trouvé normal. Dans la syphilis secondaire récente, il a le plus souvent observé une hyperglycémie.

Dans la syphilis tertiaire, c'est l'hypoglycémie qui a été la plus fréquente ; ainsi que dans la syphilis latente. Plus il y a de syphilides

cutanées et muqueuses, plus l'hyperglycémie est élevée. Avec le traitement et la disparition des accidents cutanéo-muqueux, la quantité du sucre dans le sang tombe et s'approche de la normale. La syphilis frappe donc le centre du métabolisme sucré et l'hyperglycémie est une réaction vis-à-vis de l'infection spirochétienne aiguë et généralisée.

Dans le chancre mou, on trouve un grand nombre d'hyperglycémiques, ainsi que dans la blennorragie, mais la petite quantité des malades ne permet pas encore de tirer des conclusions nettes. Dans le lupus vulgaire, on constate le plus souvent une hypoglycémie. Avec le traitement, la quantité de sucre augmentait toujours et finissait par atteindre la normale. Vu que les analyses étaient faites à jeun, de façon à pouvoir exclure l'hyperglycémie alimentaire, l'auteur conclut que l'augmentation du sucre dans le sang doit être expliquée par l'action toxique des affections étudiées sur les centres nerveux ou les glandes régissant l'échange sucré. BERMANN.

Quelques résultats du travail prophylactique de la consultation cutanée de la policlinique prophylactique infantile, par D I. LASS (Moscou), *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 5 6, mai-juin 1931, pp. 491 494.

Au cours de la première année d'existence de la consultation cutanée à la polyclinique prophylactique pour enfants, l'auteur a examiné 1.636 enfants, dont 824 garçons et 812 fillettes. La grande majorité des enfants avaient moins de 10 ans. D'après l'état social, il y avait 1.070 enfants d'ouvriers, 436 enfants d'employés et 130 enfants d'artisans, invalides, etc.

Parmi ces 1.636 enfants, l'auteur en a trouvé 300 qui présentaient des affections cutanées, donc 18,3 o/o. Ces 300 cas se composent de 162 fillettes et 138 garçons. Ce sont les verrues vulgaires et planes qui sont les plus fréquentes (76 cas), puis viennent les affections streptostaphylococciques (47 cas), séborrhéiques (40 cas) ; les affections contagieuses ont été constatées dans 88 cas dont 17 cas de gale et 24 cas de mycoses.

L'auteur conclut à l'utilité des examens prophylactiques des écoliers et à l'insuffisance des notions dermatologiques parmi les médecins inspecteurs d'écoles qui laissent souvent inaperçues les dermatoses infectieuses, ce qui contribue à leur propagation épidémique dans les établissements scolaires. Il considère comme très utile d'organiser des cours pratiques spéciaux pour ces médecins d'écoles afin de les mettre au courant des dermatoses contagieuses. Il préconise également des conférences spéciales pour les écoliers et leurs parents, leur enseignant les soins de la peau et du cuir chevelu, et la publication de brochures et de tableaux populaires. BERMANN.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



BUBON CHANCRELLEUX ET MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

(RECHERCHES BIOLOGIQUES, CLINIQUES, ET THÉRAPEUTIQUES)

Par P. RAVAUT et René CACHERA

Parmi les adénopathies inguinales vénériennes, la maladie de Nicolas-Favre est restée longtemps méconnue en tant qu'affection autonome. Celui de ses caractères qui aurait pu attirer le plus facilement l'attention, l'absence de porte d'entrée, nettement apparente, est très amoindri dans sa valeur distinctive par l'existence réelle de bubons chancrelleux sans chancre mou. De sorte que l'étiologie chancrelleuse a pu être invoquée longtemps avec vraisemblance à l'origine de toute adénite inguinale vénérienne sans porte d'entrée. Il s'ensuit également que les travaux qui ont permis l'isolement de la nouvelle entité morbide ont consisté avant tout en une œuvre de séparation, de discrimination des faits qui doivent légitimement entrer dans le cadre nouveau et de ceux qui doivent demeurer dans le domaine ancien de l'infection chancrelleuse. A chacune des phases successives, clinique, anatomique, bactériologique, biologique et expérimentale, qui ont marqué l'édification de la maladie, le même travail de détachement, de délimitation s'est imposé ; il était nécessaire pour définir cette affection aux dépens d'une autre qui l'englobait jusqu'alors.

Dans une première phase, ce sont des caractères cliniques et histologiques qui ont permis à Nicolas et Favre d'amorcer le mou-

ANN. DE DERMAT. — VII^e SÉRIE. T. III. N° 2. FÉVRIER 1932. 7

vement de séparation. Des critériums bactériologiques, l'absence du bacille de Ducrey, l'impossibilité de l'auto-inoculation s'y ajoutaient. Ultérieurement, des perfectionnements dans la recherche du Ducrey, au moyen des intradermo-inoculations en particulier, permettaient à l'infection chancrelleuse de regagner un peu de terrain. Mais il ne s'agissait là que de faits isolés : la même méthode contribuait au contraire, par sa sensibilité accrue, à mieux démontrer l'existence de nombreux cas dans lesquels aucune technique ne pouvait réussir à déceler le bacille de Ducrey.

Entre temps, d'ailleurs, les réactions biologiques avaient permis de préciser davantage la délimitation des territoires contestés. Pour la première fois, le raisonnement par exclusion n'était plus le seul à apporter en faveur de la maladie de Nicolas-Favre des arguments, d'ailleurs purement négatifs (absence de Ducrey, négativité de l'intradermo-réaction de Ito-Reenstierna). Un fait positif de premier ordre, l'existence d'une intradermo-réaction spécifique au cours de l'infection lymphogranulomateuse, était démontrée par Frei.

Enfin, récemment, l'expérimentation parvenait à donner la meilleure consécration de l'autonomie de la maladie, en réalisant l'inoculation à l'animal, en permettant l'étude de l'ultra-virus qui réalise chez le singe une maladie transmissible en série.

*
* *

Dans ce travail, nous ne prétendons nullement apporter une revue générale complète des très nombreuses publications consacrées à la maladie de Nicolas-Favre et au bubon chancrelleux depuis plusieurs années. Nous voulons simplement présenter une vue d'ensemble personnelle sur la question, basée sur les résultats de travaux poursuivis depuis plus d'un an.

Beaucoup de ceux-ci, nous le savons, n'apportent que peu de nouveauté. Nous croyons qu'il y a cependant intérêt à les présenter parce qu'ils constituent la somme des enseignements que peut apporter sur le sujet l'activité d'un service hospitalier pendant une année, sans autres ressources que la clinique aidée d'examens simples de laboratoire, qui peuvent être utilisés pratiquement dans tout service, même non spécialisé.

De plus, nous insistons beaucoup *sur le point de vue particulier où nous nous sommes placés dans ce travail pour l'étude des bubons inguinaux*. Alors que l'on étudie habituellement à part la maladie de Nicolas-Favre d'un côté, l'infection chancrelleuse de l'autre, *nous avons voulu au contraire présenter une étude parallèle de ces deux variétés de bubons* ; pour cette raison, nous les avons, dans chaque chapitre, envisagées comparativement. Ainsi ressortent plus nettement les caractères distinctifs qui séparent dans tous les domaines les deux maladies. Nous croyons aussi donner par ce moyen une image bien plus fidèle *des difficultés de diagnostic qui se posent souvent en pratique, et de la façon de les résoudre*. Un nombre relativement considérable de malades, une cinquantaine environ, ont été complètement étudiés à cette fin. Il est bien entendu que nous avons écarté du cadre de ce travail toutes les adénopathies banales, non vénériennes, ainsi que les pléiades ganglionnaires de la syphilis.

Tous nos malades ont été observés avec une technique semblable. Qu'il fut possible de porter d'emblée, par le seul examen clinique, le diagnostic de bubon chancrelleux ou de poradénite ; ou, au contraire, que l'aspect clinique fut insuffisant pour permettre même de supposer la nature du bubon, — et nous insistons dès maintenant sur le fait que le nombre de ces formes peu caractérisées paraît bien plus fréquent qu'il n'est habituel de l'admettre — nous avons toujours procédé selon un plan semblable aux mêmes recherches effectuées dans le même ordre sur tous nos malades.

D'une telle manière d'agir, nous avons retiré un double avantage : les cas suffisamment différenciés cliniquement pour que leur nature apparût d'emblée hors de doute, passant à travers la filière de nos divers procédés d'examen, voyaient se confirmer le diagnostic initial ; mais surtout ils servaient de critérium ferme pour apprécier la valeur et le degré de précision de ces procédés.

A l'aide des méthodes ainsi éprouvées fidèles et sensibles, il devenait dès lors possible de déterminer la nature des nombreux cas hybrides que nous avons eu l'occasion d'examiner.

Enfin, d'un point de vue plus général, le fait d'offrir en bloc et indistinctement tous les sujets atteints de bubons inguinaux vénériens à une commune série de réactions pierre de touche permettait de connaître si la masse de ces malades, supposée hypothéti-

quement uniforme et homogène au départ, allait ou non se scinder en courants distincts en traversant ces épreuves successives.

*
* *

Nos procédés d'examen ont comporté :

I. L'examen bactériologique et les auto-inoculations ;

II. Les inoculations à l'animal ;

III. L'étude des réactions biologiques par la recherche de l'allergie cutanée et par celle des anticorps chancrelleux dans le sérum au moyen de la réaction de déviation du complément de Rivalier.

Nous allons rapporter les résultats obtenus à l'aide de ces différentes méthodes.

Nous y ajouterons :

IV. Une étude clinique ;

V. L'étude thérapeutique qui est encore une façon de parvenir au diagnostic tant l'épreuve du traitement aboutit, dans l'une et l'autre maladie, à des résultats différents.



Chapitre I

BACTÉRIOLOGIE ET AUTO-INOCULATIONS

Pour plus de clarté, il est naturellement indispensable d'exposer en deux chapitres successifs les résultats de l'examen bactériologique et des auto-inoculations dans l'infection chancrelleuse et dans la maladie de Nicolas-Favre.

Mais rappelons encore que, dans la pratique, tous les cas que nous avons étudiés ont été soumis ensemble aux mêmes épreuves, sans tenir compte du sens vers lequel pouvait être incliné le diagnostic par les présomptions tirées de l'examen clinique.

I. — *Bubons chancrelleux.*

L'étude bactériologique, dans l'infection chancrelleuse, se présente de façon absolument différente selon qu'il s'agit d'un bubon avec ou sans chancre.

Lorsqu'il existe un chancre mou, la recherche du bacille de Ducrey dans le chancre lui-même ou dans l'auto-inoculation ne souffre en général que peu de difficultés.

Il en est tout autrement des bubons sans chancre, ou, ce qui revient pratiquement au même, des adénopathies observées après guérison d'une chancrelle minime et passagère, dont on ne peut contrôler la réalité. Dans ces cas, le seul matériel d'examen est le pus du bubon, et nous verrons toutes les difficultés que présente la mise en évidence du bacille de Ducrey dans ce pus. Or, c'est précisément dans les formes bâtardes d'adénites inguinales sans porte d'entrée nette, que le diagnostic clinique est délicat; et c'est alors qu'une preuve bactériologique indiscutable serait surtout souhaitable.

L'étude bactériologique complète doit, dans tous les cas, comporter deux temps :

— La recherche directe du bacille de Ducrey dans les lésions initiales, chancrelle, si elle existe, et pus de bubon.

— La recherche indirecte du streptobacille, après auto-inoculation, dans la lésion ainsi créée.

Nous étudierons successivement ces deux points (1).

A. — *Recherche directe du bacille de Ducrey.*

1. — Dans les bubons *avec chancre mou*, l'étalement sur lame du produit de raclage, recueilli sous les bords décollés du chancre, apporte des renseignements trop connus pour que nous y insistions.

Nous avons très fréquemment décelé par ce simple procédé la présence du bacille de Ducrey.

(1) Nous écartons volontairement la recherche du bacille de Ducrey par les cultures : celles-ci sont d'une technique trop délicate pour pouvoir constituer un procédé d'examen courant.

Encore faut-il bien noter que, dans un milieu aussi souvent surinfecté qu'une ulcération génitale, *la simple morphologie* du bacille à centre clair *est un critérium qui laisse souvent des doutes*.

Dans ces conditions, l'interprétation des frottis est parfois délicate. Aussi, même lorsqu'il existe un chancre, l'examen bactériologique gagne toujours en clarté à être pratiqué dans une lésion de réinoculation. Cette étape intermédiaire se comporte à peu près comme fait le repiquage pour l'isolement d'un germe *in vitro*.

2. — Quant à la recherche du bacille de Ducrey *dans le pus d'un bubon*, elle ne nous paraît pas pouvoir fournir de renseignements pratiques.

En effet, malgré de très nombreux examens, nous n'avons *jamais* pu constater directement sa présence, dans le pus d'aucun bubon fermé, avec ou sans chancre mou. Notons cependant que Gougerot (1) a pu observer, par frottis et culture, l'existence de bacilles de Ducrey dans le pus de bubons sans chancre dans presque chacun des cas (6 cas) qu'il rapporte, aussi bien dans les bubons subaigus que chroniques (3 cas).

B. — *Recherche indirecte du bacille de Ducrey. Auto-inoculations.*

Deux modes d'auto-inoculations sont possibles : la cuti-inoculation classique, et l'intradermo-inoculation proposée récemment par l'un de nous avec Rabeau et Didier Hesse (2).

Ils ont l'un et l'autre leurs avantages qui ne rivalisent pas, mais se complètent, car leurs indications sont différentes.

1° *La cuti-inoculation* classique a depuis longtemps fait ses preuves. Ce procédé excellent est suffisant chaque fois qu'il existe une lésion *virulente*, un chancre en particulier. Moins sensible que l'inoculation intradermique, il est, par là même, rendu préférable toutes les fois que l'on utilise un matériel d'inoculation particulièrement virulent, et, à plus forte raison, surinfecté. Dans ce der-

(1) Gougerot, *Ann. des Mal. Vénér.*, 1915, p. 449 et 462.

(2) Ravaut et Rabeau. L'intradermo-inoculation des lésions chancrelleuses (*Soc. franç. de dermat.*, 5 mai 1930) et Ravaut, Rabeau et Didier-Hesse (*Presse Médicale*, 15 octobre 1930, n° 83, p. 1393).

nier cas, il convient même d'employer exclusivement la cuti-inoculation et de s'abstenir de la voie intradermique qui peut causer des accidents d'infection cutanée.

Par contre, si l'on part d'une lésion atténuée, du pus d'un bubon fermé par exemple, la sensibilité de ce procédé est insuffisante et les résultats constamment négatifs.

2° *L'intradermo-inoculation* a été précisément proposée par l'un de nous pour tenter de pallier, dans une certaine mesure, par sa sensibilité plus grande, à la carence régulière de la cuti-inoculation des produits peu virulents. Si l'on s'en tient à ce but modeste et précis que nous avons indiqué dès le début, l'on évite les accidents causés par l'introduction intradermique de germes variés et virulents, et l'on n'est pas surpris de constater que le nombre des résultats positifs obtenus par cette méthode n'est pas grand : même peu nombreux, ils n'en offrent pas moins un grand intérêt, *puisqu'ils ont pu apporter parfois la preuve de la présence du bacille de Ducrey, là où toute autre méthode avait échoué* (1).

De nombreuses divergences étant apparues dans la manière dont les auteurs ont interprété les résultats obtenus par eux en employant notre procédé, nous croyons utile de rappeler et de préciser les limites définies que nous avions déjà posées pour ses indications, et surtout pour l'interprétation de ses résultats.

— **Les indications** de l'emploi de la voie intradermique ressortent de ce qui précède : on l'utilisera toutes les fois que l'on a affaire à une lésion peu virulente, peu caractérisée, ne contenant souvent pas de germes visibles, dont la cuti-inoculation demeurerait vraisemblablement négative.

Par conséquent, la voie intradermique trouve avant tout son utilité dans le repiquage du *pus des bubons fermés*, et, plus spécialement, dans les cas de *bubons sans chancre*.

Le diagnostic bactériologique est particulièrement difficile dans ces cas où l'on ne possède aucun autre matériel d'étude que le pus du bubon retiré par ponction.

(1) Nous indiquions dans notre premier travail 3 résultats positifs, avec présence de bacilles de Ducrey dans le repiquage intradermique, sur 16 cas de bubons sans chancre dans lesquels les autres méthobes bactériologiques n'avaient donné que des résultats négatifs (*Presse Médicale, loc. cit.*).

Or, nous avons déjà vu que l'examen direct d'un tel pus ne révèle pas en général la présence de bacilles de Ducrey visibles ; et cela, même dans des bubons certainement chancrelleux qui accompagnent un chancre mou typique contenant du Ducrey en abondance.

Dans ces conditions, la preuve de la nature chancrelleuse possible de certains de ces cas est difficile à apporter. La culture du pus est extrêmement délicate et ne peut être tentée pratiquement.

C'est pourquoi l'intradermo-inoculation doit être considérée comme un précieux élément d'information si les renseignements qu'elle fournit dans ces cas, très inconstants, le sont cependant moins que ceux qui sont offerts par tous les autres moyens.

En dehors de cette indication principale, l'usage de la voie intradermique peut être utile lorsqu'on part d'une ulcération, génitale ou autre, peu caractérisée et peu virulente C'est ainsi que nous avons vu la cuti-inoculation d'une ulcération anale demeurer complètement négative, et l'intradermo-inoculation, au contraire, donner une lésion de repiquage nette, contenant des bacilles de Ducrey (Obs. Amra).

De même, la recherche des porteurs de germe, sans lésion apparente peut devenir possible à l'aide de cette méthode (1).

— **Les résultats** des intradermo-inoculations de produits chancrelleux ont surtout prêté à confusion, semble-t-il, quant à leur interprétation. Nous pensions cependant n'avoir laissé place à aucune équivoque en écrivant : « Bien que plusieurs variétés de lésions sans bacilles puissent être déterminées par des produits dont la nature chancrelleuse est certaine, *nous ne tenons compte que des résultats caractérisés par la présence de Ducrey* » (2).

Nous ne pouvons aujourd'hui encore que nous en tenir à ce critérium si simple et si sûr. Ainsi tombent d'elles-mêmes les objections que l'on a pu nous faire, basées sur la constatation d'intradermo-inoculations dites « positives », obtenues à partir de produits non chancrelleux. On voit que ces mots sont simplement privés de

(1) P. Ravaut, Rabeau et Didier-Hesse. Porteur de germes chancrelleux sans lésion apparente, révélé par l'intradermo-inoculation. *Soc. de Dermat.*, 10 juillet 1930 et 13 novembre 1930.

(2) P. Ravaut, Rabeau et Didier-Hesse. *Presse Médicale*, 15 octobre 1930.

sens si l'on n'appelle positives, comme nous l'avons toujours exigé, que les lésions contenant du bacille de Ducrey.

*
* *

Pour préciser davantage, nous allons reprendre la description des résultats fournis par les intradermo-inoculations dans la nouvelle série de malades sur l'étude desquels est basé ce mémoire. Il convient, pour éviter définitivement tout malentendu, de distinguer et d'étudier successivement : le résultat apparent, la lésion macroscopique, d'une part; le résultat réel, celui que fournit l'examen microscopique du pus ou de la sérosité de cette lésion, d'autre part.

a) Résultat apparent : la lésion.

L'aspect de celle-ci n'a, en réalité, qu'une importance *très secondaire*. Il est, en effet, essentiellement variable ; dans notre travail initial, nous signalions déjà toute la gamme des résultats obtenus par l'inoculation intradermique de produits chancrelleux certains : depuis la chancrelle de réinoculation typique jusqu'à la minime et banale papule et même *jusqu'à l'absence totale de réaction*.

Dans notre série actuelle, sur 12 intradermo-inoculations pratiquées à partir de pus de bubon, nous avons observé 7 lésions creuses, ulcérées, à bords décollés ; et 5 lésions minimes, fermées, simplement papuleuses. Aucun résultat n'a été complètement négatif.

Déjà, la variabilité de ces résultats suffirait à ne laisser attribuer qu'une importance à peu près nulle à l'aspect de la lésion, et à empêcher de tenir compte des résultats négatifs. Mais nous pouvons ajouter de plus que n'importe quel produit, suffisamment virulent, inoculé *par voie intradermique*, peut déterminer une ulcération creuse, à bords décollés, réaliser en somme un aspect *qui n'est donc nullement* — comme on le croit — *spécifique des lésions à Ducrey*.

L'apparence macroscopique, le degré de la lésion obtenue ne paraissent ainsi aucunement conditionnés par la *nature* de l'infection étudiée, mais bien par son *intensité*. De sorte que le seul renseignement objectif fourni par l'aspect du repiquage intradermique est d'ordre *pronostic* : il permet de prendre une connaissance très approximative de la virulence de l'infection en cause.

En résumé, possibilité d'observer l'apparence d'une chancrelle typique de réinoculation avec des produits non chancrelleux, de voir l'auto-inoculation intradermique de lésions sûrement chancrelleuses demeurer complètement négative : on ne peut confirmer plus nettement notre désir de ne tenir compte dans une lésion de repiquage que des germes qu'elle renferme.

Par conséquent, voir se produire une lésion de repiquage d'aspect quelconque n'a aucune signification de « réaction positive » en faveur de telle maladie qui serait particulièrement auto-inoculable.

Encore une fois, par la voie intradermique, *presque tout est auto-inoculable*. Et c'est précisément là ce qui fait l'intérêt de la méthode ; elle permet de repiquer un grand nombre de lésions *avec* leur virus ; elle permet d'isoler, sans doute d'exalter ces virus; elle n'est autre chose, en somme, *qu'un procédé de culture et d'isolement de germes sur le vivant*. Et c'est ce qui lui donne sa portée générale, car elle peut ainsi être appliquée à de toutes autres maladies que le chancre mou.

b) Résultat réel. — L'examen sur lame.

C'est donc le seul critérium sûr; encore n'a-t-il de valeur que lorsqu'il est positif.

Pour diminuer davantage le crédit à attacher à l'aspect de la lésion, on peut faire remarquer que la recherche du Ducrey a été quelquefois positive dans la sérosité d'une simple papule, scarifiée ou explorée à la pipette 48 heures après l'intradermo-inoculation. Aussi ne faudra-t-il pas négliger, avant de conclure à un résultat négatif, de faire des frottis à partir de lésions fermées, uniquement papuleuses, ne contenant pas de pus, ressemblant aussi peu que possible à une lésion chancrelleuse, et pouvant malgré tout renfermer quelques bacilles de Ducrey. Ceci ne doit d'ailleurs pas faire perdre de vue que le Ducrey est rencontré surtout dans les lésions d'inoculation creuses, ulcérées, suppurant franchement.

Nous donnons ci-dessous le tableau des résultats obtenus par la recherche du Ducrey dans l'intradermo-inoculation du *pus de bubons* de nature chancrelleuse. (Encore une fois, nous appelons positives les lésions qui renferment du Ducrey ; négatives celles qui n'en contiennent pas, quel que soit par ailleurs leur aspect macroscopique).

Intra-dermo-inoculations *positives* = 2 cas	Intra-dermo-inoculations *négatives* Ducrey constate dans le chancre = 7 cas	Intra-dermo-inoculations *négatives* Ducrey non constaté (1) = 3 cas
— Marqu... Tous autres procédés *négatifs*.	— Arm... Cuti-chancre, Ducrey +.	— Gog...
— Pina... Ducrey + dans le chancre.	— Aub... Ducrey + dans le chancre.	— Mout... i.-d -inoculat. bubon et *chancre* = 0.
	— Boi... Ducrey + dans le chancre.	— Trey...
	— Brom... Ducrey + dans le chancre. Cuti-chancre = 0.	
	— Daug..., Ducrey + dans le chancre. Cuti-chancre = 0.	
	— Grosch.. Ducrey + dans le chancre.	
	— Locat... Ducrey + dans le chancre.	

(1) Dans ces cas, le diagnostic de la nature chancrelleuse a été affirmé par les épreuves biologiques.

On peut dégager de ces faits les conclusions suivantes :

1° C'est tout d'abord *la faible proportion des résultats positifs* : 2 cas sur 12.

2° Mais, pour comparer des faits susceptibles de l'être, on ne peut rapprocher ces résultats de ceux obtenus à partir du chancre lui-même. *A partir du pus d'un bubon fermé, l'intradermo-inoculation demeure sans doute le procédé le meilleur pour déceler le bacille de Ducrey*. Soulignons encore que la cuti-inoculation du pus de ces bubons est demeurée *dans tous les cas négative*.

3° Nous avons réuni dans un même tableau tous les bubons de nature chancrelleuse, qu'ils accompagnent ou non un chancre. Or, parmi les bubons avec chancre, on constate que dans de nombreux cas, 7 fois sur 12, la présence du Ducrey a été affirmée dans le chancre, directement ou indirectement, alors que toute recherche, y compris l'intradermo-inoculation, restait négative dans le pus

du bubon. De ce fait découle la notion théorique suivante, dont l'importance est capitale : *dans un bubon sans chancre, l'impossibilité de déceler le bacille de Ducrey*, **par aucun moyen connu**, *ne peut servir d'argument contre la nature chancrelleuse de ce bubon.*

4° Les 12 cas de bubons chancrelleux étudiés ont été répartis dans ce tableau en 3 catégories, du point de vue des résultats des intradermo-inoculations ; à d'autres points de vue, ces 12 cas se décomposent ainsi :

— 3 cas sur 12 étaient des bubons sans chancre, de diagnostic clinique douteux.

— sur 9 cas avec chancre mou, 8 fois le Ducrey a été trouvé directement dans le chancre.

— Tous les procédés réunis ont permis de déceler le Ducrey dans 9 cas sur 12.

3 fois sur 12, donc, la preuve bactériologique n'a pu être fournie par aucun moyen. Les procédés biologiques ont alors permis le diagnostic ferme. Ce fait vient confirmer ce que nous avancions plus haut : que l'impossibilité de déceler le Ducrey ne peut être un argument contre la nature chancrelleuse d'un bubon.

II. — *Maladie de Nicolas-Favre.*

Un procédé de diagnostic bactériologique plus sensible, l'intradermo-inoculation, nous a permis d'annexer au domaine chancrelleux quelques cas mal définis, demeurés jusqu'alors sur la frontière. C'est une précision intéressante, mais elle ne doit pas faire oublier qu'il ne s'agit là que de cas-limites.

Bien plus, nous avons vu que l'absence du bacille de Ducrey ne suffit incontestablement pas à faire écarter le diagnostic de lésion chancrelleuse ; mais cela signifie certes encore moins qu'il existe pour tous les bubons sans Ducrey une présomption en faveur de leur nature chancrelleuse.

Nous avons simplement montré qu'il existe d'assez nombreuses formes hybrides, de physionomie clinique mal caractérisée, qui paraissent avec les moyens usuels d'investigation difficiles à classer.

Il était intéressant de chercher si l'intradermo-inoculation, qui nous avait permis de ramener au chancre mou quelques-uns de ces cas douteux, ne pourrait pas servir de même au diagnostic bactériologique de la maladie de Nicolas-Favre. Plus exactement même, guidés par le souci que nous avons souligné déjà d'effectuer indifféremment sur tous les bubons vénériens, quelle que soit leur apparence clinique, la même série de recherches, nous avons été amenés à pratiquer des intradermo-inoculations de pus de lymphogranulome inguinal et à connaître si les résultats obtenus étaient différents ou non de ceux observés dans l'infection chancrelleuse.

A. — *Recherches directes.*

L'examen direct sur lame de pus lymphogranulomateux fournit des renseignements bien connus sur lesquels nous n'insisterons pas. Nicolas, Favre et leurs collaborateurs ont complètement étudié depuis longtemps les caractères cytologiques particuliers de ce pus.

Quant aux germes visibles, de très nombreux examens ne nous en ont jamais montré. C'est seulement dans le pus de bubons fistulisés que nous avons constaté, très fréquemment, la présence d'un gros diplocoque, prenant le gram, déjà signalé par Favre et Phylactos. Ce diplocoque paraît bien être un germe banal d'infection secondaire puisqu'on ne le rencontre que dans le pus de bubons ouverts. Nous verrons cependant deux faits assez singuliers : ce même volumineux diplocoque a été constaté dans la lésion de repiquage intradermique au bras du pus de bubons fermés, originellement amicrobien. Nous l'avons également retrouvé dans les cultures de pus lymphogranulomateux, après passage en intradermo-inoculation au bras.

B. — *Recherches indirectes. — Auto-inoculations.*

La maladie de Nicolas-Favre est considérée comme n'étant pas auto-inoculable au porteur (1). Le fait est certain pour le procédé habituel de la cuti-inoculation. Par contre, l'inoculation intradermique donne lieu à des réactions dont la signification est difficile à établir de façon certaine. Nous avons obtenu, en effet, dans de

(1) NICOLAS, FAVRE et LEBEUF. *Journ. de Méd. de Lyon*, t. X, n° 225, 20 mai 1929

nombreux cas des lésions nettes par l'introduction intradermique de pus de ganglions lymphogranulomateux. Le fait est facile à vérifier. Mais son interprétation est délicate. S'agit-il bien là de réinoculations véritables, dans lesquelles le virus de la maladie demeure actif et vivant, ou bien les lésions produites ne peuvent-elles pas être confondues avec les réactions d'allergie du type de la réaction de Frei ?

Nicolas prend parti et adopte la deuxième interprétation. Il décrit ainsi les résultats constatés par lui en employant la méthode d'inoculation intradermique (1). « Nous avons obtenu régulièrement le développement de papules (et non d'ulcérations chancrelleuses), papules quelquefois vésiculeuses ou pustuleuses au centre, mais ces vésicules ou pustules guérissaient spontanément en quelques jours et avaient ainsi l'aspect, l'évolution, et certainement la signification des intradermo-réactions de Frei positives. Le produit inoculé, en effet, n'est autre en pareil cas que l'antigène de Frei non chauffé, non stérilisé ».

Le problème est difficile à résoudre. Il s'agit d'un virus inconnu, très vraisemblablement invisible. De sorte que pour faire la preuve de la réalité de l'auto-inoculation, on ne peut plus se baser sur l'examen microscopique, sur la présence de germes dans la lésion, comme il était si simple de le faire pour le bacille de Ducrey.

Il reste des critériums de valeur inégale.

En premier lieu, la morphologie de la lésion. Nous avons vu, à propos de l'infection chancrelleuse, quelle importance minime il est possible de lui accorder. Cependant, faute de mieux, l'aspect des lésions produites par des produits frais et chauffés chez chaque malade peut donner lieu à des comparaisons suggestives.

En second lieu, la durée des lésions, leur tendance à persister et à se développer, ou au contraire à s'éteindre spontanément, fournit des arguments qui ne sont pas sans valeur.

La démonstration véritablement convaincante serait donnée par la possibilité, soit de cultiver, soit de repasser à l'animal, le virus hypothétiquement supposé présent dans la lésion de réinoculation à

(1) Nicolas. *Archives dermato-syphiligraph. de la clinique de Saint-Louis*, t. III, fasc. II, p. 231.

l'homme et encore serait-il difficile de savoir s'il s'agit d'une culture du virus ou simplement de sa persistance dans la lésion.

Nous allons exposer ce que les intradermo-inoculations de pus lymphogranulomateux frais nous ont permis de constater chez nos malades. Nous examinerons ensuite si une conclusion sûre peut être tirée de ces faits. Nous distinguerons à nouveau, comme pour les lésions chancrelleuses, les renseignements fournis par l'aspect macroscopique de la lésion d'une part, et ceux que procure l'examen microscopique d'autre part; mais ici, cette deuxième recherche, loin d'occuper le premier plan comme précédemment, n'offre plus qu'un intérêt secondaire. Nous résumerons d'abord rapidement les constatations qu'elle nous a permis de faire.

a) Examen sur lame.

L'examen des frottis du pus ou de la sérosité trouvés dans la lésion d'inoculation fournit ici des renseignements bien moins précis, puisque le germe de la maladie de Nicolas-Favre demeure inconnu. Il permet cependant *une constatation négative importante* : *l'absence constante de bacilles de Ducrey*. Mais nous avons vu que c'est là un fait fréquent dans le repiquage de certains produits certainement chancrelleux (pus de bubons fermés). De sorte que le fait de trouver un pus amicrobien perd de sa valeur comme témoignage en faveur de la poradénite.

Un autre caractère, fréquemment rencontré, ne nous paraît pas pouvoir être mentionné sans les plus grandes réserves : c'est la présence du gros diplocoque gram positif, déjà signalée dans le pus de certains bubons fistulisés. Nous avons trouvé souvent ce germe : 7 fois sur 12 intradermo-inoculations positives.

Dans un cas, il a été constaté sur un frottis de sérosité d'une simple papule, ponctionnée à la pipette avec toutes précautions d'asepsie. D'autre part, ce diplocoque, décelé seulement 3 fois directement dans le pus de nos bubons, a été trouvé 7 fois dans la réinoculation de ces pus.

Cependant, nous ne croyons pouvoir accorder de valeur à un germe si banal, vraisemblablement d'origine cutanée malgré les précautions d'asepsie minutieuses prises; d'ailleurs, il se retrouve également dans les auto-inoculations chancrelleuses.

En somme, l'examen microscopique des lésions de repiquage dans la poradénite *n'aboutit qu'à des résultats négatifs*.

b) La lésion macroscopique.

Son aspect est essentiellement variable; en partant de lésions comparables, de bubons non fistulisés et ponctionnés pour la première fois, nous avons observé toute une gamme de lésions diverses. Celles-ci vont de la simple macule légèrement papuleuse, et de la papule nette ou du gros nodule inflammatoire, jusqu'à la lésion à centre blanc, rapidement ulcéré, qui aboutit en 48 heures à la formation d'une ulcération creuse, à bords décollés, suppurant abondamment, et que *rien ne distingue à première vue d'une lésion à bacilles de Ducrey*.

Nous avons pratiqué l'intradermo-inoculation au bras du pus de lésions lymphogranulomateuses *chez 13 de nos malades* (Parmi ceux-ci, 11 présentaient des lésions fermées, 2 étaient porteurs de fistules). Si l'on répartit, pour simplifier, les résultats obtenus en trois catégories, on relève :

Trois lésions ulcéreuses, creusantes, à bords décollés, rappelant l'aspect d'une chancrelle.

Neuf papules ou papulo-pustules.

Un résultat négatif (une simple macule érythémateuse).

Analysons de plus près les circonstances qui ont accompagné la production de ces trois types morphologiques.

Dans la première catégorie (3 lésions ulcéreuses), un fait essentiel : 2 sur 13 de nos malades présentaient des adénites fistulisées, 2 sur 3 des lésions ulcéreuses observées proviennent de ces adénopathies ouvertes. Il reste donc qu'une seule inoculation sur 11 faites dans des conditions valables a produit une ulcération creuse (Obs. Heyd.). Cette lésion de repiquage renfermait, dès le lendemain de l'inoculation, de très nombreux diplocoques du type de ceux que nous avons signalés plus haut. L'infection secondaire paraît donc vraisemblable dans ce cas. La réaction de Frei était normalement positive chez ce malade.

Dans la deuxième catégorie (9 lésions papuleuses ou papulo-pustuleuses), des lésions d'intensité différente se trouvent en réalité englobées. On peut remarquer que ce type de lésion, qui a été celui de la très grande majorité de nos malades, est aussi celui d'une réaction de Frei positive. D'autre part, les variations morphologiques qu'il présente ne dépassent pas celles qui existent entre des réactions de Frei légèrement, moyennement ou fortement positives. Aussi,

une comparaison effective du Frei et de l'intradermo-inoculation ne peut manquer d'être instructive chez ces malades. Elle fait ressortir les faits suivants :

Auto-Inoculation intradermique.	*Réaction de Frei.*
1 cas (obs. Sal...). Macule à peine papuleuse, vérifiée à 3 reprises.	Réaction négative à cette phase, devenue positive par la suite.
5 cas (Obs. Blan..., Mar..., God..., Va..., Char...). Papule franche nettement nodulaire (notée dans 2 cas, *inférieure à la réaction de Frei*).	Réaction moyenne, typique.
3 cas (Obs. den Har..., Mart..., Kam...). Papulo-pustule (centre blanc).	Réaction banale, 1 cas. Réactions fortes, avec pustulette centrale, 2 cas.

On ne peut manquer d'être frappé par le parallélisme véritablement assez net qui existe dans tous ces cas entre le degré d'intensité de la réaction de Frei et l'aspect de la lésion d'inoculation de produits frais.

Dans la troisième catégorie enfin (1 seul cas, négatif), l'observation de ce dernier malade est particulièrement riche en enseignements (Obs. Clo.).

Tout d'abord, dans ce *seul* cas d'auto-inoculation intradermique entièrement négative, *la réaction de Frei était de même, au même moment, complètement négative*. Cette coïncidence est à rapprocher du résultat d'inoculation le plus faiblement positif dans la catégorie précédente (Obs. Sal.) constaté, lui aussi, à une phase où la réaction de Frei était encore négative.

Mais il y a plus : le pus du même malade (Clo.) retiré par la même ponction, fut chauffé et transformé en antigène (Nous reviendrons longuement sur ce fait, voir chapitre allergie cutanée). Or, cet antigène s'est montré, sur de très nombreux autres sujets, un des plus actifs que nous ayons eu à notre disposition pour pratiquer nos réactions de Frei.

Pourquoi, non chauffé, n'a-t-il produit aucune lésion d'auto-inoculation intradermique? Comment ne pas rapprocher ce fait de la négativité simultanée de la réaction de Frei chez ce malade?

*
* *

Ainsi, l'authenticité de l'auto-inoculation de la maladie de Nicolas-Favre peut paraître douteuse lorsqu'on connaît l'ensemble de ces constatations convergentes.

Un fait paraît évidemment acquis : il y a dans le déterminisme des lésions consécutives à l'inoculation de produits frais, un facteur considérable, c'est l'état d'allergie cutanée plus ou moins marquée du sujet.

Mais cette réaction allergique est-elle la seule qui intervienne, n'existe-t-il pas, en plus, un phénomène spécial, inexplicable par l'état d'allergie ? Il paraît difficile de répondre actuellement de façon formelle, dans un sens ou dans l'autre, à cette question. Ce que l'on peut dire, c'est que certains faits précis vont à l'encontre du parallélisme intégral entre allergie cutanée et auto-inoculations, que nous avons jusqu'à maintenant exclusivement souligné. On peut citer comme exemples de discordance le cas de Heyd. où nous avons vu l'intradermo-inoculation produire une lésion très virulente et ulcérée, coïncidant avec une réaction de Frei normalement positive (Mais le rôle de l'infection secondaire a déjà été envisagé à ce sujet). Inversement, il est peu explicable d'observer, comme chez Va., et chez Char., une lésion moindre avec le pus frais qu'avec l'antigène de Frei.

A tous ces faits discordants, on peut objecter d'ailleurs qu'il ne s'agit que de variations relatives dans l'intensité. Et elles perdent beaucoup de leur signification du fait que, dans ces cas, le pus chauffé de l'antigène et le pus frais ne sont pas de même provenance. Or, il est bien certain que, d'un antigène à l'autre, des variations considérables dans les réactions allergiques apparaissent chez un même sujet éprouvé.

De sorte que, tenant compte de toutes les considérations précédentes, on ne peut pas éviter d'être rendu très sceptique sur la réalité des auto-inoculations de la maladie de Nicolas-Favre. Il nous semble cependant que la question ne peut être encore considérée comme résolue, tant que l'on n'aura pas cherché à déceler la présence hypothétique du virus de la maladie dans les lésions de repiquage par des inoculations à l'animal faites à partir de ces lésions sous certaines conditions de temps permettant d'éliminer la simple persistance du virus.

C'est dans ce sens que de nouvelles recherches nous paraissent devoir être tentées.

En marge de ce chapitre des intradermo-inoculations, nous désirons rapporter en détail une observation qui présente un intérêt d'un ordre tout à fait différent. Elle permet de constater que le repiquage intradermique peut avoir les plus heureux effets thérapeutiques lorsqu'il s'accompagne d'une forte réaction générale. Ajoutons tout de suite d'ailleurs qu'il ne s'agit sans doute nullement d'un effet spécifique, puisque, dans le cas particulier, le matériel d'inoculation était surinfecté. Cette observation a été prise par M. Didier-Hesse.

Observation. — Grim.... Le malade, âgé de 30 ans, entre à l'Hôpital Saint-Louis, le 18 octobre 1930, pour adénopathie inguinale gauche, sans porte d'entrée, datant de 1 mois 1/2 (Début le 1er septembre). Une première intradermo-inoculation au bras de quelques gouttes de sérosité, retirées par ponction du bubon, est faite le 19 octobre. Aucun résultat, papule minime.

Le 23 octobre, incision du bubon sous anesthésie, deuxième intradermo-inoculation au bras du broyage d'un ganglion prélevé (Ganglion dur, avec géode purulente centrale : aspect typique de poradénite).

Résultat : pustulette ulcérée au centre.

Le 28 octobre, on prélève dans la plaie un fragment de ganglion, qui est broyé et inoculé par voie intradermique à l'avant-bras (troisième intradermo-inoculation).

Le lendemain matin, 29 octobre, violente réaction locale et générale. Ascension thermique à 40°4. A l'avant-bras, œdème étendu, avec bourrelet périphérique ; grosse pustule centrale. Frottis : très nombreux germes.

Pendant 3 jours, température entre 39° et 40°. État local stationnaire.

A partir du 1er novembre, défervescence en échelons, température normale le 5 novembre. Au niveau de l'avant-bras, abcès suppurant abondamment.

A partir du 31 octobre, amélioration rapide de la plaie inguinale, jusqu'alors stationnaire, avec ganglions volumineux et durs dans la profondeur.

Entre le 3 et le 5 novembre, *progrès extrêmement rapides de la plaie inguinale* qui commence à cicatriser.

Ultérieurement, continuation de l'amélioration, à un rythme plus lent. Le malade sort de l'hôpital, complètement guéri, le 13 janvier 1931.

L'intérêt de cette observation réside dans *l'amélioration soudaine et très prononcée d'une lésion inguinale lymphogranulomateuse jusqu'alors traînante, sous l'influence d'une vive réaction générale avec hyperthermie*. Il est évident que cette réaction intense, générale et locale au niveau de l'avant-bras, est due à une *infection secondaire*. Le ganglion ayant servi à l'inoculation a été prélevé dans une plaie ouverte depuis 5 jours et certainement surinfectée. De sorte que nous ne présentons naturellement pas ce fait comme dû à la réinoculation au porteur du virus lymphogranulomateux. L'hyperthermie et le choc sont-ils, précisément, les seuls responsables de l'effet curatif? Nous n'oserions l'affirmer, étant donné que nous avons souvent vérifié dans des cas analogues le défaut d'action, tout au moins à ce degré, d'une injection intraveineuse de Dmelcos, qui s'accompagne cependant d'une réaction générale et d'une élévation thermique aussi intenses que dans le fait présent. Faut-il alors penser que, en plus du rôle de l'infection secondaire, est intervenu un processus d'auto-vaccination, comme P. Delbet, Beauvy et Ménégaux avaient proposé de le réaliser? Une réserve plus grande encore paraît devoir s'imposer pour toute conclusion précise dans ce sens. Nous ne pensons pas non plus qu'il faille attribuer au diplocoque que nous avons signalé cette action pyrétogène et curatrice puisque nous n'avons rien vu de semblable dans d'autres cas où sa présence était évidente.

Chapitre II

INOCULATIONS AUX ANIMAUX

Dans ce chapitre, les tentative d'inoculations du virus *de la maladie de Nicolas-Favre* seront surtout envisagées. En effet, nous n'avons guère inoculé de produits chrancrelleux que parallèlement aux essais poursuivis sur l'infection lymphogranulomateuse, et comme contrôle de ceux-ci.

Nous serons d'ailleurs très brefs sur ce sujet. Les résultats de

beaucoup les plus importants ont été en effet obtenus par les inoculations au singe réalisées par S. Hellerström et E. Wassen dès 1930. A la suite des auteurs suédois, elles ont permis à C. Levaditi et à l'un de nous de déterminer une maladie expérimentale transmissible en série chez cet animal. Or, l'étude détaillée de ces résultats a fait l'objet déjà de publications nombreuses (1). De plus, un exposé général a résumé récemment l'état actuel de la question (2). Aussi renvoyons-nous à ce dernier travail pour tous détails complémentaires sur ce sujet.

*
* *

Les essais d'inoculation de la maladie de Nicolas-Favre ont été effectués sur des animaux divers. Nous exposerons successivement les résultats de ces tentatives faites sur le cobaye, le lapin et le singe.

1° *Inoculations au cobaye.*

Les premières recherches sur la transmission de la poradénite au cobaye sont déjà anciennes. Elles ont été signalées ici même en 1924, dans le travail de l'un de nous en collaboration avec Boulin et Rabeau (3). Dans trois cas, l'apparition de ganglions inguinaux avait été constatée à la suite de l'inoculation sous-cutanée de pus lymphogranulomateux. Ces ganglions disparurent spontanément en une quinzaine de jours. Le passage à deux cobayes resta sans résultat. La conclusion suivante était donnée : « Il semble donc que l'agent infectieux de cette maladie puisse végéter quelque temps mais péniblement chez le cobaye ».

Depuis lors, des auteurs nombreux n'ont obtenu que des résultats négatifs, en particulier Frei et Hoffmann (4), Nicolas, Favre et

(1) C. Levaditi, P. Ravaut, P. Lépine et Mlle R. Schœn ont exposé les résultats de ces travaux dans une série de communications faites à l'Académie des Sciences et à la Société de Biologie, de février à juillet 1931.

(2) C. Levaditi, P. Ravaut, P. Lépine et Mlle R. Schœn. *Bull. Acad. de Méd.*, t. CVI, n° 36, p. 331, 17 novembre 1931 et *Annales de l'Institut Pasteur*, n° 1, janvier 1932.

(3) P. Ravaut, Boulin et Rabeau. Etude sur la poradéno-lymphite. *Ann. de Dermat. et Syphil.*, t. V, nos 8-9, août-septembre 1924, p. 483.

(4) W. Frei et M. Hoffmann. *Arch. f. Dermat.*, 153, 179, 1927.

Lebeuf (1). Cependant Gay Prieto (2), en 1927, avait pensé obtenir des résultats positifs, non pas avec l'inoculation de pus, mais par inclusion sous-cutanée de fragments de ganglions. Nicolas et ses collaborateurs ont critiqué ces résultats qui seraient sans valeur spécifique et peuvent être reproduits par l'inclusion d'un corps étranger quelconque.

Récemment, Kurt Meyer, H. Rosenfeld et H. E. Anders (3) apportent des résultats nouveaux : ils pensent avoir obtenu des passages en série chez le cobaye. Ces auteurs inoculent du pus lymphogranulomateux dans la région inguinale, après avoir traumatisé les ganglions voisins. En partant de 9 malades atteints de maladie de Nicolas-Favre, ils ont inoculé 22 cobayes ; 19 d'entre eux ont présenté des lésions. Trois faits sont surtout à retenir de l'étude qui a pu être faite de la maladie ainsi déterminée :

C'est tout d'abord l'extension des lésions, par voie lymphatique, non seulement aux ganglions mésentériques et trachéo-bronchiques, mais également aux viscères : foie, rate, poumons. Il s'agit bien là d'une maladie *à forme septicémique*.

En deuxième lieu, il est remarquable que ces lésions, ganglionnaires et même viscérales, ont pu donner lieu à des passages en série chez le cobaye, jusqu'à 12 passages dans un cas, 5 dans un autre, et 4 dans deux autres cas.

Enfin, des antigènes préparés avec les ganglions des cobayes, après plusieurs passages ou non, se sont montrés capables de produire la réaction de Frei chez des malades atteints de poradénite, alors que des sujets témoins ne présentaient pas de réaction.

D'autres précisions, d'importance moindre, sont encore apportées dans ce travail : caractères du virus qui, filtré sur bougie Berkefeld, s'est montré encore actif, étude histologique complète des lésions par H. E. Anders, élimination du rôle de la tuberculose.

Cet intéressant travail appelle, par son importance même, des recherches confirmatives. La facilité avec laquelle les auteurs ont réussi à transmettre la maladie au cobaye est quelque peu décon-

(1) Nicolas, Favre et Lebeuf. *Journ. de Méd. de Lyon*, t. X, n° 225, 20 mai 1929.

(2) Gay Prieto. *Actas Dermosifil.*, décembre 1927-janvier 1928.

(3) Kurt Meyer, H. Rosenfeld et H. E. Anders. *Klinische Wochenschrift*, 5 septembre 1931, n° 36, p. 1653.

certante, étant donné le nombre des essais infructueux antérieurs.

Nous avons repris, depuis plus d'un an, les tentatives d'inoculations de pus lymphogranulomateux au cobaye. De nombreux animaux ont été inoculés par les voies les plus diverses : sous-cutanée, intradermique, intratesticulaire, inoculations intradermiques au niveau du prépuce, inoculations intracérébrales, et, tout dernièrement, après avoir pris connaissance des travaux précités, inoculations intra ou juxtaganglionnaires.

Dans tous ces nombreux cas, le résultat a été soit complètement négatif, soit peu significatif : apparition passagère de ganglions dans le territoire voisin, régressant spontanément entre 8 et 25 jours après l'inoculation. A l'autopsie, jamais de généralisation. Nous n'avons rien observé de plus net, en somme, que les résultats déjà signalés par l'un de nous en 1924. Il faut ajouter, de plus, que nous avons fait un nombre presque égal d'inoculations avec du pus de bubons chancrelleux et que nous n'avons jamais constaté de différences sensibles dans les effets obtenus.

Cependant, nous étudions actuellement un cas où les lésions déterminées chez le cobaye sont plus significatives.

Partant de lésions rectales (obs. Amra.), prélevées par biopsie chez un sujet présentant un rétrécissement du rectum et une réaction de Frei nettement positive, nous avons inoculé un fragment de ces tissus sous la peau d'un cobaye. En 7 à 8 jours, plusieurs ganglions inguinaux, *bilatéraux*, assez volumineux se sont développés. De ces ganglions, extirpés en totalité, une partie a été passée à un deuxième cobaye, toujours par inclusion sous-cutanée; une partie a été broyée et transformée en antigène.

Le passage au deuxième cobaye produisit à nouveau une réaction scléreuse, sans suppuration.

L'antigène ganglionnaire, éprouvé sur deux séries de malades, produisit une réaction intradermique plus ou moins forte chez plusieurs sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre, alors que, chez des sujets témoins, aucune réaction n'apparut.

Ces deux faits semblèrent témoigner de la réalité d'une inoculation spécifique. Mais ultérieurement plusieurs faits négatifs sont venus amoindrir la signification de ces premiers résultats.

En premier lieu, le cobaye qui avait servi de point de départ,

sacrifié, ne présentait aucune extension des lésions; ganglions profonds et viscères étaient entièrement indemnes.

En deuxième lieu, un nouvel antigène préparé avec les ganglions de ce même cobaye se montra totalement inactif.

Enfin, la transmission en série ne put être obtenue, les résultats devenant négatifs dès la tentative de deuxième passage.

De plus, d'autres cobayes, inoculés de façon semblable, à partir des lésions du même malade et de celles d'autres sujets, ne présentèrent que des lésions banales suppurées, avec élimination des tissus étrangers mortifiés. Néanmoins, dans ce cas, nous avons pu prouver la présence du virus par la réaction d'allergie chez l'homme et en constatant avec M. Levaditi que les lésions du cobaye ont pu déterminer une méningite typique chez le singe. Si ce fait est très intéressant pour montrer que cette rectite contenait le virus de la maladie Nicolas-Favre, il prouve également que ce virus végète péniblement chez le cobaye et perd sa virulence assez rapidement.

En résumé, nous pouvons conclure que, si des résultats extrêmement complets ont pu être obtenus par certains auteurs, personnellement, nos tentatives nombreuses d'inoculation au cobaye, par tous les procédés indiqués, ne nous ont permis d'observer que des faits moins complets. Actuellement, nous croyons pouvoir simplement maintenir les conclusions que l'un de nous formulait avec Boulin et Rabeau en 1924, et que nous avons déjà rappelées plus haut.

2° *Inoculations au lapin.*

Nous avons repris l'étude de l'inoculation à la cornée du lapin qui avait été essayée antérieurement par Darré et Dumas, par Capelli, et par l'un de nous avec Boulin et Rabeau. Nous avons fait dans ce but des essais nombreux, introduisant le pus virulent, non pas dans la chambre antérieure de l'œil, mais *dans l'épaisseur même de la cornée*, en clivant celle-ci avec une fine aiguille, exactement comme pour procéder à une injection intradermique. Lorsque l'injection est réussie, elle soulève immédiatement sur la cornée une tache opaque blanchâtre, limitée, souvent entourée d'un rayonnement de petits éclats analogues aux cassures du mica.

Fidèles à notre ligne générale de conduite, nous avons injecté parallèlement et comparativement du pus chancrelleux et du pus lymphogranulomateux, *provenant l'un et l'autre de bubons fermés*.

Les résultats observés ne peuvent être considérés comme très probants : mais ils ne sont pas tout à faits nuls.

1° Dans un certain nombre de cas cependant, l'inoculation n'a été suivie d'aucune lésion appréciable, aussi bien avec le pus de bubons chancrelleux qu'avec celui de lymphogranulomes inguinaux.

2° Par contre, et sans qu'il existe une différence apparente dans le matériel d'inoculation employé, des lésions nettes, parfois très durables sont apparues dans un certain nombre de cas.

Ces cas, au nombre de 8, comprennent, fortuitement, un nombre égal d'inoculations chancrelleuses et lymphogranulomateuses.

Les lésions cornéennes observées ont présenté un certain nombre de caractères communs : toutes sont caractérisées, morphologiquement, par l'existence d'une *tache blanche centrale*, au point même de l'inoculation ; son intensité, variable, va de la simple taie jusqu'au petit abcès cornéen, nettement purulent. Autour de celle-ci, s'étend une zone plus ou moins nette *d'opalescence* de la cornée, devenue blanchâtre et opaque. Enfin, une *injection hémorragique* péri-cornéenne coexiste toujours, à un degré variable, allant de quelques suffusions sanguines par points isolés, jusqu'à la congestion intense qui peut encercler la cornée d'un anneau hémorragique complet.

Ces trois éléments : tache blanche, opalescence, congestion ont été retrouvés dans tous les cas, isolés ou associés dans des proportions variables. Semblables chez les animaux inoculés avec l'un ou l'autre produit, ils ne peuvent servir de critérium pour distinguer l'origine chancrelleuse ou lymphogranulomateuse d'une lésion.

Quelques caractères distinctifs ressortent cependant de l'étude comparée de nos deux séries d'animaux inoculés.

Avec le pus lymphogranulomateux, la lésion cornéenne est lente à apparaître, elle continue à s'accroître pendant plusieurs jours (maximum entre le 7e et le 16e jour). Elle décroît ensuite très lentement, les lésions étant encore visibles après 6 semaines, 2 mois, et parfois davantage.

Au contraire les lésions déterminées par le pus chancrelleux sont plus aiguës d'emblée, maxima entre le 2e et le 4e jour, elles régressent rapidement et disparaissent totalement, sans laisser de traces entre le 21e et le 30e jour.

Malgré ces variations appréciables selon la nature du produit

inoculé, il paraît bien difficile d'affirmer que le virus de l'une ou l'autre des deux maladies est réellement vivant et actif dans ces lésions. Aucun argument suffisant n'est venu affirmer la réalité d'une inoculation spécifique. Jamais l'extension des lésions n'a été constatée (1). Chez ces mêmes animaux, après un délai de 2 à 3 mois après l'inoculation, l'introduction intracornéenne d'un antigène lymphogranulomateux chauffé n'a pas provoqué de réactions sensiblement plus nettes dans la série des lapins inoculés avec le pus de la maladie de Nicolas-Favre que chez ceux qui avaient reçu du pus chancrelleux.

En résumé, il paraît difficile de conclure à la spécificité des lésions cornéennes provoquées chez le lapin, encore que la réaction déterminée apparaisse quelque peu différente selon que le produit inoculé est chancrelleux ou lymphogranulomateux.

3° *Inoculations au singe.*

Si, actuellement, les résultats des inoculations aux différentes espèces animales sont loin d'être également probants, si un certain nombre de ces constatations, chez des animaux différents, paraissent demander des recherches complémentaires, par contre, une catégorie de faits semble dès maintenant pouvoir être retenue ; ce sont les résultats obtenus *chez le singe* par *l'inoculation intracérébrale* ou intraganglionnaire *de pus lymphogranulomateux*. Hellerström et E. Wassen (2) ont montré les premiers que le virus lymphogranulomateux est capable de déterminer, par inoculation intracérébrale chez le singe, une méningo-encéphalite mortelle.

C. Levaditi, P. Ravaut, P. Lépine et Mlle R. Schœn ont confirmé le fait (3).

Une étude complète des caractères de la maladie expérimentale transmissible en série, et du virus filtrant qui est en cause a été faite par tous les auteurs précédents. Nous voulons simplement

(1) Nous n'avons pas observé en particulier cette « névraxite inguino-granulomateuse du lapin » que MM. Chevallier, Lévy-Bruhl, Moricard et Alquier ont signalée après inoculation dans la chambre antérieure de l'œil. *Soc. franç. de Dermat. et de Syphil.*, 21 mai 1931.

(2) Sven Hellerstrom et E. Wassen. *VII*e *Congrès International de dermatologie et syphiligraphie*, Copenhague, 5-9 août 1930.

(3) On trouvera une mise au point de l'ensemble des travaux de ces auteurs dans : *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. CVI, n° 36, 17 novembre 1931 et *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1932.

reprendre ici les arguments qui ont été donnés déjà, et ajouter ceux que nous avons pu nous-mêmes apporter, pour affirmer *la spécificité de la maladie expérimentale, la réalité de sa nature lymphogranulomateuse* (1).

Il s'agit d'une affection frappant avec prédilection le névraxe du singe, mais se comportant aussi comme une infection générale qui atteint non seulement le système lymphatique, mais aussi la rate, le foie, les reins. Si cette allure septicémique confirme et reproduit bien un des caractères que l'un de nous a mis en relief dès 1924 dans la maladie humaine, par contre la porte d'entrée anormale, intracérébrale, confère à la maladie expérimentale un cachet particulier qui l'éloigne de l'aspect habituel en clinique humaine. D'autre part, les preuves bactériologiques manquent, le virus demeurant invisible. Quant aux critériums histologiques, ils ne nous paraissent pas assez sûrs. Un seul ordre d'épreuves de contrôle reste possible, *ce sont les épreuves biologiques*. Nous y ajouterons la possibilité de reproduire la maladie chez l'homme, par réinoculation du virus simien comme l'ont fait Levaditi, Marie et Lépine.

Les auteurs suédois ont apporté dès le début des arguments importants en faveur de la spécificité de l'affection transmise expérimentalement.

En premier lieu, l'inoculation intrapréputiale chez le singe de cerveau virulent a provoqué l'apparition d'une adénite inguinale bilatérale, dont l'aspect histologique est semblable à celui de la poradénite chez l'homme.

En second lieu, l'antigène préparé avec le liquide céphalo-rachidien, les méninges ou le cerveau des singes infectés, produit chez les malades atteints de lymphogranulomatose inguinale une réaction intradermique positive alors qu'elle demeure négative chez les sujets témoins.

*
* *

(1) C. Levaditi, P. Ravaut et René Cachera. Les preuves de la nature lymphogranulomateuse de la maladie expérimentale du singe. *Soc. franç. de Dermat. et de syphil.*, 10 décembre 1931.

Nous-mêmes apportons les épreuves suivantes, comme contrôle de la spécificité d'une des souches virulentes étudiées par Levaditi, Ravaut, Lépine et Schœn.

I. Une première épreuve a été pratiquée par C. Levaditi, A. Marie et P. Lépine. Elle a été publiée antérieurement (1), aussi la résumerons-nous rapidement.

Elle a consisté à inoculer, dans un but thérapeutique, à un paralytique général, le virus provenant *du 12e passage* de la souche Kam... de Levaditi, Ravaut, Lépine et Schœn (2). Une émulsion cérébrale virulente, inoculée par voie intradermique (0,1 cc. environ), à la face interne du prépuce du malade, provoqua, *après une incubation silencieuse de 35 jours*, une adénopathie inguinale bilatérale, offrant l'aspect caractéristique de la maladie de Nicolas-Favre au début de son évolution.

II. Une deuxième catégorie d'épreuves a été effectuée dans le service de l'un de nous.

Elles ont consisté à éprouver l'activité d'un antigène chauffé, préparer à partir d'une émulsion concentrée de cerveau de singes infectés.

A l'aide de cet antigène, nous avons pratiqué des intradermo-réactions chez des malades déjà classés de façon certaine, atteints les uns de poradénite, les autres de bubons chancrelleux, d'autres enfin d'affections variées.

Deux séries d'épreuves ont été faites, avec des antigènes provenant de deux singes différents.

(*a*) Dans la première série, l'antigène était constitué par une émulsion cérébrale du *Cynocephalus Babuin* nº 351 (le même animal avait fourni le matériel d'inoculation utilisé chez un paralytique général, comme nous venons de le voir).

Le 25 juin 1931, on fit, chez 7 sujets, une intradermo-réaction avec cet antigène, accompagnée chez tous d'une réaction de Ito-Reenstierna au Dmelcos et d'une réaction de Frei avec un antigène humain habituel. Cette triple intradermo-réaction fut faite chez 4 sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre, et chez 3 sujets témoins. Les résultats suivants furent notés le 4e jour (29 juin).

(1) C. Levaditi, A. Marie et P. Lépine. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CVII, p. 1496, 18 juillet 1931.

(2) Levaditi, Ravaut, Lépine et Schœn. *C. R. de l'Acad. des Sc*, t. CXCII, p. 310, 1931.

Maladies de *Nicolas-Favre*	Intra-dermo Dmelcos	Intra-dermo Frei	Intra-dermo antigène singe 351
Den Har...	o	+	+
Clo.	o	++	++
Heyd...	o	+	+
Gru....	o	++	++
Sujets-témoins			
Osm... (lupus) . . .	o	o	o
Sai... (adén. bacillaire).	o	o	o
Fa... (adén. mycosique).	o	o	+ faible

On constate que :

1) *L'antigène simien 351.*

sur 4 maladies de Nicolas-Favre, a donné :
4 réactions positives (2 nettement et 2 fortement positives) ;
sur 3 sujets témoins :
2 réactions complètement négatives ;
1 réaction douteuse, faiblement positive (Il faut ici signaler un détail qui a son importance pour l'interprétation de ce résultat. L'antigène employé, de consistance très épaisse, produisit toujours un petit nodule, véritable corps étranger intradermique. L'adjonction d'une forte réaction chez les 4 sujets atteints de poradénite rendait évidente la lecture du résultat. Mais chez l'un des témoins, il fut difficile de déterminer s'il y avait seulement présence de corps étranger, ou adjonction d'une très minime réaction surajoutée. De toutes manières, bien que notée douteuse par nous, cette réaction ne ressemblait en rien aux 4 réactions positives).

2) *Réaction de Frei.*

sur 4 maladies de Nicolas-Favre :
4 réactions positives (2 nettement et 2 fortement positives. Bien noter le parallélisme avec les résultats de l'antigène 351) ;
sur 3 sujets témoins :
3 réactions négatives.

3) Signalons pour mémoire que le Dmelcos ne donna lieu à aucune intradermo-réaction positive chez les 7 sujets étudiés.

(*b*) Notre deuxième série d'épreuves fut exécutée dans des conditions absolument analogues, le 21 octobre 1931. L'antigène cérébral, préparé de façon semblable, provenait de la même souche, mais d'un animal différent (*cynocephalus Babuin* n° 396).

6 malades furent explorés : 2 maladies de Nicolas-Favre, 2 bubons chancrelleux et 2 sujets témoins.

Les résultats, notés le 4e jour (25 octobre) ont été les suivants :

	Noms	Intra-dermo Dmelcos	Intra-dermo Frei	Intra-dermo antigène 396
Maladies de Nicolas-Favre	Char...	o	++	+ faible
	Va...	o	++	+
Bubons chancrelleux	Quent...	+	o	o
	Mar...	+ faible	o	o
Témoins	Lab... (dermite).	o	o	o
	Mez...(adénite bacillaire).	o	o	o

On constate que :

1) *L'antigène 396* a donné :

sur 2 maladies de Nicolas-Favre :
2 résultats positifs (dont 1 réaction faiblement positive) ;
sur 2 bubons chancrelleux :
2 résultats négatifs ;
sur 2 témoins :
2 résultats négatifs.

2) La réaction de Frei s'est montrée :

chez 2 maladies de Nicolas-Favre : positive ;
chez 4 sujets (chancrelleux ou autres) : négative.

3) La réaction au Dmelcos a été positive chez les 2 sujets chanrelleux, négative chez les autres.

En résumé, on peut conclure de cette double série d'intradermoréactions :

1° L'antigène préparé avec une émulsion cérébrale de singes infectés par le virus lymphogranulomateux, a donné lieu :

— *chez 6 sujets atteints de poradénite, à 6 réactions positives*;

— chez 7 sujets atteints les uns d'infection chancrelleuse (2 cas), les autres, d'affections variées, *à 6 réactions complètement négatives, et à 1 réaction douteuse.*

2° *Les résultats observés avec ces antigènes d'origine simienne, sont exactement superposables à ceux des réactions de Frei pratiquées simultanément avec les antigènes humains habituels.*

3° *L'étude de ces antigènes cérébraux apporte donc un argument de grande valeur en faveur de la nature lymphogranulomateuse de la maladie du Singe.*

4° De plus, une application pratique intéressante pourra peut-être, un jour, découler de l'étude de ces antigènes d'origine animale.

Jusqu'à présent, la réaction de Frei a toujours été pratiquée à l'aide d'antigènes humains, donc relativement difficiles à acquérir, et impossibles à préparer en quantités importantes.

Au contraire, la possibilité que nous venons de démontrer, d'obtenir des antigènes actifs d'origine animale, ouvre des perspectives d'avenir importantes pour l'extension de la pratique de la réaction de Frei ; or, le diagnostic de certaines formes ou localisations encore peu connues de la maladie de Nicolas-Favre gagnera en précision le jour où il pourra être fait un usage courant de cette réaction si précieuse. De plus, il n'est sans doute pas interdit d'entrevoir, grâce à ces faits, des possibilités thérapeutiques nouvelles.

Chapitre III

ÉTUDE BIOLOGIQUE

Les deux maladies que nous étudions parallèlement dans ce travail sont cause d'un même phénomène local, l'adénopathie.

Par ce symptôme commun, elles sont bien voisines et peuvent même devenir tout à fait indistinctes. Si bien que l'on a pu méconnaître jusqu'à ces dernières années l'existence autonome de la

maladie de Nicolas-Favre, toujours rattachée au domaine du chancre mou, ou à une cause générale. Des nuances anatomo-cliniques existent cependant, créant deux types d'adénite parfois bien tranchés. Il convient d'admirer le sens clinique des auteurs lyonnais à qui ces caractères différentiels n'ont pas échappé, et qui ont pu ainsi isoler l'entité morbide qui porte leur nom.

Mais l'existence autonome de cette maladie n'aurait été que bien insuffisamment défendue contre la critique si elle n'avait été affirmée que par des signes anatomo-cliniques réels mais délicats à apprécier, et qui peuvent même faire complètement défaut.

Aussi est-il capital de connaître que ces deux affections, au premier abord purement locales, et qui se rejoignent par leurs manifestations apparentes limitées aux ganglions, *retentissent l'une et l'autre sur tout l'organisme*. Or, l'étude de leurs répercussions biologiques générales permet, plus elle est poussée, de voir s'accuser toujours davantage les divergences qui les séparent, et les place finalement à une telle distance l'une de l'autre que la confusion entre elles n'est plus concevable.

Cette étude biologique comprend deux ordres de recherches : d'une part, l'exploration de l'allergie cutanée par la méthode des intradermo-réactions, et, d'autre part, la recherche des anticorps chancrelleux dans le sérum au moyen de la réaction de déviation du complément. Nous avons proposé, en collaboration avec E. Rivalier, d'ajouter ce dernier caractère distinctif aux précédents.

Nous étudierons successivement :

l'exploration de l'allergie cutanée,

la recherche des anticorps chancrelleux dans le sérum.

I. — *Etude de l'allergie cutanée.*

L'étude de l'allergie cutanée est sans aucun doute actuellement l'épreuve biologique la plus simple et la plus féconde en résultats, aussi bien dans l'infection chancrelleuse que dans la maladie de Nicolas-Favre.

Ce sujet a été traité déjà par de nombreux auteurs qui ont apporté presque unanimement des résultats concordants.

Au cours de l'infection chancrelleuse, Tetsuta Ito (1), en 1913, a proposé le premier de pratiquer l'intradermo-réaction à l'aide d'une émulsion de bacilles de Ducrey tués ; Reenstierna (2) en 1923, puis, Nicolle et Durand (3) et Teissier, Reilly et Rivalier (4) ont confirmé la valeur de la méthode.

Dans la maladie de Nicolas-Favre, Frei (5) en 1925, a eu le grand mérite de décrire l'intradermo-réaction qui porte son nom, pratiquée à l'aide d'un antigène constitué par le pus chauffé de bubons lymphogranulomateux.

Depuis lors, de nombreux travaux ont confirmé les faits démontrés par Frei, en particulier ceux de Dind, Ramel, Hellerström (6), Gregorio, Jersild et, en France, de Nicolas, Favre et Lebeuf (7).

Notre expérience personnelle repose sur un total de 309 intradermo-réactions : 132 réactions de Ito-Reenstierna et 177 réactions de Frei.

Elle nous a confirmé pleinement ce qui a été maintes fois déjà publié à ce sujet. Aussi serons-nous brefs dans l'exposé de cette partie de nos recherches. Non pas que nous méconnaissions l'importance de ces méthodes : encore une fois, elles nous ont paru être les meilleures par la simplicité de leur exécution et la rigueur de leurs résultats ; mais nous voulons éviter de redire trop longuement ce qui a déjà été publié à ce sujet. Par contre, nous insisterons plus spécialement sur certains côtés, moins connus, de la question.

*
* *

Nous divisons en deux parties cette étude de l'allergie cutanée. Il faut considérer, en effet, qu'elle peut être abordée de deux façons distinctes.

Un sujet donné, porteur d'une adénite dont la nature est à élucider, peut être, en effet, éprouvé tout d'abord par ce qu'on peut

(1) Tetsuta Ito. *Arch. für Dermat. und syphilis*, t. CXVI, p. 341, 1913.
(2) Reenstierna. *Arch. Inst. Pasteur Tunis*, 1923, p. 273.
(3) Nicolle et Durand. *Arch. Institut Pasteur Tunis*, 1924, p. 247.
(4) Teissier, Reilly et Rivalier. *Journ. Physiol. et Pathol. Génér.*, 1927, t. XXV, n° 2.
(5) Frei. *Klin. Wochenschrift*, 1925, p. 2, 148.
(6) Hellerström. *Acta dermato-vener.* (Stockholm), suppl. 1, 1929.
(7) Nicolas, Favre et Lebeuf. *Journ. de Médec. de Lyon*, 20 mai 1930.

appeler *la méthode directe*. Elle consiste à interroger la sensibilité cutanée de l'individu au moyen de l'introduction intradermique d'antigènes variés, les uns chancrelleux, les autres lymphogranulomateux. C'est le procédé courant.

Mais, de plus, on peut aussi obtenir sur la nature de l'adénopathie de ce même sujet des renseignements par la *méthode indirecte*. Elle consiste à transformer en antigène le pus de son adénite, et à éprouver cet antigène sur des malades déjà classés, les uns chancrelleux, les autres atteints de poradénite. Ceux-ci servent, par conséquent, de réactifs qui révèlent la nature de l'infection en cause chez le sujet fournisseur d'antigène.

Lorsque les deux procédés sont employés de façon combinée, on obtient par là une véritable *épreuve croisée* qui renforce singulièrement la valeur des résultats obtenus. *Elle constitue la base théorique ferme et sûre de la méthode*.

Nous insistons sur ce fait car la première réaction, directe, est surtout connue et utilisée. Hellerström, cependant, met également en relief le fait que la réaction de Frei est double, et significative dans les deux sens (1).

La réaction est d'ailleurs toujours la même. Seul, le point de vue d'où on la considère, change. De sorte que le deuxième terme, indirect, de l'épreuve, est implicitement supposé chaque fois que l'on fait une épreuve directe. Mais il nous a paru important de le considérer *en lui-même*, alors qu'on le laisse habituellement dans l'ombre. Nous l'avons réalisé, non seulement dans la poradénite, où il n'existe pas d'autre antigène que le pus lymphogranulomateux lui-même, mais aussi dans l'infection chancrelleuse. Au lieu de l'antigène à base de cultures de Ducrey habituellement employé, nous avons utilisé parfois le pus ganglionnaire chauffé de sujets chancrelleux et obtenu ainsi des résultats concordants avec ceux que donne l'antigène microbien courant.

Il est d'ailleurs inévitable de recourir à cette épreuve indirecte chaque fois que l'on prépare personnellement un antigène, *comme contrôle de celui-ci*. Mais il s'agit d'un procédé qui n'est facile à appliquer que lorsque l'on suit un certain nombre de malades

(1) HELLERSTRÖM. Zur Kenntnis der Hautallergie beim Lymphogranuloma inguinale. *Klinische Wochenschrift*, nº 13, 28 mars 1931.

simultanément. De sorte que l'on peut dire que les bubons dont la nature est difficile à apprécier cliniquement *ne peuvent être utilement étudiés qu'en groupe*. C'est par l'affrontement réciproque de cas différents que la nature de chacun d'eux s'affirme ; et *le mouvement d'échanges suffisant aes antigènes*, indispensable pour faire la lumière, n'est possible que dans un service spécial.

*
* *

Ces bases théoriques posées, nous ne reviendrons pas sur tous les détails de *technique*, exposés complètement dans les travaux des auteurs déjà cités. Précisons simplement que, comme antigène chancrelleux, nous avons employé dans la très grande majorité des cas le Dmelcos, rarement le pus chauffé, retiré par ponction d'un bubon chancrelleux.

Pour les antigènes lymphogranulomateux, nous nous sommes conformés à la technique de Frei (1). Nous avons utilisé le pus retiré par ponction de bubons fermés, bien plus souvent que le filtrat du produit de broyage de ganglions prélevés chirurgicalement. Cette dernière technique expose beaucoup plus à l'infection secondaire. Le pus prélevé est chauffé 3 fois pendant une demi-heure à 60°. La stérilité de l'antigène est vérifiée de temps à autre par culture. Nous avons employé fréquemment le produit pur. Dans d'autres cas, nous l'avons étendu de 1 à 2 fois son volume de sérum physiologique. Nous ne l'avons jamais dilué dans 5 fois son volume d'eau physiologique, comme le conseille Frei. D'ailleurs, l'activité de l'antigène obtenu est très variable d'un sujet fournisseur à l'autre ; la dilution doit être réglée en conséquence.

Pour l'exécution des intradermo-réactions, il faut insister beaucoup sur un détail dont l'importance est fondamentale. Il est indispensable de faire les injections, soit avec une seringue de Barthélemy neuve, *soit avec une seringue spéciale, ne servant qu'à cet usage*, stérilisée *isolément*, par ébullition ou autrement. En effet,

(1) Dans nos premiers essais, nous avons employé avec succès des antigènes que MM. Frei, Nicolas, Hellerström avaient bien voulu nous faire parvenir. Nous les prions de trouver ici l'expression de nos bien vifs remerciements.

Hellerström a constaté que le pouvoir antigénique n'est pas toujours complètement supprimé mais souvent seulement affaibli par chauffage à 100°. Nous avons vérifié le fait à nos dépens de la façon suivante : au début de nos recherches, nous stérilisions par ébullition dans un récipient commun, plusieurs seringues servant indifféremment à injecter des antigènes, tantôt chancrelleux, tantôt lymphogranulomateux. Le résultat fut qu'au bout de peu de temps, tous nos malades, chancrelleux ou atteints de poradénite, présentaient des réactions positives, presqu'uniformes, aux deux antigènes simultanément. Aussi ne craignons-nous pas d'insister beaucoup sur ce détail pratique, si minime, mais qui risque de fausser si complètement les résultats escomptés.

En ce qui concerne la lecture et l'interprétation des résultats des réactions, nous renvoyons aux travaux des auteurs déjà cités, où les formes diverses que peut affecter la réponse cutanée aux différents antigènes sont complètement étudiées. Nous insistons seulement, après d'autres, sur la nécessité de *ne pas juger trop tôt* les résultats d'une réaction. Le meilleur moment est le *3e ou le 4e jour*, souvent même plus tard encore. Cela est vrai, surtout pour la réaction de Frei, celle de Ito-Reenstierna paraissant souvent plus précoce. Mais en règle générale, *une réaction véritablement positive est durable*. Elle est encore appréciable souvent après 8, 10, 15 jours et parfois davantage. Cette règle s'applique d'ailleurs à l'interprétation des intradermo-réactions en général, car l'on se presse toujours trop pour en faire la lecture.

Les fausses réactions, dont il faut toujours se méfier (dues à un antigène infecté, à une sensibilité individuelle exagérée, à un phénomène de « co-allergie »), sont précoces, parfois immédiates, et toujours passagères. Elles diminuent rapidement et durent rarement plus de 48 heures. Aussi ne sont-elles jamais gênantes si on attend le 4e jour pour juger les résultats.

Chez tous nos malades, nous avons toujours pratiqué en même temps au moins deux intradermo-réactions, l'une au Dmelcos, et une ou plusieurs avec des antigènes lymphogranulomateux. Il y a avantage à lire ainsi les résultats d'une façon comparée ; comparaisons et recoupements multiples si possible : de deux antigènes de nature opposée sur un même malade, d'un même antigène chez

deux malades atteints d'affections différentes et chez des sujets témoins (V. fig. I et II).

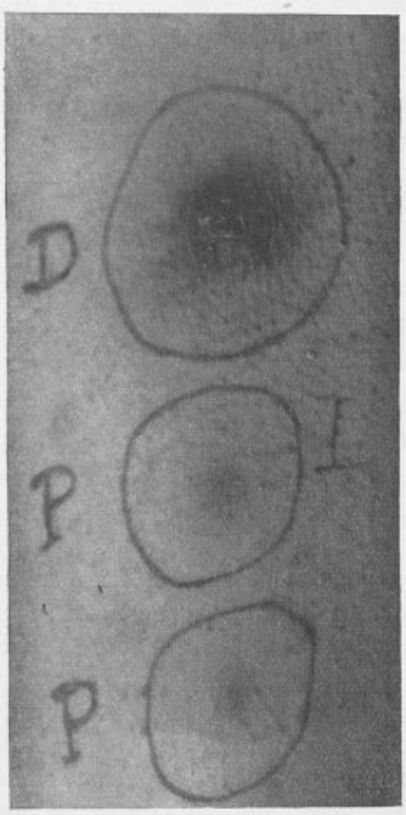


Fig. I.

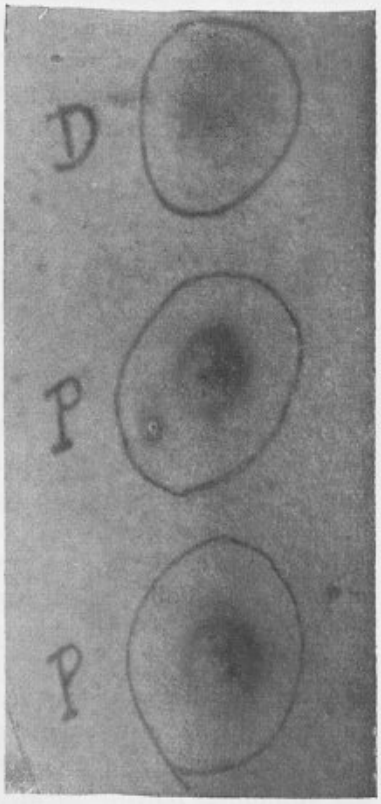


Fig. II.

Fig. I et II. — Ces deux clichés montrent les résultats opposés obtenus chez deux sujets différents par les mêmes intradermo-réactions.
En I, sujet chancrelleux. En II, sujet atteint de maladie de Nicolas-Favre.
Tous deux, le même jour, ont été soumis aux *trois mêmes* intradermo-réactions :
En haut, intradermo au Dmelcos (marquée D).
En bas, deux intradermo-réactions de Frei pratiquées avec deux antigènes lympho-granulomateux, provenant de sujets différents (marquées P).
Résultats photographiés le *4e jour*. Noter en I, l'intradermo au *Dmelcos positive*, les réactions de Frei négatives ; en II, les réactions de *Frei positives*, la réaction au Dmelcos négative.

Ce luxe de précautions n'est utile, hâtons-nous de l'ajouter, que si l'on cherche à s'assurer de la valeur de la méthode, ou si l'on désire éprouver l'activité d'antigènes. Il va sans dire que, tout au contraire, *si l'on possède des antigènes déjà vérifiés*, rien n'est plus simple que de pratiquer et de lire sur un malade isolé une réaction de Ito-Reenstierna et une réaction de Frei. Le grand intérêt de ce moyen de diagnostic nous paraît précisément résider dans sa très grande facilité d'exécution et d'interprétation.

*
* *

Nous envisagerons successivement les résultats obtenus par les deux méthodes, directe et indirecte.

1° ***Méthode directe.***

Trois groupes de sujets ont été étudiés par ce moyen : chancrelleux, maladies de Nicolas-Favre et sujets témoins. Chez tous, les intradermo-réactions de Ito-Reenstierna et de Frei ont été faites de façon conjuguée.

Il est à noter que le plus grand nombre de ces malades a été en même temps l'objet d'un examen bactériologique complet. Ces sujets sont ceux dont nous avons rapporté de façon détaillée l'étude bactériologique.

Aussi, faut-il souligner que, dans tous ces cas, l'exploration de l'allergie cutanée est venue *s'ajouter* aux renseignements tirés de l'examen bactériologique et des auto-inoculations. *Les deux méthodes appliquées parallèlement, contrôlées l'une par l'autre, se sont montrées concordantes et capables de se compléter mutuellement.*

(*a*) **Bubons chancrelleux.**

26 malades ont été étudiés.

Il s'agissait soit de chancre mou avec bubon, soit de bubon chancrelleux sans porte d'entrée caractéristique.

Dans 18 cas, le bacille de Ducrey avait pu être décelé par l'un des procédés décrits.

Chez ces 26 sujets, nous avons pratiqué les réactions suivantes :

I. Intradermo-réaction de Ito-Reenstierna.

— sur 34 intradermo-réactions au Dmelcos,

31 réactions positives ou fortement positives.
3 réactions faiblement positives.

— sur 6 intradermo-réactions avec du pus de bubon chancrelleux chauffé :

6 réactions positives ou fortement positives.

— chez les sujets traités par les injections intraveineuses de Dmelcos, nous avons observé une fois de plus l'effet bien connu des injections de vaccin *qui atténuent ou effacent complètement mais momentanément les réactions d'allergie cutanée dans l'infection chancrelleuse.*

Dans ces conditions :

sur 11 réactions (dont 9 au Dmelcos et 2 avec le pus chancrelleux chauffé),

6 ont été complètement négatives,

5 ont été faiblement positives, douteuses.

II. Intradermo-réaction de Frei.

— sur 57 réactions pratiquées avec des antigènes lymphogranulomateux divers,

54 réactions négatives,

3 réactions faiblement positives, douteuses.

En résumé, chez 26 sujets chancrelleux, un total de *97 intradermo-réactions* ont été pratiquées dans des conditions valables pour le diagnostic (Les 11 réactions de Ito-Reenstierna après vaccinothérapie par le Dmelcos sont exclues de ce total).

— sur 40 réactions de Ito-Reenstierna (Dmelcos ou pus chauffé) :

37 résultats nettement positifs,
3 résultats faiblement positifs ;

— sur 57 réactions de Frei :

54 résultats complètement négatifs,
3 résultats douteux.

(*b*) **Maladie de Nicolas-Favre.**

27 malades atteints de poradénite ont été étudiés. Chez ces sujets, nous avons fait les épreuves suivantes :

I. Réaction de Frei.

sur 92 réactions, 90 résultats positifs dont : 76 nettement, ou très fortement positifs ; 14 faiblement positifs.

2 résultats négatifs (ces 2 réactions ont été négatives, chez un même sujet, au début de la maladie. La réaction est devenue ultérieurement positive chez ce malade).

II. Réaction de Ito-Reenstierna.

sur *68 réactions* (dont 60 au Dmelcos, et 8 avec un pus chancrelleux chauffé), 53 résultats complètement négatifs ; 15 résultats douteux, faiblement positifs.

En conclusion, la réaction de Frei s'est montrée *constamment positive chez nos 27 sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre.*

En effet, les 2 réactions négatives, faites trop précocement, ne peuvent servir d'argument que pour préciser le *délai d'apparition* de l'état d'allergie cutanée. Dans ce cas (obs. Sal.), le début de la maladie remonte au 20 janvier 1931, environ. La réaction de Frei est négative le 27 mars et le 10 avril. Elle devient faiblement positive le 25 avril, *donc 3 mois après le début*. Elle est très fortement positive le 6 mai et le 1er juin.

Le délai d'apparition est d'ailleurs anormalement prolongé dans cette observation. Le plus souvent, la réaction nous a paru être positive de 3 à 6 semaines après le début. Hellerström a observé un délai de 2 mois dans plus de 60 o/o des cas. De toutes façons, il est important de connaître la possibilité de ces réactions d'apparition tardive. Elles montrent que l'on ne doit jamais rejeter le diagnostic de maladie de Nicolas-Favre d'après une seule réaction de Frei négative, mais qu'il est nécessaire de répéter la réaction comme nous l'avons fait dans ce cas.

Quant à la réaction de Ito-Reenstierna, elle s'est montrée 53 fois négative sur 68 chez nos 27 sujets atteints de poradénite.

15 fois sur 68, elle a été douteuse ou faiblement positive.

Mais ces chiffres donnent une idée fausse de la fréquence réelle des réactions au Dmelcos douteuses dans la maladie de Nicolas. Ils totalisent en effet le nombre des réactions pratiquées : or, c'est celui des malades étudiés qui importe à ce point de vue. En effet, la réaction de Ito-Reenstierna, par le fait même qu'elle semblait douteuse, a été répétée plusieurs fois chez les mêmes sujets. En réalité, 5 malades seulement ont donné lieu à ces 15 réactions liti-

gieuses. De sorte que la seule proportion à retenir est celle-ci : *chez 27 sujets* atteints de poradénite, la réaction de Ito-Reenstierna a été *dans 22 cas complètement négative* ; *chez 5 malades, elle est demeurée douteuse.*

Nous allons voir quelle paraît être la signification de ces faits.

Notons d'abord que Gregorio a observé des faits analogues. (Réaction au Dmelcos 2 fois positive dans 18 cas de poradénite) (1). Comment interpréter ces résultats ?

Tout d'abord, il paraît possible, étant donné la fréquence du chancre mou, qu'un certain nombre de ces malades fussent d'anciens chancrelleux, même quand l'interrogatoire n'a pu révéler aucun antécédent net, ce qui s'est produit dans nos observations.

Un caractère commun, leur très longue durée (2), renforce, en effet, la valeur théorique des réactions de Frei et de Ito-Reenstierna, mais constitue en même temps un obstacle pratique à leur interprétation. Positives, elles signifient simplement que le sujet éprouvé *est ou a été* atteint de l'affection correspondante.

Mais de plus, il faut insister beaucoup sur le fait que les réactions de Ito-Reenstierna, chez nos sujets atteints de poradénite, n'ont jamais été nettement positives. Il s'agit de réactions *faibles ou douteuses*, et surtout, *passagères*. Elles tombent régulièrement après 48 heures. Elles ne sont donc très probablement pas des réactions spécifiques. Elles sont d'ailleurs facilement distinguées des réactions vraies, car la réaction de Ito-Reenstierna chez les chancrelleux, ou la réaction de Frei dans la poradénite sont, au contraire, souvent à leur maximum *le 3e ou 4e jour*.

De sorte que ces réactions faibles et passagères *ne nous ont jamais paru constituer un obstacle sérieux, à condition que l'on ne lise pas trop tôt les résultats des épreuves*. Peut-être s'agit-il là, comme le suppose Gregorio, de phénomènes de co-allergie. En tous cas, nous allons voir que les sujets témoins ne se sont guère comportés autrement à ce point de vue que les sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre.

(1) E. DE GREGORIO. *Actas dermo-sifiliograficas*, 1931, nº 4, p. 317.

(2) On a rapporté des cas de réactions positives 25 à 30 ans après l'infection initiale. Dans 1 cas d'Hellerstrom, diagnostic rétrospectif de poradénite par une réaction de Frei positive après 31 ans.

(*c*) **Sujets témoins.**

24 sujets ont été étudiés. Ils présentaient les affections les plus variées. 5 d'entre eux étaient porteurs d'adénopathies suppurées, inguinales ou cervicales (4 adénites bacillaires, 1 adénite mycosique). L'existence d'infection chancrelleuse dans les antécédents avait été écartée.

1) Réaction de Ito-Reenstierna.

sur 24 réactions, 20 résultats négatifs, 4 résultats douteux.

Par conséquent, la proportion de réactions au Dmelcos, faibles et passagères, est sensiblement la même que celle que nous avons relevée dans la poradénite.

2) Réaction de Frei.

sur 28 réactions, 26 résultats négatifs, 2 résultats douteux.

Au total, chez les sujets témoins, 52 intradermo-réactions, tant chancrelleuses que lymphogranulomateuses, n'ont donné lieu à *aucun résultat positif*. Les 6 cas douteux observés montrent que la proportion de réactions faibles, de Frei ou de Ito-Reenstierna, est aussi grande chez les sujets témoins que le pourcentage, dans le bubon chancrelleux ou dans la poradénite, de réactions minimes avec l'antigène opposé.

En somme, il ne peut y avoir là aucun argument contre la valeur spécifique de la méthode ; cette spécificité pourrait peut-être sembler n'être pas tout à fait absolue, en ce sens que les réactions ne sont pas toujours totalement négatives là où elles devraient l'être. Mais il est significatif, à cet égard, de relever le fait qu'*un même sujet témoin* (psoriasis) a donné lieu à deux réactions faiblement positives, et pour le Frei, et pour le Dmelcos. Il paraît donc bien s'agir de réactions banales qui tiennent avant tout à une susceptibilité individuelle particulière. Mais ces réactions non-spécifiques sont, d'une part, assez rares ; d'autre part, elles ne sont *nullement comparables, ni par leur intensité, ni par leur persistance, aux véritables réactions spécifiques, dont, en pratique, elles se distinguent par conséquent toujours facilement.*

2° ***Méthode indirecte.***

Cette méthode consiste, comme nous l'avons dit, *à éprouver le pus inguinal, transformé en antigène, d'un individu, vis-à-vis de*

sujets déjà classés, les uns chancrelleux, les autres maladies de Nicolas-Favre.

Nous l'avons employée, non seulement chez des sujets atteints de poradénite, mais aussi dans l'infection chancrelleuse. Nous avons constaté que le pus de bubon chancrelleux, chauffé à 60° de façon discontinue, constitue un bon antigène qui produit, injecté dans le derme, des résultats absolument parallèles à ceux que l'on obtient avec le Dmelcos (Obs. Bronn.).

A première vue, cette méthode indirecte peut paraître inutilement compliquée, alors que le procédé direct est très simple.

Mais rappelons tout de suite qu'elle est implicitement supposée en principe dans l'application de la méthode directe ; elle n'est même que l'envers de celle-ci. De plus, elle est indispensable comme procédé de contrôle d'un antigène nouvellement préparé dont on ignore la valeur et l'activité.

Mais il y a mieux : prise en elle-même, elle possède des avantages qui lui sont propres.

En premier lieu, sa signification théorique est considérable ; elle constitue le complément de la réaction directe. *Elle renforce et contre-éprouve les renseignements fournis par l'étude de l'allergie cutanée du sujet producteur d'antigène.* Nous avons constaté la concordance, dans tous les cas, entre les deux termes de cette *épreuve croisée.*

En second lieu, elle peut avoir, dans certaines conditions, un intérêt pratique certain. Si l'allergie cutanée est faible chez un sujet donné, si ses intradermo-réactions sont douteuses, cependant, le pus de son adénopathie peut être capable de constituer un antigène actif et permettre ainsi un diagnostic indirect. En milieu hospitalier spécial, cette application pratique n'est pas un mythe ; nous la signalons parce qu'elle a pu nous rendre service. Un exemple, entre autres, est démonstratif. Un malade (Clo.) (1), entre à l'hôpital Saint-Louis le 30 avril 1931, pour un bubon inguinal sans porte d'entrée, volumineux, fluctuant, formé d'une seule poche suppurée, prête à s'ouvrir à la peau. Le 4 mai, on pratique sur lui trois

(1) L'observation du même malade a déjà été citée précédemment à propos des intradermo-inoculations où elle constituait, d'un tout autre point de vue, un exemple également très instructif.

intradermo-réactions, l'une au Dmelcos, les deux autres avec des antigènes lymphogranulomateux. Toutes trois demeurent négatives. Entre temps, le 1er mai, le bubon de ce malade est ponctionné, un antigène préparé avec le pus abondant recueilli. Quelques jours plus tard, cet antigène est injecté, comparativement avec du Dmelcos, dans le derme de 8 sujets. Parmi ceux-ci, 5 atteints de maladie de Nicolas-Favre réagissent plus ou moins fortement mais tous nettement, à cet antigène. Par contre, 2 sujets chancrelleux et 1 témoin ne présentent aucune réaction. Ainsi, le diagnostic de maladie de Nicolas-Favre est affirmé chez le donneur d'antigène par cette seule épreuve indirecte. Près d'un mois plus tard, le 29 mai, la réaction de Frei est encore chez lui presque négative. Elle sera seulement le 12 juin nettement positive, et, faite à nouveau le 27 juin, présentera alors une acuité extrême (1).

Dans le cas particulier, il est donc démontré que la méthode indirecte a permis d'arriver au diagnostic, un mois environ avant que la méthode directe soit capable de fournir des renseignements.

Il faut en retenir *qu'un sujet atteint de poradénite est capable de fournir un antigène actif bien avant que son état d'allergie cutanée se soit développé.*

*
* *

Si nous groupons maintenant les résultats de nos réactions du point de vue de la méthode indirecte, nous obtenons le tableau suivant.

Au lieu d'envisager les résultats par catégories de malades, il les résume pour chacune des deux catégories d'antigènes.

(1) La *répétition* des intradermo-réactions, *dans la poradénite* serait d'après Kleeberg et Lowenstein, et d'après Ramel, capable, à elle seule, d'augmenter l'intensité des réactions. Hellerstrom, par contre, n'a rien observé de semblable. Plusieurs cas, analogues à notre observation Clo., dans lesquels nous avons suivi l'apparition de l'allergie par des intradermo-réactions répétées, ne nous permettent pas de conclure. Nous ne savons pas si nos réactions ont été les simples témoins de la croissance d'une allergie récente ou si elles ont, dans une certaine mesure, provoqué activement la réponse à l'interrogation qu'elles posaient.

1° *Réactions faites avec un pus chancrelleux chauffé.*

14 réactions ont été pratiquées :

6 chez des sujets chancrelleux.....	6	réactions	+
8 dans la poradénite	0	»	+
	7	»	—
	1	»	±

2° *Réactions de Frei.*

177 réactions ont été pratiquées :

92 dans la poradénite	90	réactions	+
	2	»	—
57 chez des sujets chancrelleux.....	0	»	+
	54	»	—
	3	»	±
28 chez des sujets témoins	0	»	+
	26	»	—
	2	»	±

*
* *

Conclusions.

1) En résumé, l'étude de l'allergie cutanée, dans l'infection chancrelleuse, comme dans la maladie de Nicolas-Favre, apporte des *renseignements de la plus haute valeur théorique sur l'existence de réactions biologiques générales distinctes et irréductibles, dans les deux maladies.*

2) Elle constitue de plus un procédé pratique de diagnostic qui est incomparable. *Les formes hybrides d'adénopathies inguinales*, dont l'examen bactériologique et les auto-inoculations restent parfois aussi impuissants que la clinique à fixer l'étiologie, *sont faciles à classer grâce aux réactions de Ito-Reenstierna et de Frei.*

II. — *Recherche des anticorps chancrelleux dans le sérum.*

Nous avons vu l'aide précieuse apportée par les données bactériologiques et par l'exploration de l'allergie cutanée au diagnostic et à la classification des adénopathies inguinales. Les résultats des intradermo-réactions nous ont montré déjà que les réactions biolo-

giques générales déterminées par l'infection chancrelleuse et par la maladie de Nicolas-Favre sont profondément différentes.

Il nous a paru intéressant de développer l'étude de ces réactions générales et d'y chercher éventuellement des éléments nouveaux de différenciation entre les deux maladies. C'est dans ce but que, parallèlement à l'étude de l'allergie cutanée, nous avons recherché l'existence de *modifications humorales* possibles par la réaction de Bordet et Gengou, appliquée à la recherche des *anticorps chancrelleux*. M. Rivalier a bien voulu nous apporter sa collaboration pour cette partie de notre travail, et l'appoint précieux de son expérience sur la question.

Nous apportons donc les résultats que nous a fournis la pratique de *la réaction de déviation du complément en présence d'un antigène extrait du bacille de Ducrey* chez des malades atteints d'adénopathies inguinales de nature diverse.

Une étude complète de cette réaction *au cours de l'infection chancrelleuse* a été faite antérieurement par P. Teissier, G. Reilly et E. Rivalier (1). Notre but actuel est différent : sans revenir sur les notions théoriques et expérimentales qui constituaient déjà, croyons-nous, une base suffisamment sûre à la méthode, nous avons simplement envisagé une application pratique de cette réaction.

Nous l'avons utilisée comme moyen complémentaire de diagnostic différentiel *entre les adénopathies de la maladie de Nicolas-Favre et le bubon chancrelleux*.

Envisagée à ce point de vue, l'étude de la réaction nous a apporté un double enseignement, théorique et pratique.

D'une part, en effet, nous avons effectué la réaction de déviation dans le sérum de sujets *déjà nettement classés ;* la clinique, l'examen bactériologique, l'étude de l'allergie cutanée par les intradermo-réactions de Ito-Reensteirna et de Frei étaient d'accord pour partager ces malades en deux groupes, les uns atteints de poradénite, les autres de bubon chancrelleux. Il était dans ce cas d'un grand intérêt *théorique* de rechercher si les résultats de la réaction

(1) P. Teissier, G. Reilly et E. Rivalier. *XVIIIe Congrès de l'Association des médecins de langue française*, Nancy, juillet 1925 ; et *Journ de Physiologie et de Pathol. générales*, t. XXV, n° 2. juin 1927; voir aussi *Réunion dermatologique de Strasbourg*, 1928, p. 656.

de fixation s'accorderaient aussi avec les renseignements précédents, et se montreraient assez régulièrement positifs dans le chancre mou, négatifs dans la poradénite, pour constituer un élément différentiel nouveau entre les deux maladies. L'expérience nous a confirmé l'existence quasi-constante de ce caractère distinctif supplémentaire. *Il convient d'en souligner la haute valeur théorique.*

D'autre part, les résultats précédents étant acquis, le comportement de la réaction connu dans les cas bien tranchés, il devenait possible d'utiliser celle-ci dans les formes cliniques mal caractérisées, comme moyen de diagnostic complémentaire. Reconnaissons d'ailleurs tout de suite que, si les cas d'adénopathies vénériennes d'allure hybride, difficiles à classer, sont fréquents, et si, par conséquent, tout élément supplémentaire de discrimination est le bienvenu, l'*intérêt pratique* de la réaction de déviation du complément paraît moindre que celui des intradermo-réactions. Nous reviendrons sur ce point.

*
* *

Pour la réalisation technique de la réaction, nous renvoyons aux publications antérieures de P. Teissier, G. Reilly et E. Rivalier. Rappelons seulement ici que l'antigène employé est constitué par les protéines microbiennes extraites du bacille de Ducrey, par un procédé analogue à celui de Besredka pour la préparation des endotoxines microbiennes, et auxquelles a été donné le nom de *streptobacilline*.

Les réactions ont été disposées selon la technique de Calmette et Massol, qui permet d'évaluer le nombre d'unités de complément déviées par le sérum des malades (1).

Nous rapporterons successivement les résultats observés dans l'infection chancrelleuse, chez les malades atteints de poradénite, et chez les sujets témoins.

*
* *

(1) Rappelons que le chiffre d'unités ainsi exprimé représente le nombre de doses minima actives de complément que le centimètre cube de sérum est capable de dévier en présence d'une dose fixe d'antigène.

I. — *Bubons chancrelleux.*

Au cours de l'infection chancrelleuse, les résultats obtenus ne font que confirmer ceux qui ont été publiés antérieurement par les auteurs déjà cités. Aussi résumerons-nous brièvement ce chapitre.

Neuf malades, atteints soit de chancre mou *avec bubon*, soit de bubon chancrelleux sans chancre, ont été étudiés ; 24 réactions ont été pratiquées chez eux, permettant de suivre la marche de la formation des anticorps, la durée de la réaction, ses modifications sous l'influence d'injections thérapeutiques d'antigène chancrelleux.

Le tableau ci-joint résume les résultats observés.

De l'examen de ces résultats ressortent les faits suivants :

1° Chez tous nos malades la réaction *s'est montrée positive*. Dans un cas, cependant (obs. Pro., bubon fistulisé et chancrellisé), la déviation du complément n'a été observée qu'après injections intraveineuses de Dmelcos ce qui, nous le verrons, est sans valeur diagnostique absolue.

L'intensité de la réaction, *à peu près fixe*, oscille autour de 5 unités de complément (Dans un seul cas, obs. Tre., la déviation atteint 10 unités de complément par centimètre cube de sérum).

La date d'apparition de la réaction, assez précoce, varie entre le 10e et le 15e jour après le début (Dans 2 cas, obs. Arm. et Ker., la réaction n'est devenue positive que plus tardivement, respectivement 34 et 28 jours après le début).

La durée de la réaction *paraît considérable*. C'est un point fondamental sur lequel nous reviendrons.

Rappelons que, dans le travail antérieur de P. Teissier, J. Reilly et E. Rivalier, une statistique plus étendue, portant sur 56 cas, avait montré la réaction positive dans 94 o/o des cas au cours de l'infection chancrelleuse en général, et dans 100 o/o des cas où existe un bubon. Ces chiffres montrent qu'il est permis pratiquement *de rejeter le diagnostic de bubon chancrelleux lorsque la réaction demeure négative à plusieurs reprises* (après un délai de quatre à six semaines depuis le début de la maladie).

2° Chez les sujets *soumis à des injections de vaccin streptobacil-*

TABLEAU I. — *Bubons chancrelleux.*

Noms	Dates et résultats des réactions (exprimés en unités de compléments)		
	Phase pré-sérologique	Phase sérologique	
		Avant vaccinothérapie	Après vaccinothérapie
Ant....	»	11 juin : + 5 unités.	»
Arm...	27 mai : négative (20 jours après le début).	11 juin : + faible, moins de 5 unités.	18 juin : + 5 à 10 unités (après 2 injections *intramusculaires* de Dmelcos).
	4 juin : négative (27 jours après le début).		9 juillet : + 15 unités (après 6 Dmelcos *intramusculaires*, 6e le 3 juillet).
Ch....	»	4 juin : 5 unités.	18 juin : + 5 à 10 unités (après 6 Dmelcos intraveineux).
Dan...	»	26 mars : + faible, moins de 5 unités.	»
Go....	»	»	23 avril : + 10 à 15 unités (6 Dmelcos intraveineux *treize mois* auparavant).
			19 mai : + très au-dessus de 15 unités (après 5 nouveaux Dmelcos intraveineux).
			27 mai : + très au-dessus de 16 unités (6e Dmelcos intraveineux le 21 mai).
			25 juin : + 10 unités.
Ker....	23 avril : négative (23 jours après le début).	30 avril : + 5 unités.	6 mai : + faible (après 3 Dmelcos intraveineux).
			12 mai : + 10 à 15 unités (après 6 Dmelcos intraveineux, 6e le 11 mai).
Loc....	»	26 mars : + 10 unités.	»
Pro....	16 avril : douteuse, moins de 5 unités.	»	30 avril : + faible (après 3 Dmelcos intraveineux).
	23 avril : négative		12 mai : 10 à 15 unités (après 6 Dmelcos, 6e le 6 mai).
Tis....	»	30 avril : + 10 unités.	27 mai : + 10 unités (après 6 Dmelcos intraveineux, 6e le 20 mai)

laire (Dmelcos), d'importantes modifications apparaissent. Elles sont semblables à celles qu'avait observées Rivalier antérieurement. La seule différence réside dans le fait que nous avons injecté à nos malades non plus la streptobacilline intramusculaire, mais le vaccin microbien de Ch. Nicolle, le plus souvent par voie veineuse.

a) Injections intraveineuses.

Le taux des anticorps s'élève considérablement, atteignant des chiffres inconnus en dehors de la vaccinothérapie (15 unités de complément, et plus, au lieu du taux à peu près constant de 5 unités). Notons cependant que les chiffres extrêmes de 50 et 80 unités obtenus avec la streptobacilline ne sont pas atteints ici.

Fait essentiel, *la durée* de cette augmentation du taux des anticorps *est très longue* (Dans un cas, obs. Go..., plus de 15 unités de complément étaient déviées *un an après la cessation* des injections de vaccin).

La persistance très prolongée d'anticorps dans le sérum, après vaccinothérapie ou non, est un fait très particulier *qui caractérise l'état humoral des sujets ayant été atteints d'infection chancrelleuse*.

b) Injections intramusculaires.

Dans le seul cas étudié, il a été constaté une élévation également considérable du taux des sensibilisatrices dans le sérum (plus de 15 unités de complément déviées) après 6 injections intra-musculaires de Dmelcos (obs. Arm...). Les injections, faites à doses minimes, n'ont entraîné que de faibles élévations thermiques. Ainsi apparaît-il que l'action antigénique du vaccin peut se produire en l'absence de bruyants symptômes cliniques de choc.

Notons en passant que l'action thérapeutique a paru aussi nette et aussi rapide dans ce cas que lorsque le vaccin est introduit par voie veineuse.

3° *Relation entre le degré d'allergie cutanée et l'intensité du pouvoir fixateur du sérum.*

a) Chez les sujets chancrelleux, *n'ayant pas reçu de vaccin*, l'intradermo-réaction au Dmelcos s'est montrée constamment positive. Il ne paraît d'ailleurs pas, comme l'ont montré déjà P. Teissier, J. Reilly et E. Rivalier, exister de parallélisme entre le taux des anticorps, à peu près fixe, et l'intensité des réactions d'allergie cutanée, dont le degré est assez changeant d'un malade à l'autre.

De plus, dans 3 cas (obs. Arm..., Ker... et Pro...), l'existence d'un état net d'allergie cutanée *a précédé la positivité de la réaction* dans le sérum de 15 jours à 3 semaines.

Ainsi apparaît-il que l'exploration de l'état de sensibilisation du sujet est peut-être un test plus sensible et plus précoce que la recherche des anticorps chancrelleux dans le sérum.

b) Chez les sujets soumis à la vaccinothérapie, nous avons constamment retrouvé l'effet opposé déjà connu de l'antigénothérapie sur l'allergie cutanée et sur le taux des anticorps (Disparition ou atténuation de l'intradermo-réaction de Ito-Reenstierna en même temps qu'élévation considérable de la déviation du complément).

II. — *Maladie de Nicolas-Favre.*

47 réactions de fixation ont été pratiquées sur 10 sujets atteints de poradénite.

Le tableau ci-joint résume les résultats obtenus.

Ces résultats mettent en évidence les faits suivants :

1° Chez 10 sujets atteints de poradénite, la réaction de déviation du complément en présence d'un antigène streptobacillaire a été *9 fois complètement négative*. Dans 1 cas (obs. Sal.), la réaction est demeurée douteuse (déviation faible, de moins de 5 unités).

Mais il est une particularité qui nous paraît digne d'être retenue. Deux de nos malades (obs. den Har. et Heyd.) ont présenté tout d'abord une réaction de déviation douteuse ou faiblement positive. Ce n'est que plus tard, au cours de réactions faites en série, que la négativité s'est affirmée d'une façon définitive chez ces deux sujets.

L'interprétation de ce fait est délicate; peut-être n'est-il pas impossible de le rapprocher de la constatation, faite précédemment par l'un de nous (1), de réactions de Bordet-Wassermann passagèrement et faiblement positives dans la maladie de Nicolas-

(1) P. Ravaut et Rabeau. Réaction de Bordet-Wassermann passagèrement positive et existante au cours de l'affection dite « Lymphogranulomatose ingéniale subaiguë » (*Ann. de dermat. et syphil.*, n° 2, 1922); et P. Ravaut, Boulin et Rabeau. Etude sur la poradénolymphite à forme septicémique (*Ann. de dermato-syphiligraphie*, t. V, nos 8-9, août-septembre 1924).

TABLEAU II. — *Maladie de Nicolas-Favre.*

Noms	Dates et résultats des réactions (exprimés en unités de complément)	
	Avant vaccinothérapie (Dmelcos)	Après vaccinothérapie (Dmelcos)
Blan... .	18 juin : négative. 9 juillet : négative. 31 juillet : négative.	»
Clau... .	19 mai : négative.	26 mars : + faible, moins de 5 unités (après 2 séries de 6 Dmelcos intraveineux terminées le 26 janvier, 2 mois auparavant).
Clo... . .	11 mai : négative.	27 mai : + 10 unités (après 5 Dmelcos intraveineux). 4 juin : + 10 à 15 unités (6e Dmelcos intraveineux le 30 mai). 11 juin : + 10 unités. 23 juin : + faible, moins de 5 unités. 16 juillet : négative.
Den Har..	11 mai : douteuse, moins de 5 unités.	11 juin : + 5 unités (48 heures après 6e Dmelcos intraveineux). 18 juin : + très faible, douteuse. 25 juin : + 5 à 10 unités. 2 juillet : négative. 16 juillet : négative. 31 juillet : négative.
Heyd... .	4 juin : douteuse, + très faible. 18 juin : négative.	9 juillet : négative (après 4 Dmelcos *intramusculaires*). 23 juillet : négative (8 jours après 6e Dmelcos *intramusculaire*). 31 juillet : négative.
Gou... . .	11 juin : négative.	18 juin ; + faible, moins de 5 unités (après 4 Dmelcos intraveineux). 25 juin : + très faible (après 8 Dmelcos intraveineux, 8e le 24 juin). 9 juillet : négative. 23 juillet : négative
Lar... . .	23 avril : négative.	27 mai : + très au-dessus de 15 unités (après 6 Dmelcos intraveineux, 6e injection le 26 mai).
Mar.... .	26 mars : négative.	»
Mont... .	26 mars : négative. 16 avril : négative.	11 mai : négative (après 6 Dmelcos intraveineux, 6e le 8 mai. 19 mai : négative. 27 mai : + faible, moins de 5 unités. 4 juin : + 5 unités. 11 juin : + faible, moins de 5 unités. 18 juin : négative. 25 juin : négative.
Sal... . .	26 mars : + faible, moins de 5 unités. 23 avril : douteuse, + faible.	11 mai : + 5 à 10 unités (après 6 Dmelcos intraveineux, 6e le 8 mai). 19 mai : + 5 à 10 unités. 27 mai : + 5 à 10 unités. 4 juin : + 5 unités. 25 juin : faible, moins de 5 unités.

Favre soit au début soit au cours de rechutes. Ce dernier fait a été confirmé par E. de Gregorio (1). C. Levaditi, Marcel Pinard et P. Robert ont également rapporté récemment un cas de poradénite avec réactions sérologiques de la syphilis positives de façon variable et passagère (2). Ainsi se trouve confirmée la vraisemblance d'un état humoral particulier existant au début de la poradénite ou au cours de rechutes et susceptible de provoquer de fausses réactions de déviation du complément dans le sérum, tant avec les techniques courantes de la réaction de Bordet-Wassermann, que pour les réactions pratiquées avec un antigène extrait du bacille de Ducrey, et, probablement, avec un antigène quelconque.

2° Nous avons soumis également ces sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre, à des injections de vaccin streptobacillaire, pour en comparer les répercussions, révélées par la réaction de fixation, avec celles observées chez les malades atteints d'infection chancrelleuse.

a) Injections intraveineuses.

7 de nos malades ont ainsi reçu une série de six injections de Dmelcos.

Dans les 7 cas, *la réaction de fixation est devenue positive.*

Mais le phénomène, ainsi déterminé artificiellement, diffère essentiellement de ce qui se passe chez les chancrelleux. Il se distingue *par son mode d'apparition, par son intensité, et surtout par sa durée.*

Nous allons étudier avec quelques détails ces trois points ; ils sont instructifs pour préciser les modalités d'un phénomène dont l'intérêt est général : la production artificielle d'anticorps dans le sérum.

— **Mode d'apparition.** — Le plus souvent, la réaction est devenue rapidement positive, en 1 à 3 jours après les premières injections, sans différer de ce qui se passe chez les chancrelleux.

Mais dans deux cas s'est manifestée *une période de latence* assez singulière.

(1) Eduardo de Gregorio y Garcia-Serrano. La alergia cutanea en las adenopatias ingeniales de origen venereo (*Arch. de Medicina, Cirugia y especialidades*, n° 528, Madrid, 1931).

(2) C. Levaditi, Marcel Pinard et P. Robert. Un cas de maladie de Nicolas-Favre vérifié par l'inoculation au singe. *Bull. Soc. franç. Dermatol. et syphil.*, n° 3, mars 1931.

Chez Mont., la dernière des 6 injections de Dmelcos est faite le 8 mai. La réaction est négative, les 11 et 19 mai. Elle devient douteuse le 27 mai, puis s'accuse et se montre positive (5 unités) le 4 juin, donc, *environ un mois après la dernière injection.*

Chez den Har., la réaction, positive (5 unités) 48 heures après la 6e injection, est à nouveau presque négative 9 jours après, pour redevenir fortement positive 17 jours après la cessation des injections.

Il y a dans cette ascension lente et progressive du taux des anticorps un fait particulier qui mérite d'être remarqué.

— **Intensité.** — 4 fois sur 7, la réaction s'est élevée à 10, 15 unités de complément, sans différence bien appréciable avec ce que l'on observe chez les chancrelleux (Obs. Clo., Sar., den Har. etSal.).

Mais dans les trois autres cas, la réaction n'a été que *faiblement positive*, la déviation atteignant à peine 5 unités (Obs. Clau., Jou. et Mont.). Donc, dans l'ensemble, le taux des anticorps s'élève beaucoup moins que chez les sujets déjà atteints d'infection chancrelleuse.

— **Durée.** — C'est *dans la durée* du phénomène que réside la différence principale.

La présence des sensibilisatrices est ici passagère. Chez 6 malades que nous avons pu suivre sur 7, la réaction est *redevenue rapidement négative.*

Le délai, assez court, oscille entre 2 et 4 semaines après l'acmé de l'intensité de la réaction, entre 3 et 6 semaines après la cessation des injections. Il paraît semblable pour les réactions faibles ou fortes ; dans les quelques cas que nous avons observés, la chute semble être d'autant plus rapide que le chiffre d'unités déviées avait été plus élevé.

Il y a donc là une différence fondamentale avec ce qu'on observe dans l'infection chancrelleuse.

Imprégnation humorale durable dans un cas persistant, après des années ; présence passagère de sensibilisatrices dans l'autre cas, artificiellement déterminées, et rapidement éliminées sans laisser de traces.

On pourrait représenter schématiquement la courbe de l'intensité de la réaction dans le temps, chez les chancrelleux et dans la poradénite, par un graphique (v. fig. 3). On y verrait, sous l'influence du vaccin intraveineux, la courbe de la réaction, *partant chez les*

chancrelleux de 5 unités, atteindre rapidement une valeur élevée (20 à 30 unités) ; puis redescendre aux environs de 15 unités, et *s'y maintenir horizontalement* d'une façon probablement indéfinie.

Dans la poradénite, au contraire, la courbe, *partant de zéro*, s'élève plus lentement, culmine à un niveau moindre (10 à 15 unités) et surtout redescend rapidement *pour revenir à zéro entre 4 et 6 semaines* après la cessation des injections.

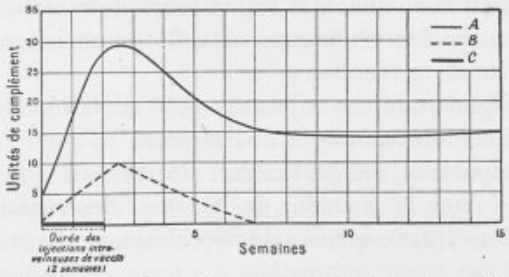


Fig. 3. — A. Courbe du taux des anticorps dans le sérum de sujets chancrelleux.
B. Même courbe dans le sérum de sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre.
C. Durée des injections de vaccin (Dmelcos).

b) Injections intramusculaires.

Dans le seul cas étudié (obs. Heyd.), 6 injections intramusculaires de Dmelcos ont été impuissantes à faire apparaître des anticorps chancrelleux dans le sérum : la réaction *est restée complètement négative*.

Nous avons vu, au contraire, que, chez un chancrelleux, les mêmes injections avaient suffi à entraîner une forte ascension du taux des anticorps (obs. Arm.).

*
* *

Ces faits, constatés après antigénothérapie chancrelleuse au cours de la poradénite, confirment les observations antérieures de P. Teissier, J. Reilly et E. Rivalier. Ces auteurs ont constaté que, chez l'animal neuf, les injections intraveineuses de streptobacilline sont capables de déterminer l'apparition d'anticorps. Par contre, par voie musculaire, il faut des doses énormes, très supérieures à celles utilisées en thérapeutique, pour obtenir une déviation du complément.

Ainsi, nos constatations chez les sujets atteints de maladie de

Nicolas-Favre montrent que ceux-ci se comportent d'une façon identique à celle des sujets neufs. C'est ce qu'est venu confirmer la pratique de la réaction chez quelques sujets témoins.

*
* *

III. — *Témoins.*

Nous avons vérifié chez des sujets servant de témoins, indemnes de toute adénopathie vénérienne actuelle ou ancienne, deux faits :

la négativité de la réaction ;

le comportement de ces sujets vis-à-vis de la réaction de fixation après injections intraveineuses de Dmelcos.

Il était important, en particulier, de voir s'il apparaîtrait chez eux, comme dans la maladie de Nicolas, des réactions positives après injections intraveineuses de vaccin chancrelleux.

TABLEAU III. — *Sujets témoins.*

Noms	Dates et résultats des réactions (exprimés en unités de complément)	
	Avant vaccinothérapie	Après vaccinothérapie
Lur... adénite bacillaire . .	30 avril : négative.	27 mai : négative (après 5 Dmelcos intraveineux). 4 juin : négative (6e Dmelcos intraveineux le 30 mai). 11 juin : négative. 18 juin : + faible, moins de 5 unités. 25 juin : + 5 unités. 9 juillet : négative. 23 juillet : négative.
Osm... lupus tub..	11 juin : négative.	18 juin : + très faible (après 3 Dmelcos intraveineux) 25 juin : négative (6e Dmelcos le 24 juin). 2 juillet : + très faible. 16 juillet : + faible, moins de 5 unités. 31 juillet : négative.
Saï... adénite bacillaire . .	11 juin : négative.	25 juin : + très au-dessus de 15 unités (après 6 Dmelcos intraveineux, 6e injection le 24 juin). 2 juillet : + très au-dessus de 15 unit. 16 juillet : + très au-dessus de 15 unit.
Fa... adénite mycosique. .	18 juin : négative.	16 juillet : négative (après 1 Dmelcos intraveineux).

20 réactions ont été effectuées dans ce but.

Nous avons, à dessein, choisi comme témoins plusieurs sujets atteints d'adénopathies inguinales suppurées non vénériennes, les unes bacillaires, une autre mycosique.

Le tableau ci-dessus résume les résultats obtenus :

On constate que, chez 4 sujets témoins, la réaction de fixation a été 4 fois négative.

Les injections intraveineuses de Dmelcos font apparaître, dans les 3 cas où elles furent faites en nombre suffisant, des réactions positives.

Celles-ci, dans 2 cas (obs. Lur et Osm.), se comportent exactement comme dans la poradénite : apparition lente et progressive (après 18 jours, chez Lur.) ; faible intensité de la déviation ; retour rapide à la négativité.

Dans 1 cas, au contraire (Saï.), la réaction s'est montrée très précoce, très intense, mais n'a malheureusement pas pu être suivie suffisamment longtemps

En résumé, *rien ne distingue les sujets témoins des malades atteints de poradénite*, vis-à-vis de la réaction de fixation.

Conclusions. — Un total de 91 réactions effectuées nous permet de dégager les conclusions suivantes :

1° La réaction de fixation du complément en présence d'un antigène chancrelleux, *presque constamment positive dans le sérum des sujets atteints de bubon chancrelleux*, est, au contraire, *à peu près régulièrement négative au cours de la poradénite.*

2° L'étude de la teneur du sérum en anticorps, *après injections de vaccin streptobacillaire* (Dmelcos), montre de même une différence fondamentale entre les deux maladies.

— Au cours de l'infection chancrelleuse, la vaccinothérapie *élève considérablement le taux des anticorps dans le sérum* (20, 25 unités de complément, et plus, au lieu du chiffre normal de 5 unités).

Cette élévation apparaît non seulement après injections intraveineuses, mais aussi *après injections intramusculaires.*

Enfin et surtout elle est *très durable.*

— Dans la poradénite, on constate *l'apparition passagère d'anticorps*, qui demeurent souvent à un *taux modéré*, que, seules, les injections *intraveineuses* provoquent. Cette réaction, *artificiellement déclanchée*, redevient *toujours rapidement négative.*

3° Les sujets témoins même atteints d'adénopathies suppurées se comportent d'une façon en tous points semblable à celle des malades atteints de poradénite.

4° L'étude de la réaction de déviation du complément, chez les sujets chancrelleux et au cours de la maladie de Nicolas-Favre, présente *un double intérêt, pratique et théorique.*

Elle présente une valeur *pratique*, car elle peut, dans certains cas, constituer un procédé complémentaire de discrimination pour les adénopathies inguinales — relativement fréquentes — dont l'aspect clinique est peu caractéristique. Elle s'ajoute alors utilement aux renseignements fournis par l'examen bactériologique et par l'exploration de l'allergie cutanée.

Mais nous savons que l'épreuve des intradermo-réactions, à l'aide d'antigènes chancrelleux aussi bien que lymphogranulomateux, donne des réponses plus sensibles, plus précoces et, sans doute, encore plus constantes que celles offertes par la recherche des anticorps dans le sérum.

De plus, l'intradermo-réaction de Frei a la grande supériorité d'apporter un élément de diagnostic *positif* en faveur de la maladie de Nicolas. La réaction de fixation à l'aide d'un antigène chancrelleux ne permet de procéder que par exclusion. Peut-être, dans l'avenir, un antigène lymphogranulomateux suffisamment purifié et actif permettra-t-il d'obtenir dans la poradénite une réaction de déviation du complément spécifique, comme avait pensé l'obtenir Kitchewatz, et comme H. Löhe et K. Blümmers viennent récemment de le tenter en vain (*Medizinische Klinik*, t. XXVII, n° 17, 24 avril 1931).

Enfin, il n'y a évidemment aucune comparaison possible entre les deux méthodes pour la facilité de l'exécution.

Aussi ne prétendons-nous nullement mettre en parallèle la valeur pratique de la réaction de fixation et celle de l'exploration de l'allergie cutanée.

Par contre, nous estimons que l'importance *théorique* des renseignements fournis par cette réaction est considérable, *car elle apporte un argument supplémentaire de haute valeur en faveur de la différence de nature de l'infection chancrelleuse et de la maladie de Nicolas-Favre.*

(A suivre)

ANALYSES

des principaux travaux reçus en octobre 1931.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Bilan de la syphilis chez les prostituées, par J. Benech. *Annales des Maladies Vénériennes,* 26e année, nº 10, octobre 1931, p. 721.

Les recherches effectuées par B. le confirment dans l'opinion que la maison de tolérance et la réglementation de la prostitution doivent être maintenues encore quelque temps. Pour la région de Nancy, la proportion des syphilis contagieuses est de 1 o/o pour les femmes des maisons de tolérance, 6 o/o pour les femmes cartées et 14 o/o pour les clandestines. Les dispensaires de salubrité ont une valeur éducative manifeste, amenant ces femmes à dire quel est leur état et à se soigner. Les chiffres des syphilitiques et non-syphilitiques oscillent autour de 50 o/o, pour les prostituées cartées. 74,23 o/o des clandestines sont indemnes de syphilis ; de 50 à 74, il y a donc 24 femmes o/o appelées à devenir syphilitiques sans se soigner, sans être surveillées, et qui vont disséminer la syphilis. H. Rabeau.

Le traitement du bubon chancrelleux par la vaccinothérapie spécifique à la clinique dermato-vénéréologique de Bordeaux (Pr Petges), par I. Dejean. *Annales des Maladies Vénériennes,* 26e année, nº 10, octobre 1931, p. 728.

104 malades porteurs de bubons chancrelleux à divers stades d'évolution ont été traités. D., d'après cette expérience, conseille de rapprocher les injections suivant le rythme : 1 jour, 4, 6, 8, 10 jours. Le nombre total des injections sera de 5 à 6. Les doses iront de 225 millions à 675 millions, dose qui pourra être renouvelée. Si la guérison n'est pas obtenue, on fera une thérapeutique locale pour après une huitaine de jours de repos, reprendre une nouvelle série.

Cette thérapeutique est indiquée particulièrement : 1° dans les cas de bubons simplement fistulisés avant traitement, ou dont l'orifice chancrellisé présente des lésions étendues ; 2° dans les cas de bubons non encore fluctuants. Dans les cas de bubon nettement fluctuant, on peut faire la vaccinothérapie après ponction évacuatrice, ou utiliser la méthode de Fontan. H. Rabeau.

Dangers des biopsies incomplètes, sarcome atypique pris pour une gomme syphilitique, par GOUGEROT et O. ELIASCHEFF. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, nº 10, octobre 1931, p. 741.

On ne saurait trop insister sur la nécessité de faire des biopsies larges et profondes. L'observation publiée par les auteurs le démontre. La voici résumée : sarcome simulant une gomme ulcérée syphilitique avec tous ses caractères cliniques. Premier traitement antisyphilitique inefficace. Une biopsie est faite, trop petite, trop superficielle et on penche vers la syphilis. Nouveau traitement encore inefficace. Nouvelles recherches de laboratoire, deuxième biopsie qui trompe encore. L'ablation totale chirurgicale est pratiquée, qui permet une étude complète et le diagnostic de sarcome. H. RABEAU.

Considérations à propos de deux cas de chancre induré du col utérin, par A. FOURNIER. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, nº 10, octobre 1931, p. 747.

Ces deux observations montrent la possibilité d'une sorte de lésion mixte du col utérin par le développement du chancre syphilitique au niveau d'une ulcération métritique banale antérieure qui en facilitait l'inoculation. Il a pu voir apparaître chez l'une de ces malades traitée antérieurement pour métrite, les modifications de l'ulcération qui permirent le diagnostic. L'ulcération de métrite atténue, déforme et masque les caractères typiques du chancre. Quand on connaît la possibilité de ces lésions mixtes, on est amené à multiplier les recherches cliniques et microscopiques. H. RABEAU.

Nouveau cas d'embolie fessière à la suite d'une injection d'un sel soluble de bismuth, par R. BURNIER et A. CARTEAUD. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, nº 10, octobre 1931, p. 758, 3 fig.

Voici une nouvelle observation de cet accident heureusement rare (2 cas sur 14.268 injections intramusculaires d'oléo-bismuth). Deux facteurs contribuent à la production des accidents ; d'une part, le véhicule huileux qui, pénétrant dans les artérioles est à l'origine d'une partie des troubles cutanés et ischémiques observés, d'autre part, le bismuth qui est très irritant pour l'endothélium artériel et peut provoquer à lui seul des lésions d'endardérite caustique. Cette embolie artérielle est favorisée par la présence de sclérose péri-artérielle qui fixant les vaisseaux, les empêche de se dérober devant l'aiguille. D'où : faire toujours l'injection en deux temps et choisir une plage fessière non indurée, souple. H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Sur le traitement de la tuberculose par un complexe organo-métallique à base d'iode, de cadmium et d'or, par E. MAISRE et P. REYNIER, rapport de ROSENTHAL. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, nº 13, séance du 9 octobre 1931, p. 483.

C'est un complexe aurique dont le soufre a été exclu. L'iode a été utilisé en raison de son affinité pour les tissus enflammés et la possibilité de lui faire entraîner dans l'ambiance des bacilles un métal antituberculeux énergique tel que l'or, l'hexaméthylènetétramine libère dans l'organisme l'aldéhyde formique. Le cadmium a été utilisé pour favoriser la catalyse. Ce médicament est utilisé en injections intraveineuses, il est légèrement sclérosant. Le traitement sera appliqué par séries séparées à des intervalles d'un mois ou deux, séries de 25 à 30 injections, 2 par semaine. Les observations publiées montrent une action antituberculeuse nette. Le produit se montre aussi efficace dans les mycoses et dans une série de cas de rhumatisme déformant. Les auteurs pensent qu'il devrait être expérimenté dans la lèpre.

H. RABEAU.

Trois ans d'utilisation d'un dérivé anthranolique peu connu en dermatologie, par VALETTE. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, nº 14, séance du 24 octobre 1931, p. 542.

Le di-oxyanthranol a été introduit en thérapeutique par Galewsky en 1925. C'est un corps très proche de la chrysarobine dont il ne diffère au point de vue chimique que par l'absence dans sa formule d'un groupement CH^3. Son activité est de 5 à 10 fois celle de la chrysarobine. Sa toxicité est faible par rapport à son activité qui est constante et considérable à faibles concentrations, il ne provoque aucune réaction violente aux doses thérapeutiques moyennes, pas d'action irritante sur les conjonctives, pas de pouvoir colorant appréciable sur les cheveux.

Les indications sont celles des corps de la série chysarobique. On l'utilisera soit en solution dans du benzol, soit en pommade associé à d'autres médicaments comme l'acide salicylique, la résorcine. Il semble qu'il soit moins irritant en pommade qu'en solution. La concentration variera de 0,20 à 2 o/o suivant le but cherché. Son emploi ne nécessite aucune surveillance spéciale.

H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Hépato-splénomégalie familiale hérédo-syphilitique Importance d'une bonne technique dans l'enquête familiale et le traitement d'épreuve, par Marcel PINARD *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, nº 77, 26 octobre 1931.

P. rapporte l'observation de deux enfants atteints d'hépato-splénomégalie chronique sous la dépendance d'une syphilis de deuxième génération. Cette étiologie n'avait pas été retenue par les médecins qui avaient examiné les malades antérieurement. Il insiste sur l'importance de l'enquête familiale pour arriver à la preuve étiologique, sur la valeur des traitements d'épreuve à condition qu'ils soient menés avec une intensité et une durée suffisantes. Le traitement antisyphilitique appli-

qué pendant une nouvelle grossesse permit à la mère de mettre au monde un enfant sain. — Debré qui a vu les malades antérieurement reste à son diagnostic de cirrhose biliaire congénitale et familiale d'origine indéterminée. H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Lymphogranulomatose maligne cutanée primitive d'inoculation ; guérison sans récidive ni généralisation, par M. Favre, J. Nicolas et P. Croizat. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CVIII, n° 27, 12 octobre 1931, pp. 75-77.

Il s'agit d'un cas de tumeur cutanée survenue à la suite d'une piqûre au niveau du creux poplité. Enlevée chirurgicalement, l'examen histologique montra l'identité de sa structure avec les lésions de la maladie de Hodgkin : granulome à éosinophiles et à éléments volumineux du type des cellules de Sternberg. Revu 20 ans après, le sujet qui en était porteur est parfaitement bien portant exempt de toute adénopathie.

Les auteurs se demandent si l'inoculation primitivement cutanée n'a pas rencontré là une résistance locale s'opposant à la généralisation, ou bien s'il ne s'agissait pas d'une forme bénigne de la granulomatose, ou bien encore s'ils n'ont pas été en présence du stade tout à fait initial de la maladie, que l'intervention précoce a empêchée de se généraliser. A. Bocage.

L'allergie au blanc d'œuf chez le nourrisson, par P. Woringer. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CVIII, n° 27, 12 octobre 1931, pp. 6-8.

Cette allergie se manifeste par une papule œdémateuse blanche avec auréole rouge autour du point d'inoculation cutanée et parfois une urticaire généralisée, voire même un choc grave, si la quantité d'antigène introduite a été très importante. Cette allergie cherchée sur plusieurs centaines d'enfants de moins de 3 ans ne fut positive que chez 23, tous eczémateux. A noter qu'en cas d'urticaire, son siège maximum coïncidait avec la topographie de l'eczéma, et que s'il y avait eu urticaire ou choc, l'eczéma guérissait pour un moment en quelques jours.

Pour plusieurs des nourrissons en expérience, l'hypothèse d'une sensibilisation par ingestion est inadmissible, parce que la quantité de protéines d'œuf susceptible de passer par le lait de la mère ou de la nourrice est trop faible et que d'ailleurs certains nourrissons n'avaient reçu que du lait de vache dès leur naissance.

La sensibilisation *in utero* est peu vraisemblable. Au surplus, l'auteur n'a jamais pu sensibiliser les nourrissons normaux ou eczémateux avec le blanc d'œuf. L'état allergique paraît plutôt d'origine héréditaire ou familiale et se transmettre suivant les lois mendéliennes.

Chez les nourrissons suivis, quelques-uns depuis un an, la sensibilité a persisté chez tous sauf un, chez lequel elle disparut à la suite d'une infection très grave.

Pour ceux qu'intéressent ces questions, deux notes du même auteur, qui font suite, montrent qu'il est possible de doser le pouvoir sensibilisant du sérum au blanc d'œuf, quand il existe chez les allergiques, au moyen de l'épreuve de Prausnitz et Kustner.

A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

Traitement des infections septiques diffuses du derme et de l'hypoderme par injections intradermiques et sous-cutanées de glycérine phéniquée au 1/30. par Le Lorier. *Journal de Médecine de Paris*, 51e année, no 43, 22 octobre 1931, p. 930

L. injecte en tissu sain à la limite de la zone enflammée de centimètre en centimètre, 2 à 3 gouttes de glycérine phéniquée de 1/30e, puis, la zone une fois cernée, il injecte en pleine zone malade de centimètre en centimètre. Le résultat est une limitation de l'extension du processus de suppuration de la zone atteinte. La dose utilisée pour l'adulte a été de 20 centimètres cubes, pour les enfants, de 1 à 2 centimètres cubes (4 observations).

H. Rabeau.

Presse Médicale (Paris).

Tuberculoses granulaires de la peau d'origine sanguine et tuberculides, par P. Ravaut, J. Valtis et Guerra. *Presse Médicale*, 39e année, no 80, 7 octobre 1931, p. 1464, 9 fig.

Ravaut, au Congrès de Copenhague en 1930, avait distingué deux grandes formes de tuberculose cutanée : l'une *bacillaire*, répondant au lupus, tuberculose verruqueuse, etc. et d'origine externe le plus souvent ; l'autre *granulaire*, répondant aux tuberculides et d'origine sanguine. Entre ces deux formes, des formes mixtes. Il apporte aujourd'hui le résultat des recherches entreprises avec ses collaborateurs depuis 1926. Elles ont porté sur les tissus et le sang de malades atteints de sarcoïdes (1 cas), de tuberculides papulo-nécrotiques (4 cas), de lupus érythémateux (10 cas), d'érythème induré de Bazin (2 cas), de lupus pernio (2 cas) et de diverses autres affections cutanées. Ils ont obtenu les résultats suivants : dans 1 cas de sarcoïde hypodermique : 1 résultat positif par inoculation de tissu ; dans 4 cas de tuberculides papulo-nécrotiques : 4 résultats positifs par inoculation soit du tissu, soit du sang ; dans 10 cas de lupus érythémateux étudiés : 2 résultats positifs par inoculation du sang. Dans 2 cas d'érythème induré, de lupus pernio, de vaselinome, d'acné de la face, 3 cas d'eczéma chronique, 1 cas de lichen plan, les inoculations de sang faites à 35 cobayes se sont montrées négatives. En multipliant les expériences selon la période d'évolution de la maladie, en utilisant un plus grand nombre de cobayes, en répétant les inoculations au même cobaye dans la même

région, en pratiquant de nombreux passages, on augmenterait le pourcentage des cas positifs.

On trouvera dans ce mémoire les observations détaillées de ces malades. Les résultats obtenus montrent le rôle de l'ultra-virus dans la production des tuberculides.

La connaissance de l'ultra-virus a permis au moyen d'une technique sévère de mettre beaucoup plus souvent en évidence la tuberculose. Autrefois, on qualifiait de négatives des inoculations qui répondent maintenant au type de tuberculose expérimentale ganglionnaire, type Calmette-Valtis. La découverte de l'ultra-virus élimine l'hypothèse d'une origine toxinique des tuberculides, montrant qu'elles sont bien des lésions tuberculeuses d'origine microbienne, le virus parvenant à la peau par voie sanguine.

La démonstration sera d'autant plus évidente que le matériel sera prélevé au bon moment, et que les expériences seront plus nombreuses. Néanmoins, 8 mois après la disparition d'une poussée de tuberculides papulo-nécrotiques, les auteurs ont pu mettre en évidence dans le sang l'ultra-virus, prouvant ainsi l'existence d'une septicémie latente chez ces malades. Ces recherches éclairent toute la pathogénie des tuberculides, leur évolution, et orientent vers leur thérapeutique.

H. Rabeau.

L'action de l'insuline sur les cancers ulcérés de la peau, par S F. Gomes da Costa. *Presse Médicale*, 39e année, nº 84, mercredi 21 octobre 1931, p. 1541, 7 fig.

Les applications locales de solution d'insuline dans les cancers ulcérés de la peau (12 cas), déterminent une cicatrisation rapide de l'ulcère. De plus, l'examen microscopique montre que le traitement avait provoqué une régression certaine du tissu cancéreux à la périphérie. Cette disparition partielle du tissu néoplasique était très nette dans les premiers cas observés. Les autres n'ont pas encore été biopsiés. L'auteur poursuit ses recherches utilisant d'autres techniques d'application de l'insuline et d'autres composés possédant quelques-unes des propriétés de cette substance.

H. Rabeau.

Les dystrophies tégumentaires dans les maladies des veines : les eczémas, par G. Delater. *Presse Médicale*, 39e année, nº 87, 31 octobre 1931, p. 1591.

D. considère les troubles cutanés rassemblés sous le vocable d'eczéma variqueux comme une trophodermose réflexe à point de départ veineux, l'eczématisation franche comme une sensibilisation des téguments à un antigène engendré sur place par le trouble nutritif. La succession des faits dans l'eczéma variqueux serait la suivante : prurit sans lésions apparentes, altérations épidermiques (papules d'abord éphémères, desquamation, fendillement, atrophie blanche parcellaire) ; pigmentation, éventuellement vésiculation eczémateuse vraie. Ces tissus dystrophiques seraient le foyer même où prend naissance la substance chimique anormale jouant le rôle d'antigène.

H. Rabeau.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Verrue péruvienne ou Maladie de Carrion, par Julian Arcé. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. II, n° 10, octobre 1931, p. 1017, 7 fig.

La verrue péruvienne ou maladie de Carrion, causée par un parasite du sang (*Bartonella falciformis*, Strong) transmis par un phlébotome, ne s'observe que dans certaines régions du Pérou.

Elle se traduit par une anémie qui peut être légère ou de type pernicieux et par une éruption de tumeurs granulomateuses très vascularisées connues sous le nom impropre de verrues.

Son évolution se fait en deux phases, l'une d'invasion, l'autre d'éruption.

La première débute par un malaise général, des douleurs vagues, des troubles gastro-intestinaux, une fièvre légère. Les téguments pâlissent, deviennent subictériques. Des douleurs apparaissent dans les articulations et dans les muscles. L'anémie augmente progressivement. Elle est orthoplastique et s'accompagne de mononucléose. Cette période peut durer plusieurs mois.

La phase éruptive est caractérisée par l'apparition de verrues cornées qui sont soit miliaires, soit d'un volume plus considérable (mular) et, suivant les cas, cutanées, sous-cutanées (nodulaires) ou muqueuses.

Les verrues cutanées débutent par une tache hémorragique sur laquelle se développe une papule hémisphérique rosée ou rouge vineux, luisante, tendue et, en général, sessile.

Le diagnostic est des plus aisés à cette période, mais il est d'une extrême difficulté ou quasi-impossible à la phase initiale. On peut arriver à le faire en tenant compte d'une donnée capitale : la provenance du malade. On doit toujours chercher à l'établir dans les cas d'anémie suspecte. J. Margarot.

Journal de Médecine de Lyon.

Le diagnostic de l'insuffisance aortique syphilitique et ses difficultés. D'après une statistique de 84 cas d'insuffisance aortique solitaire de l'adulte avec autopsie, par L. Gallavardin et L. Gravier. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 281, 20 septembre 1931, p. 539 et n° 282, 5 octobre 1931, p. 567.

Le diagnostic de la nature endocardique ou syphilitique d'une insuffisance aortique est, dans un nombre important de cas, difficile ou même impossible.

La coexistence d'un anévrysme aortique exceptée, il n'existe pas un seul signe qui soit, à lui seul, caractéristique de l'origine syphilitique d'une insuffisance aortique. C'est dire qu'en présence d'insuffisances aortiques solitaires de l'adulte, les seules dans lesquelles cette origine syphilitique puisse être discutée, le diagnostic de l'insuffisance aortique

syphilitique ne pourra être établi que sur un ensemble de signes dont les auteurs discutent la valeur. JEAN LACASSAGNE.

La Loire Médicale (St-Etienne).

La Syphilis et la Loi sur les assurances sociales, par Charles LAURENT. *La Loire Médicale*, 45e année, nº 10, octobre 1931, p. 433.

Examinant les divers articles de la loi, L. constate qu'un syphilitique ne recevant que les soins auxquels il a droit, a le maximum de chances de voir évoluer chez lui les accidents graves qui feront de lui un invalide à la charge de la société.

En matière de lutte antivénérienne, la loi fera une faillite complète. Les dispensaires dont on avait pu prévoir la disparition, doivent donc être intensifiés. Le meilleur moyen de faire jouer à la loi son rôle de préservation serait peut-être d'obliger les Caisses de subventionner largement les œuvres antivénériennes. JEAN LACASSAGNE.

Archiv fur Dermatologie und Syphilis (Berlin).

L'acrosclérose (sclérodactylie) et son complexe symptomatique, nouvelles recherches sur la sclérodermie (Die Akrosklerosis (Sklerodaktylie) und deren Symptomenkomplex nebst neueren Untersuchungen bei Sklerodermie), par Josef SELLEI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 343, 11 fig.

Recherches nouvelles sur la sclérodermie, comparaison des symptômes cliniques et de l'étiologie avec la sclérodactylie (acrosclérose).

Les différences entre la sclérodermie et la sclérodactylie sont, d'après l'auteur, les suivantes :

On trouve dans la *sclérodermie* des indurations typiques de la peau, ces indurations peuvent gagner le tissu sous-cutané, les tendons, les muscles. La peau devient atrophique ou elle est soudée, comme dans la myosclérose, aux tissus sous-jacents qui deviennent scléreux.

Les indurations, les épaississements très durs peuvent se former dans toutes les régions du corps, mais ils sont plutôt *asymétriques* que symétriques. La teinte des foyers est blanche ou cireuse, ils sont souvent entourés soit d'une hyperpigmentation, soit d'un vitiligo. Ces troubles de la pigmentation sont peut-être en rapport direct avec les troubles de la fermentation cutanée. Les troubles trophiques, s'il en existe vraiment dans la sclérodermie, se manifestent dans la peau et dans les doigts et ils sont très peu prononcés. Les symptômes prodromiques manquent presque toujours, les douleurs sont très rares. Les infiltrats peuvent se résorber spontanément, mais il apparaît d'autres foyers dans d'autres points cutanés.

Dans la *sclérodactylie*, on ne trouve pas de foyers indurés, seulement un œdème dur des doigts et de la face. La localisation est toujours *symétrique* sur les mains et les pieds, sur la face dans la région des tem-

pes, sur le nez et les oreilles. Sur les doigts, les orteils, les mains et les pieds, il existe pendant des années une syncope locale, une asphyxie locale. Les troubles trophiques (tels les ulcérations des doigts, les lésions osseuses, diminution et amincissement des dernières phalangettes) et une résorption lente sont de règle. On trouve à la radioscopie des signes nets de ces lésions osseuses.

Des troubles vaso-moteurs, des paresthésies, des douleurs par le froid et des névralgies accompagnent la sclérodactylie. La peau ne devient pas atrophique et la sclérodactylie n'est pas combinée avec la sclérodermie, mais avec la maladie de Reynaud : l'auteur émet l'hypothèse qu'il existe dans la sclérodermie un trouble de la fermentation dans l'organisme et dans la peau. Cette hypothèse est basée sur le bon effet thérapeutique obtenu avec les ferments du pancréas, de l'estomac et du duodénum sur les indurations (ramollissement et résorption complète) qui ne récidivent pas. Le ferment du pancréas agit de la façon la plus intense. Mais dans les syndromes de Reynaud, dans la syncope et l'asphyxie locale, ces préparations n'agissent pas. Tandis que la thyroïdine, les extraits d'ovaire et d'hypophyse agissent sur la sclérodermie, ce traitement est inefficace dans la sclérodactylie. L'insuline agit de temps en temps dans la sclérodactylie, elle améliore passagèrement les symptômes de la maladie de Reynaud.

Il existe une grande différence entre la sclérodermie et la sclérodactylie : tandis que dans la sclérodactylie, les troubles sont en rapport avec le système nerveux central ou périphérique, on ne trouve dans la sclérodermie aucun rapport avec le système nerveux ; il n'est même pas démontré que cette dernière maladie soit en rapport direct avec les troubles de l'appareil endocrinien. On a trouvé dans l'acrosclérose une augmentation de la sensibilité qui n'existe pas dans la sclérodermie. L'acrosclérose peut être temporairement améliorée par l'opération d'après Leriche-Bruning. La sclérodermie est, au point de vue histopathologique, une lésion du derme et du tissu conjonctif profond, la sclérodactylie est une angiotrophonévrose, il s'agit donc de deux maladies distinctes. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la dépendance de l'érythème polymorphe des influences atmosphériques (Ueber die Abhängigkeit des Erythema exsudativum multiforme von atmosphaerischen Einflüssen), par A ZWECKER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol CLXIII, cah. 2, 1931, p. 366, 7 fig.

Bibliographie et observations personnelles de l'influence atmosphérique sur l'érythème polymorphe. Les localisations les plus fréquentes sont les parties découvertes du corps et la maladie apparaît avec préférence dans certains mois de l'année. Il semble indiscutable que la lumière et certaines influences climatiques jouent un rôle décisif sur la fréquence de cette dermatose. L'influence nocive de la lumière est le plus prononcée en Allemagne pendant les mois où la température oscille entre 7° et 15° ; au-dessous et au-dessus de cette température, l'influence

nocive diminue. L'humidité relativement basse de l'air produit une augmentation de la fréquence de l'érythème polymorphe, le chiffre augmente donc dans les mois ayant presque les mêmes températures mais dans lesquels l'humidité est moins grande.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la pharmacodynamie des préparations bismuthiques oléosolubles (Zur Pharmacodynamik der oelloslichen Wismuthpræparate), par J. VONKENNEL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 379, 4 fig.

Recherches expérimentales sur la pharmacodynamie des préparations bismuthiques oléo-solubles. L'auteur conclut qu'une préparation de bismuth oléo-soluble en injection intramusculaire produit, à l'endroit de l'injection, au point de vue histochimique, les mêmes réactions que les sels de Bi insolubles suspendus dans l'huile. La courbe de l'élimination ne permet pas de conclure à une résorption très rapide. Le dépôt de Bi dans les organes de l'animal se fait, en premier lieu, dans les reins, puis dans la rate, le cœur, les poumons et le cerveau. V. a pu constater le passage du Bi chez le lapin, de la mère aux fœtus, chez la femme, sa présence dans le lait.

Le Bi a été trouvé dans les cellules de l'appareil réticulo-endothélial. L'épreuve fonctionnelle de l'appareil réticulo-endothélial chez l'homme par le rouge de Congo donne dans le traitement de la syphilis par le Bi les résultats suivants : l'appareil réticulo-endothélial semble réagir par deux phases : l'irritation et l'arrêt. Il n'existe de cette façon aucun blocage dans l'infection syphilitique au début, mais, au contraire, une faculté augmentée de résorption du colorant. On peut aussi démontrer le dépôt du Bi dans l'appareil réticulo-endothélial par l'épreuve fonctionnelle, la résorption du colorant anodin est diminuée.

Il semble que le Bi agit par le système réticulo-endothélial, car on a pu observer une diminution de l'effet thérapeutique en présence d'une phagocytose du colorant très augmentée.

Les dosages quantitatifs du Bi dans les tissus humains pathologiques montrent, en comparaison avec les tissus normaux, une augmentation nette de la teneur en Bi et cette augmentation est encore par électivité plus élevée dans la syphilis. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la concentration en ions hydrogène de l'urètre masculin. IIe communication : la concentration en ions hydrogène dans les maladies inflammatoires de l'urètre (Ueber die Wasserstoffionenkonzentration der männlichen Harnröhre. IIe Mitteilung : Die Wasserstoffionenkonzentration bei entzundlichen Erkrankungen der Harnröhre), par Otto KLEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 393, 3 fig.

Recherches sur le *p*H de l'urèthre de l'homme dans l'uréthrite gonococcique et non gonococcique. Le *p*H est de 5,1-7,2 à la mesure directe et de 5 à 6,1 à la mesure indirecte. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la concentration en ions hydrogène de l'urètre de l'homme IIIe communication : sur l'influence du changement de l'équilibre acido-basique sur la concentration en ions hydrogène (Ueber die Wasserstoffionenkonzentration der männlichen Harnröhre. IIIe Mitteilung : Ueber den Einfluss der Aenderung des Säuerebasengleichgewichts auf die Wassershoffionenkonzentration der Harnröhre), par Otto Klein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 398.

Recherches sur la variation du *p*H de la sécrétion pathologique de l'urèthre après modifications de l'équilibre acido-basique. Le *p*H montre dans l'acidose expérimentale une déviation du côté acide laquelle est plus petite que celle notée dans les urines. Dans l'alcalose expérimentale, peu augmentée, mais elle n'atteint jamais le degré de l'alcalinisation des urines.

Olga Eliascheff.

Sur l'épidémie de microsporie et d'alopécie parvimaculata de Dresde et explication de cette dernière dans le sens d'une microsporide (Ueber die Dresdener Epidemic von Mikrosporie und Alopecia parvimaculata und Deutung der letzteren als Mikrosporid), par Werther. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 402, 6 fig.

L'auteur a observé à Dresde une épidémie de microsporie et d'alopécie à petites plaques chez 400 enfants âgés de 3 à 14 ans. La contagion se propagea d'un endroit à l'autre. La maladie apparut et disparut partout en même temps. La chute des cheveux ne ressembla pas à celle de la pelade, ni à celle de la dermite atrophique du type de la pseudo-pelade, ni à la folliculite décalvante, mais à l'alopécie épidémique à petites plaques. La dénomination donnée par Dreuw de l'alopécie *parvimaculata epidemica* a donc sa raison d'être. Une partie de ces plaques se transforma en taches atrophiques de dimensions variables.

On a déjà constaté une apparition en même temps et dans les mêmes régions de ces deux maladies des cheveux. L'auteur considère l'alopécie à petites plaques observée à Dresde comme une microsporidie.

Olga Eliascheff.

Tumeur des glandes sudoripares avec métaplasie épithéliale (Schweissdrüsentumor mit Epithelmetaplasie), par Max Walther et Hamilton Montgomery. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 420, 3 fig.

Observation clinique et description histologique d'une tumeur des glandes sudoripares avec une métaplasie épithéliale située à la paume de la main d'une femme âgée de 29 ans. Cette tumeur se présenta sous la forme d'une hyperkératose plane du volume d'un pois.

L'histologie montra des cellules muqueuses vraies qui ne se distinguaient en rien des cellules salivaires qui produisent la mucine. Cette structure anatomique dans tous ses détails montre toutes les différentes étapes d'une métaplasie indirecte.

Olga Eliascheff.

Pseudoxanthome élastique (Darier) combiné avec un granulome tuberculoïde (Pseudoxanthoma elasticum (Darier) in Verbindung mit einer tuberkuloiden granulationsbildung), par Max H. Welti. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 2, 1931, p. 427, 2 fig.

Observation et examen histologique d'un cas de pseudo-xanthome élastique atypique combiné avec un granulome de structure tuberculoïde. L'affection occupait le cou des deux côtés et la moitié inférieure de l'abdomen. Les lésions consistaient en papules peu proéminentes, allant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, rondes et allongées, formant en partie un réseau par confluence. Les papules sont dures, d'une teinte jaunâtre. Sur la nuque, se trouvait une lésion typique de pseudo-xanthome élastique, tandis que sur le cou et dans la région abdominale, le tableau clinique fut compliqué par la présence de lésions serpigneuses. Ces dernières laissaient déjà soupçonner cliniquement la formation de tissus de granulation, formation qui fut confirmée par l'examen histologique. Cet examen montra, à côté de lésions du pseudo-xanthome élastique, une structure tuberculoïde (cellules épithéliales, grand nombre de cellules géantes de Langerhans. etc.). L'auteur conclut qu'il s'agit d'un cas de pseudo-xanthome élastique atypique, compliqué par des formations à structure tuberculoïde. Il est possible que cette structure tuberculoïde appartienne au pseudo-xanthome élastique ou à une combinaison de ce dernier avec la tuberculose ou la syphilis. les preuves d'une complication avec la tuberculose ou la syphilis mais il croit possible que le pseudo-xanthome élastique produise à lui seul des modifications analogues. Ce cas ressemble cliniquement à celui publié par Milian. Dans le cas de Milian, la combinaison d'un pseudo-xanthome élastique avec une syphilis tertiaire a été démontrée par l'anamnèse et par la réaction de Bordet-Wassermann positive.

Olga Eliascheff.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Recherches sur la désinfection des champignons et des levures. 2e Mémoire (Desinfektionversuche mit Fadenpilzen und Hefen II Mitteilung), par E. Kadisch. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, no 37, 12 septembre 1931, p. 1433.

Pour éprouver un procédé de désinfection, on peut se servir de morceaux d'étoffe frottés avec une culture broyée ; on réalise ainsi une infection assez semblable à celle qu'on rencontre en pratique.

La résistance des germes ainsi éprouvés est variable et souvent plus grande qu'on ne s'y attend. Vraisemblablement, la gélose a un rôle protecteur. La résistance des germes dépend surtout de l'espèce, de la souche et de l'âge de la souche. Les levures sont plus résistantes que les champignons mycéliens. L'*aspergillus niger* est plus résistant que les germes pathogènes. Les champignons qui ont subi des passages fréquents en culture sont plus résistants que les vieilles souches. L'alcool

a un pouvoir désinfectant appréciable, même dilué à 40 o/o. La pyridine de l'alcool à brûler jouit d'un faible pouvoir antiseptique. Sur les levures, le thymol à 1 p. 2.000 dans le bouillon glycériné de Grütz est actif au bout de 48 heures. La réaction faiblement alcaline du milieu paraît augmenter légèrement l'action du thymol. L'alcool à brûler additionné à 1 o/o de thymol tue les germes : en quelques minutes, les champignons mycéliens ; en quelques heures, les levures. Une concentration plus forte en thymol n'est pas sensiblement plus efficace. En pratique, pour la désinfection des chaussettes de soie, par exemple, un bain de 6 heures dans l'alcool thymolé à 1 o/o suffit. Quand on est sûr de l'infection mycélienne, une demi-heure est suffisante.

L. CHATELLIER.

Dermite lichénoïde en traînée après un traumatisme (Strichförmige lichenoide Hauterkrankung nach einem Trauma), par M. RUITTER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 29, 26 septembre 1931, p. 1512, 3 fig.

Chez une enfant de 5 ans, après une petite plaie de l'index droit, on voit apparaître une éruption en traînée qui occupe le dos de la main droite, la face latérale du bras et la région scapulaire droite. L'éruption, prurigineuse, est constituée par des papules qui ressemblent à celles du lichen plan et par quelques pustules. Pas d'adénopathies ; Pirquet négatif. Histologie : hyperkératose et parakératose, avec acanthose ; dans l'épithélium, vacuolisation ; dans le derme, infiltrat superficiel dense à lymphocytes. Guérison en une semaine, après pansement à la vaseline salicylée, de la plaie initiale et de l'éruption.

L. CHATELLIER.

Contribution à la connaissance de l'herpès, en particulier de l'herpès des mains (Beitrag zur kenntnis des Herpes simplex, insbesondere des Herpes der Hände), par W. FREI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 39, 26 septembre 1931, p. 1508.

A propos du cas publié par Füllertom dans cette même revue, F. rappelle les observations déjà publiées d'herpès localisé aux mains ; il ajoute ses 2 observations personnelles (herpès des mains avec herpès génital, herpès des mains avec « aphtes » buccales récidivantes). Dans un cas, confirmation du diagnostic par inoculation (positive) dans la cornée du lapin. Cette localisation aux mains s'explique par le rôle que joue dans l'éruption le traumatisme local (physique, chimique). L'observation de Füllertom reproduit les caractères habituels de l'herpès récidivant et F. n'hésite pas à l'y ranger, en demandant le contrôle de l'inoculation à l'animal.

L. CHATELLIER.

Sur la valeur spécifique des réactions sérologiques (Réactions de Wassermann, de Kahn, de Sachs-Georgi, au Citochol) dans le chancre mou [Ueber die spezifische Bedeutung der serologischen Reaktionen (Wassermann —, Kahn —, Sachs-Georgi — und Citochol-Reaktionen) beim weichen

Schanker], par O. N. Podvysockaja et S. L. Schirwindt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 38, 19 septembre 1931, p. 1478.

Dans 461 cas de chancres mous, les réactions sérologiques donnent 97,6 o/o de résultats négatifs ; 0,2 o/o de résultats non spécifiques. La réaction de Wassermann seule a été indécise dans 0,4 o/o des cas. Six malades ont eu des réactions fortement positives répétées sans autre symptôme. Il est probable qu'il s'agit de syphilis et non de réactions non spécifiques.

L. Chatellier.

Sur l'éléphantiasis des organes génitaux de l'homme (Beitrag zur elephantiasis des männlichen Genitale), par G. Stenzel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 39, 26 septembre 1931, p. 1505, 2 fig.

Éléphantiasis péno-scrotal développé chez un homme de 67 ans, à la suite de poussées d'érysipèle localisé. Le malade portait un phimosis congénital, vers la 31e année, suppuration des ganglions de l'aine droite. 1 an 1/2 avant la dernière poussée d'érysipèle, le malade avait présenté les mêmes phénomènes (rougeur, gonflement, frissons), qui furent passagers alors.

L. Chatellier.

Infection syphilitique après cure de bismogénol de prophylaxie (Syphilis infektion nach prophylaktischer Bismogenolkur), par B. Hofman. *Dermatologische Woschenschrift*, t. XCIII, nº 40, 3 octobre 1931, p. 1543.

Levaditi croit à l'action prophylactique du bismuth et Kolle la nie. Sonnenberg l'a recommandée. H. rapporte l'observation d'une prostituée de 30 ans, qui présenta un chancre syphilitique typique de la petite lèvre gauche apparu le 22 novembre, après avoir reçu, à titre prophylactique, 8 injections de bismogénol, dont la première datait du 13 octobre. En ce cas, l'échec est bien certain.

Ch. Audry.

Maladie bulleuse des mains et du gland chez un homme probablement en rapport avec la gourme du cheval (Eine Blatenerkrankung der Hände und das männlichen Gliedes, wahrscheinlich durch Pferdedruse vermittelt), par W. Leipold. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 40, 30 octobre 1931, p. 1533, 1 fig.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, en contact avec des chevaux gourmeux. Il présenta sur les doigts, les mains et le gland des bulles inflammatoires et purulentes qui guérirent sans difficulté. L'examen microscopique et la culture permirent de reconnaître et d'isoler un streptocoque non inoculable d'ailleurs, qui répondait à la description du streptocoque de la gourme du cheval. Ces lésions ressemblaient à celles que Trautwin a obtenues chez le rat par l'inoculation de pus gourmeux.

(Le lecteur désireux de prendre une connaissance suffisante de la gourme peut consulter : Ollivier, Contribution à l'étude de la gourme coïtale du cheval, *th. de Toulouse*, 1931. N. D. T.).

Ch. Audry.

Pityriasis rosé (Pityriasis rosea), par GLAUBERSOHN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 41, 10 octobre 1931, p. 1584.

G. a observé en 4 ans 156 cas de pityriasis rosé sur 19.750 malades ; les femmes : 82 pour 50 hommes et 24 enfants. Surtout de 10 à 40 ans : le plus jeune, 1 an ; le plus vieux, 60 ans. C'est en automne que la fréquence est moindre. CH. AUDRY.

Métastases carcinomateuses étendues, zoniformes de la peau (Zoniform ausgebreitetes Metastatisches multiples Karzinom der Haut), par O. KIESS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 41, 10 octobre 1931, p. 1577, 2 fig.

Chez une femme de 76 ans, éruption dans la région fessière gauche, à disposition zoniforme, constituée par des nodules et des infiltrats diffus. L'éruption s'étend jusqu'au pubis à gauche, à droite, elle dépasse l'apophyse épineuse de trois travers de doigt. L'examen histologique montre qu'il s'agit de métastases d'un cancer viscéral (foie ou rein). Autopsie impossible. L. CHATELLIER.

Contribution au traitement de la rosacée (Beiträge zur Behandlung der Rosazea), par Elisabeth BREUER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 41, 10 octobre 1931, p. 1592.

L'auteur traite la rosacée d'abord par des applications légères de neige carbonique, puis par l'iontophorèse (caféine-adrénaline) en séances répétées tous les 2-3 jours. Elle associe à ces traitements locaux l'opothérapie thyroïdienne, thyro-ovarienne, ou l'hygiène gastro-intestinale selon les cas. L. CHATELLIER.

Le « traitement sec » de la blennorragie de l'homme (Die Trockenbehandlung der Gonorrhoe des Mannes), par H. PERL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 41, 10 octobre 1931, p. 1595, 1 fig.

Le « traitement sec » de la blennorragie n'est devenu possible que grâce à la poudre Fissan, très fine, donc à large surface absorbante. P. a fait construire une canule à 4 rainures, dont le fond est percé d'orifices. La canule, introduite dans l'urèthre antérieur, est fixée ensuite à un pulvérisateur. Les rainures empêchent la muqueuse de s'appliquer étroitement à la canule et permettent à l'air insufflé de sortir librement. Pas de danger de pénétrer dans l'urèthre postérieur. Le malade est traité à la fois par les injections habituelles et, deux fois par jour, reçoit une pulvérisation immédiatement après. Le traitement est raccourci ainsi d'un tiers. L. CHATELLIER.

La question du traitement interne des dermatoses (Beitrag zur Frage der internen Behandlung von Dermatosen), par R. POLLAND. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 42, 17 octobre 1931, p. 1621.

Le rôle de la peau dans la régulation des concentrations salines est considérable. Nombre de dermatoses sont imputables à un trouble fonctionnel de la régulation saline. Partant de cette idée, P. a traité avec

succès par l'uricedin (combinaison d'alcalins végétaux et de sels sulfatés sodiques) diverses dermatoses : psoriasis, séborrhéee, acné, eczéma séborrhéique. L. CHATELLIER.

Recherches comparatives sur l'action des différentes substances injectées dans la blennorragie aiguë de l'homme (Vergleichende Untersuchung über die Wirkung verschiedener Injektionsmittel beim akutem Tripper des Mannes), par W. HEYN et H. BAYER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 42, 17 octobre 1931, p. 1631.

Les auteurs ont traité 981 uréthrites aiguës par 4 préparations argentiques : albargin à 0,2/200, Targesin à 5,4/200, albargin à 1/100 et citragan.

De ces 4 solutions, le citragan est le plus irritant et provoque le plus de complications : 141 o/o, contre 81 o/o, 59 o/o et 75 o/o pour les 3 autres ; c'est aussi celui qui coûte le plus cher, mais qui guérit le plus rapidement (60 jours au lieu de 72, 73, 67).

L. CHATELLIER.

Recherches sur la prostate (Prostata-Studien), par F. WINKLER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 42, 17 octobre 1931, p. 1626.

Le rôle physiologique de la sécrétion prostatique est encore assez mal connu. W., dans une série d'expériences sur le chien et le singe, a pu obtenir du suc prostatique pur. La sécrétion prostatique est intermittente; la pilocarpine provoque une sécrétion abondante, tandis que l'atropine et la nicotine l'arrêtent ou la suppriment. Le nerf hypogastrique est le nerf de la sécrétion prostatique. Le suc prostatique injecté à l'animal détermine une érection ; chez l'animal injecté, on provoque un choc anaphylactique par injection ultérieure de substance prostatique, testiculaire ou mammaire. Une injection massive de suc prostatique peut tuer l'animal ; les injections répétées amènent l'amaigrissement et l'atrophie du testicule. Le liquide prostatique est un excellent milieu de conservation des spermatozoïdes qui y gardent longtemps leur vitalité. W. a utilisé chez l'homme la protestine, mélange d'extrait prostatique et testiculaire, qui trouve son emploi dans les altérations sexuelles de l'homme et dans les troubles menstruels ou ménopausiques chez la femme. L. CHATELLIER.

Rush et V. Kaczorowski, pères des infections dentaires focales (Rush und v. Kaczorowski, Väter der dentalen fokalen Infektionen), par E. DELBANCO. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 43, 24 octobre 1931, p. 1664.

Intéressant chapitre d'histoire où D. rappelle les travaux originaux par lesquels, en 1882, V. Kaczorowski, médecin polonais, a inauguré l'histoire des infections secondaires de toutes espèces qui ont leur point de départ dans des foyers dentaires infectés. Dès la fin du XVIII[e] siècle, un Américain, Benjamin Rush, avait longuement insisté sur l'importance des caries et des infections dentaires dans le rhumatisme, etc. ; il avait lui-même cité de nombreuses observations antérieures de médecins français, allemands et autres. CH. AUDRY.

Une série d'observations cliniques et thérapeutiques intéressant la dermatologie (Bericht über eine Reihe klinischer und therapeutischer Beobachtungen auf dem Gebiete der Dermatologie), par G. Scherber. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 43, 24 octobre 1931, p. 1651.

Deux cas d'érythème centrifuge consécutif à des piqûres de tique ; des observations d'érythèmes toxiques dus au pyramidon, à la phénolphtaléine et au luminal ; un cas d'érythrodermie arsenicale provoquée par les vapeurs de l'enduit d'un mur d'appartement : enduit riche en arsenic ; une observation de nodules des laitiers chez une jeune paysanne ; un cas d'épithélioma aigu du pénis chez un jeune homme de 25 ans porteur d'un phimosis ; une observation de dermite par la lumière ; un cas de lichen plan systématisé en bande. Chez des malades atteints de dermatite herpétiforme, de pemphigus vulgaire, de pemphigus foliacé et de stomatite aphteuse, S. a obtenu de bons résultats par la diète de Gerson stricte, associée à l'arsenic *per os* (liqueur de Fowler, spirocid) et aux rayons ultra-violets ; chez 3 malades, les poussées de pemphigus ont disparu quand s'est développé un cancer viscéral. Dans un cas de sclérodermie grave, traitée sans succès par l'opothérapie thyroïdienne et ovarienne, S. et Doppler ont obtenu chez la première malade une amélioration considérable par la sympathicectomie chimique péri-artérielle de divers troncs artériels : artères ovarienne, fémorale, humérale, carotide externe, thyroïdienne, et, à l'occasion d'une appendicite, du ligament hépato-duodénal et de l'artère pancréatique ; la deuxième malade a été traitée avec succès par la radiothérapie profonde répétée de la moelle et de la selle turcique ; entre les séances de radiothérapie, opothérapie thyro-ovarienne. S. traite l'hypertrichose du visage par la radiothérapie : de 4 à 6 heures, sous 4 millimètres Al, séances répétées 4 à 6 fois avec des intervalles entre chaque application de 3 à 5 mois : 3 femmes ainsi traitées avec succès et sans lésions de la peau. L. Chatellier.

Action des hormones sexuelles dans un cas de psoriasis arthropathique (Die Wirkung von Sexualhormonen bei einem Fall von Psoriasisarthropathica), par P. Keller. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 44, 31 octobre 1931, p. 1693.

Femme de 30 ans, opérée de goitre, atteinte de psoriasis, avec arthropathies multiples avec état subfébrile, guérie en 3 mois par l'administration interne d'une lutéine et d'une folliculine. K. rappelle qu'on a signalé l'influence de l'aménorrhée, l'amélioration pendant la grossesse, etc. Il rappelle aussi les tentatives endocrinothérapiques variées. Actuellement, rien n'est bien établi. Ch. Audry.

Sur la thérapeutique du psoriasis (Beitrag zur Therapie der Psoriasis), par M. Rosenbaum. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 44, 31 octobre 1931, p. 1697.

Dans certains cas de psoriasis invétéré, résistant aux thérapeutiques habituelles, le salvarsan intraveineux donne parfois d'excellents résultats.

CH. AUDRY.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur la méthode des coupes à congélation de fragments cutanés frais non fixés d'après O. Schultz-Brauns (la biopsie idéale) [Ueber die Methode des Gefrierschneidens lebensfrischer unfixierter Hautstücke nach O. Schultz-Brauns (ideale Biopsie)], par E. HOFFMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, f. 1-2, septembre 1931, p. 5.

H. décrit l'appareil de O. Schultz-Brauns ; en voici le principe : les coupes fortement congelées ont la propriété de s'étaler sur un rasoir très froid (— 20°) et, portées sur une lame bien propre, de s'y coller à la température du laboratoire, grâce à leur teneur propre en albumine. Ce tissu vivant et frais est prêt à toutes les colorations. On obtient ce résultat par « le refroidisseur profond du rasoir » de O. Schultz-Brauns.

L. CHATELLIER.

Altérations des parois vasculaires dans les hémorragies septiques (Gefässwandveränderungen bei septischen Hautblutungen), par Marta FAUSER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, f. 1-2, septembre 1931, p. 36, 2 fig.

Parmi les états hémorragiques, il est un groupe où les lésions vasculaires jouent un rôle important : purpura vasculaire. Dans les infections, les hémorragies sont de constatation banale. Par quel mécanisme ? M. F. a étudié les lésions vasculaires sur deux malades, l'une morte de septicémie streptococcique puerpérale ; le second, mort de septicémie staphylococcique, consécutive à une ostéomyélite.

Dans le premier cas, hémorragies cutanées punctiformes ou en nappe. Histologiquement, graves lésions des parois vasculaires avec destruction des cellules endothéliales, nécrose des couches externes des parois vasculaires, parfois développement de petits anévrysmes, et, dans la lumière du vaisseau, formation d'îlot hyalin. Artérioles et capillaires sont lésés. On retrouve les mêmes lésions dans les parois des vaisseaux alors même qu'il n'y a pas encore d'hémorragie.

Dans le deuxième cas, les hémorragies cutanées sont dues à des embolies microbiennes qui déterminent la formation de petits abcès et la destruction de la paroi des vaisseaux. Les lésions vasculaires décrites dans le premier cas se retrouvent dans les processus infectieux récidivants. Il est certain que ces lésions sont en rapport avec l'immunité : chez le porc immunisé, le rouget détermine des altérations identiques, chez l'animal non immunisé, la maladie provoque des embolies microbiennes avec nécrose des parois.

L. CHATELLIER.

Sur la question de l'oblitération des varices d'après Linser (Zur Frage der Varizenverodung nach Linser), par F. KOCH. *Dermatologische Zeitschrift*, f. 1-2, septembre 1931, p. 46.

En 1911, Linser a proposé l'injection intraveineuse de sublimé à 1 o/o pour le traitement des varices ; il a utilisé ensuite une solution saturée de chlorure de sodium. Linser est resté fidèle au procédé initial (Nacl). Cette méthode d'oblitération est sans danger : 0,0075 o/o de mort d'après une statistique américaine. Pour éviter toute complication (périphlébite, nécrose), il suffit de suivre strictement la technique proposée par Linser, que K. rappelle en détail : emploi d'une seringue record, d'une aiguille à biseau court très effilé, pénétrer dans la veine parallèlement à son trajet, s'assurer qu'on est bien dans la veine ; alors seulement faire coucher le malade resté jusque-là assis ; quand on est sûr de sa position, injecter vite et empêcher toute trace de liquide de passer dans le tissu péri-vasculaire.

L'injection doit rester indolore ; s'arrêter si le patient accuse la moindre douleur. On peut injecter, dans les cas graves, 2 ou 3 fois 5-10 centimètres cubes de la solution salée par séance ; il faut commencer le traitement par les veines périphériques. Comme contre-indications, il n'y a que la phlébite aiguë avec thrombose. Il vaut mieux ne pas faire d'injection pendant les maladies fébriles.

L. Chatellier.

Le traitement des varices par les injections sclérosantes et, en particulier, revue des cas de mort à la suite du traitement (Fragen der Varizenverödung mit sklérosierenden Injektionen unter besonderer Berucksichtigung der nach der Injektions behandlung beschriebenen Todesfälle), par E. Schmidt. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, f. 1-2, septembre 1931, p. 76.

Depuis que Linser a proposé, en 1912, les injections de sublimé à 1 o/o pour le traitement des varices, les médicaments utilisés se sont multipliés. S. les range en trois catégories : 1° médicaments à action caustique : sublimé, quinine-uréthane, solution de Pregl ; 2° solutions salées hypertoniques : chlorure de sodium, carbonate de sodium, salicylate de soude, etc., qui agissent par leur concentration ; 3° solutions sucrées hypertoniques.

De la première, S. ne retient guère que le sublimé, qu'il réserve, du reste, aux cas où les autres procédés ont échoué et aux varices très superficielles.

Il emploie et recommande surtout les solutions de chlorure de sodium hypertoniques : 15 à 26 o/o. Mais sublimé et solutions salées hypertoniques déterminent de la nécrose quand l'injection est faite hors de la veine. D'où l'essai et le succès des solutions sucrées, inoffensives pour le tissu péri-veineux, mais moins efficaces. Les contre-indications de la méthode sclérosante sont peu nombreuses pour S. : thrombophlébite aiguë, processus inflammatoires aigus (angine, furoncle), mauvaise circulation veineuse profonde. La grossesse n'est pas une contre-indication ; S. ne soigne les varices que dans les deux derniers mois, sauf douleurs et menace de rupture. Le traitement est sans danger pratique. S. condamne l'association de la ligature chirurgicale à l'oblitération.

L'intervention augmente considérablement le danger d'embolie. A ce propos, il passe en revue les 9 cas de mort publiés à la suite du traitement sclérosante. Sauf dans un cas, aucune des morts n'est imputable au seul traitement : il y a eu intervention chirurgicale, infection du caillot par technique défectueuse ou infection intercurrente, etc. Revue générale intéressante à consulter. L. CHATELLIER.

Sur les altérations séniles du tissu conjonctif cutané et sur l'élastique de la mimique dans différentes races (Ueber die Alterserscheinungen des Haut-bindegewebes und über die sogennante « Elastica mimica » bei verschiedenen Rassen), par H. VOHWINKEL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, f. 1-2, septembre 1931, p. 95, 5 fig.

Dans la peau des joues, il existe des pelotons de tissu élastique que Unna avait crus pathologiques et que Schifferdeeker a montrés être normaux, et dénommés l'élastique de la mimique, à cause du rôle qu'ils jouent dans l'expression. Cette couche élastique se rencontre chez tous les peuples indo-européens, chez les Nègres du Soudan et du Sénégal et chez les Chinois. A côté de cette couche élastique, il existe un tissu conjonctif qui se colore mal ou pas par les colorants habituels (surtout la méthode de Calleja) : tissu conjonctif chromophobe de Schifferdeeker, mais qui est bien imprégné par les sels d'argent. V. s'est attaché à étudier les variations de l'élastique et du conjonctif avec l'âge, chez l'Allemand. Le tissu élastique commence à se développer à la puberté et atteint son plus grand développement vers 30 ans. La régression commence à 40 ans : formation de boules élastiques, aspect grossier des fibres, transformation en masses homogènes, pour aboutir très tard à une résorption plus ou moins complète. Le tissu conjonctif subit des modifications parallèles. Ces transformations commencent dans le derme superficiel et s'étendent dans la profondeur avec l'âge. L'élastique de la mimique n'est jamais bien développé chez les non-européens (Noirs d'Amérique, Indiens) et chez les individus de races mélangées.

L. CHATELLIER.

Leucémie myéloïde avec participation de la peau (Ein Fall von myeloischer Leukämie mit Beteiligung der Haut), par S. NEKAM (junior). *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, f. 3, octobre 1931.

Après un court historique, N. donne l'observation d'une femme de 62 ans, non syphilitique, chez laquelle une leucémie myéloïde (94 o/o de myéoblastes sur 21.000 leucocytes, 2.500.000 globules rouges) avec adénopathies et sans mégalosplénie, s'accompagnait d'infiltrats plus ou moins hémorragiques, papulo-tubéreux, étendus à la presque totalité des téguments. La maladie évolua en moins de trois semaines et se termina par la mort. Les infiltrats cutanés contenaient de nombreux myéloblastes avec réaction d'oxydase négative. Origine et point de départ indéterminés ; l'importance des proliférations endothéliales, leur tendance à s'infiltrer dans le tissu conjonctif ambiant pouvaient permettre d'y voir une origine locale. Cette absence de réaction d'oxy-

dase qui est une anomalie en présence de myéloblastose a déjà été signalée et s'observe peut-être dans les formes particulièrement aiguës de la maladie. CH. AUDRY.

Recherches sérologiques (micro-réaction de Meinicke) chez les souris syphilisées et normales (Serologische Untersuchungen mit der Mikroreaktion nach Meinicke bei syphilisinfizierten und gesunden Mäusen), par S. KERTOPATI. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, f. 3, octobre 1931, p. 174.

On sait par Kolle et Schlossberger que l'on peut inoculer à la souris une syphilis sans symptômes. On sait aussi que chez le lapin, les examens sérologiques ne donnent que des résultats insuffisants. Chez les souris saines, il n'y a pas de séro-réaction ; chez les souris infectées, on n'obtient que des résultats très irréguliers, inutilisables, autant du moins qu'on utilise la micro-réaction de Meinicke. On en peut conclure avec Karrenberg que cette infection syphilitique sans symptômes des souris ne parvient pas à provoquer l'apparition d'anticorps.

CH. AUDRY.

Sur le traitement spécifique des dermatoses allergiques (Ueber die spezifische Behandlung allergischer Hauterkrankungen), par W. RICHTER et F. FINKELSTEIN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, f. 3, octobre 1931, p. 164.

Les auteurs ont traité par la méthode des injections progressives d'antigène dilué 86 malades atteints de dermatoses allergiques d'origine médicamenteuse (salvarsan, pyramidon, solganol, etc.), végétale (primevère, narcisse, etc.), chimique, nutritive, endocrinienne. Il convient de commencer par des doses très diluées : 1/1.000.000e et arriver à des concentrations aussi fortes que le permettent les réactions du malade. R. et F. ont obtenu non seulement la guérison des dermites, mais souvent une résistance des malades à l'action prolongée des substances autrefois irritantes. L. CHATELLIER.

Sur le traitement par les alcalins de la blennorragie de l'homme (Ueber die Alkalitherapie der geschlossenen männlichen Harnröhrengonorrhœ), par K. BOAS. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, f. 3, octobre 1931, p. 179.

Dans les blennorragies rebelles, la phosphaturie est de constatation fréquente. Attribuée autrefois au nervosisme, on la rattache aujourd'hui aux troubles fonctionnels provoqués par la blennorragie elle-même. D'autre part, le gonocoque pousse bien en milieu acide et la phosphaturie favorise les localisations profondes (prostate, cowper). B., après Blum, a constaté les heureux effets des alcalins (bicarbonate de soude, citrate de soude et magnésie) dans les blennorragies avec ou sans complications des glandes annexes. L. CHATELLIER.

Fortschritte der Medizin (Berlin).

Verrues, papillomes, cors (Ueber Warzen, Papillome und Schwielen), par K. Ullmann. *Fortschritte der Medizin*, n° 22, 30 octobre 1931, p. 827 et n° 23, 13 novembre, p. 869.

U. commence par rappeler les travaux récents sur les verrucoses généralisées, sur les verrues associées à des troubles de la pigmentation. Il cite les recherches anciennes ou antérieures, sur l'inoculabilité de la verrue. Il étudie les verrues plantaires, péri-unguéales, les verrues séborrhéiques, etc., les verrues filiformes, les papillomes vénériens et leur localisation buccale, les recherches de Biberstein sur le virus verruqueux, etc.

En somme, revue générale intéressante sans données nouvelles.

Ch. Audry.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

La radiothérapie des teignes du cuir chevelu (X-ray treatment of ringworm of the scalp : a survey of 2400 cases), par Shanks. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, octobre 1931, p. 477.

Exposé de la technique et des résultats obtenus par la radiothérapie dans 2.400 cas de teigne du cuir chevelu. S. Fernet.

Erythème papulo-circiné migrateur de Darier, par Mc Lachlan et Brown. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, octobre 1931, p. 506.

Description d'un cas typique d'érythème centrifuge chez un enfant de deux ans. Aperçu bibliographique et discussion.

S. Fernet.

La Prensa Medica Argentina (Buenos Aires).

Guérison par l'auto-hémothérapie de deux cas de phlycténose récidivante des extrémités (Curacion de dos casos de flictenosis recidivante de las extremidades con la autohemoterapia), par José L. Cerrera. *Prensa Medica Argentina*, 30 juin 1931, 3 p., 1 fig.

Deux cas de cette affection rare, dont on doit la connaissance à Audry, ont été traités avec succès par l'auto-hémothérapie.

Il s'agissait de deux jeunes filles, âgées l'une de 14, l'autre, de 15 ans, et présentant sur les extrémités supérieures des éruptions récidivantes de bulles naissant en peau saine. Le signe de Nikolsky était négatif. On notait une légère adénopathie. J. Margarot.

Les contre-indications thérapeutiques des traitements antisyphilitiques chez les tuberculeux pulmonaires atteints de syphilis acquise (Las contraindicaciones terapeuticas de los tratamientos antisifiliticos en los enfermos pulmonares con sifilis adquirida), par José Luis Carrera. *Prensa Medica Argentina*, 10 juillet 1931, 7 p., 1 fig., p. 1.

La coexistence d'une tuberculose pulmonaire avec la syphilis n'a été notée que 5 fois par l'auteur sur un total de 940 syphilitiques.

En pareil cas, les arsénobenzènes donnent parfois lieu à des phénomènes congestifs. Deux malades ont présenté des hémoptysies avec des doses supérieures à 0 gr. 60. Par contre, les faibles doses sont sans inconvénients.

Chez un syphilitique ayant une caverne du sommet droit, les injections de 914 faites à la dose de 0 gr. 30 et répétées tous les 4 jours, jusqu'à un total de 8 grammes, ont été suivies d'une amélioration considérable de l'état général avec une augmentation de poids de 5 kilogrammes. J. MARGAROT.

La cholestérine dans les dermatoses (La colesterina en las dermatosis), par S. ROSNER. *La Prensa Medica Argentina*, n° 6, 28e année, 30 juillet 1931, p. 267.

Après des considérations générales sur la cholestérine et ses variations physiologiques et pathologiques, S. rappelle les principales recherches relatives à la cholestérinémie dans les diverses dermatoses et il indique le résultat de ses recherches personnelles.

Sur 7 cas de psoriasis, il trouve de l'hypercholestérinémie dans 3 cas, le taux de la cholestérine est normal dans 3 autres et se trouve abaissé chez un seul malade.

Sur 23 cas d'épithéliomas cutanés, 19 s'accompagnent d'hypercholestérinémie. Chez 19 malades atteints de lésions précancéreuses, on note 9 cas d'hypercholestérinémie, 4 cas d'hypocholestérinémie et 6 cas de cholestérinémie normale.

Dans 17 cas de syphilis, le taux de la cholestérine est normal chez 6 malades, abaissé chez 2, augmenté chez les 9 autres.

Il n'est pas modifié dans 2 cas de lupus vulgaire.

Chez 10 malades atteints de pyodermite, l'hypercholestérinémie est notée 9 fois.

Dans le seul cas de xanthomatose qu'il a pu étudier, S. R. trouve 5 grammes de cholestérol dans le sérum sanguin.

Dans les dermatoses prurigineuses (eczéma, eczématides, névrodermites, prurits, etc.), sur un total de 24 cas, la cholestérinémie est élevée chez 15 malades, elle est normale chez 6 d'entre eux et abaissée chez les 3 autres. J. MARGAROT.

Revista Medica Latino-Americana (Buenos Aires).

Syphilis tardive papillomateuse cornée (Sifilis tardia papilomatosa cornea), par José J. PUENTE. *Revista Medica Latino-Americana*, 16e année, n° 19, août 1931, 16 p., 5 fig.

Un malade dont l'accident primitif remonte à 9 ans et qui n'a jamais suivi de traitement, présente des plaques de syphilides tardives papulo-tuberculeuses avec prolifération papillomateuse cornée. Elles sont dis-

posées sur la face en forme de vespertilio et d'îlots d'aspect singulier. On trouve en même temps une infiltration hypertrophique de la lèvre supérieure et des cicatrices d'origine syphilitique.

A l'examen microscopique, l'épiderme présente un certain degré d'acanthose et une kératose accentuée. Il recouvre comme une enveloppe une prolifération histio-cellulaire dermo-hypodermique très intense, à laquelle est dû l'aspect papillomateux. Malgré la pénétration discrète de bourgeons interpapillaires dans le derme, il n'y a pas de papillomatose au sens histologique du terme.

J. Margarot.

La Semana Medica (Buenos Aires).

Association syphilis-cancer de l'estomac (Asociacion sifilis-cancer del estomago), par Juan Raul Goyena et Andres E. Bianchi. *La Semana Medica*, 16 juillet 1931, n° 29, p. 165, 10 fig.

Une tumeur de l'estomac évolue chez un sujet présentant des lésions diverses manifestement en rapport avec la syphilis, malgré le résultat négatif de la réaction de Wassermann. Diverses raisons et, en particulier, la lenteur de l'évolution, la mobilité de la tumeur, le caractère nocturne des douleurs font penser que la syphilis est en cause, mais bientôt le diagnostic s'oriente vers la probabilité d'une association de lésions syphilitiques et cancéreuses.

Un traitement arsenical est suivi d'une augmentation de poids. On pratique alors une extirpation chirurgicale de la tumeur.

L'examen microscopique de la pièce montre une néoformation blastomateuse atypique ayant les caractéristiques de l'adéno-carcinome (ou du carcinome tubuleux).

On voit entre les tubes épithéliaux de nombreuses brides conjonctives et une infiltration cellulaire abondante dans laquelle on trouve de nombreux plasmocytes. On note d'importantes lésions vasculaires et péri-vasculaires.

Il ne s'agit pas d'un ulcère chronique avec une anormale infiltration lymphatique et ultérieurement une cancérisation secondaire. Les constatations microscopiques rapprochées de l'aspect macroscopique de la muqueuse où l'on voit des brides fibreuses et des cicatrices étoilées, permettent de conclure à la dégénérescence maligne d'un syphilome gastrique.

J. Margarot.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Sur la question de l'action indirecte du Salvarsan (Zur Frage der indirekten Salvarsanwirkung), par R. Brandt. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 44e année, n° 39, 25 septembre 1931, p. 1225.

L'efficacité du salvarsan n'est certainement pas liée à une action directe sur le tréponème. Son action est donc indirecte ; le mécanisme

en reste encore obscur. On a invoqué, entre autres explications, l'intervention du système réticulo-endothélial. B. a repris le procédé de Janeso jun., qui bloque le système réticulo-endothélial par une injection préalable de lupro-collargol. Des lapins, porteurs de chancre d'inoculation, reçoivent une injection bloquante, puis ensuite du néosalvarsan ; à des intervalles variables, recherches de spirochètes. B. n'a constaté aucune diminution dans l'efficacité thérapeutique de l'arsenic, après le blocage. Les spirochètes disparaissent dans les délais habituels et l'accident clinique évolue de la même façon que chez les animaux non bloqués. Donc pas d'intervention du système réticulo-endothélial dans l'action thérapeutique de l'arsenic.

L. CHATELLIER.

Conferencia sanitaria Boliviana (Sucre).

Lèpre, paludisme et peste bubonique dans les provinces cruzéennes de Vallegrande et de Floride (Lepra, paludismo y peste bubonica en las provincias cruceñas de Vallegrande y Florida), par Luis V. SOTELO. *Conferencia Sanitaria Boliviana*, t. I, août 1931.

Après une description géographique des provinces de Vallegrande et de Floride, du département de Santa Cruz, l'auteur signale l'existence de la lèpre dans deux zones situées à peu près sur le même méridien et séparées par une distance de 40 kilomètres : la zone de Postrervalde et celle de San Juan del Rosario.

Dans l'une comme dans l'autre, l'altitude est élevée, on trouve une végétation luxuriante, l'humidité est grande et le climat subtropical.

Les régions palustres forment deux zones : la zone Nord et la zone Sud.

La première, subtropicale, répond à des vallées chaudes et humides, semées de lagunes et de flaques d'eau propices au développement des anophèles. Le paludisme sévit surtout dans la saison des pluies.

Dans la zone sud, de climat tropical, la malaria est endémique et s'observe avec une égale fréquence pendant toute l'année.

L'auteur termine par quelques considérations sur l'épidémie de peste bubonique de 1928 qui s'est propagée dans une région accidentée, boisée et montagneuse, située à une altitude de 2.500 mètres, de climat tempéré, mais variable.

J. MARGAROT.

La lutte prophylactique antivénérienne en France (La lucha profilactica antivenerea en Francia), par H. GOUGEROT. *Conferencia Sanitaria Boliviana*, t. I, août 1931.

L'auteur expose les principes directeurs de la lutte antivénérienne en France ainsi que le fonctionnement des divers organismes centraux et régionaux. Il indique ce qui a pu être obtenu et ce qui reste à faire.

J. MARGAROT.

Sao Paulo Medica

Erythème noueux, Lèpre (Erythema nodoso, Lepra), par Gid. Burgos. *Sao Paulo Medica*, nº 4, IVe année, vol. I, août 1931, p. 214.

Chez deux malades, on note un érythème noueux récidivant accompagné d'adénites douloureuses et d'un état infectieux aigu. L'exploration clinique ne décèle pas de troubles de la sensibilité. Les examens de laboratoire donnent des résultats négatifs.

C'est seulement plusieurs mois après, que l'on peut mettre en évidence le bacille de Hansen dans le mucus nasal et dans les éléments pathologiques et rapporter à la lèpre les poussées antérieures d'érythème noueux.

J. Margarot.

Revista Medica de Colombia (Bogota).

Frambœsia tropica. Le cas clinique du mois (Frambœsia tropica. El caso clinico del mes), par Manuel José Silva. *Revista Medica de Colombia*, nº 7, vol. I, février 1931, p. 454, 2 fig.

Une desquamation furfuracée et prurigineuse apparaît chez un malade qui accuse des douleurs de la tête et des membres.

On note des élevures papillomateuses, de base non indurée et recouvertes d'un exsudat séro-hémorragique croûteux.

L'examen de la sérosité à l'ultra-microscope met en évidence le *treponema pallidulum* de Castellani.

M. J. S. fait, à l'occasion de ce cas, un parallèle entre les déterminations cutanées du pian et celles de la syphilis.

J. Margarot.

Syphilides impétigineuses Le cas clinique du mois (Sifilides impetiginosas. El caso clinico del mes), par Manuel José Silva. *Revista Medica de Colombia*, nº 13, vol. II, septembre 1931, p. 15, 1 fig.

M. J. S. présente un malade porteur d'une éruption vésiculo-pustuleuse et croûteuse de la face, d'apparence impétigineuse, mais faite d'éléments à base infiltrée, de coloration rouge sombre, ayant une progression excentrique, un aspect figuré et complètement indolents.

J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifilografia (Madrid).

Contribution à l'étude du métabolisme basal dans les maladies de la peau (Contribucion al estudio del metabolismo basal en las enfermedades de la piel), par Antonio Marti Graneli. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, VIIe année, octobre 1931, nº 73, p. 25

Les recherches personnelles de l'auteur et une importante bibliographie lui permettent de porter les conclusions suivantes :

1° Dans la séborrhée, les acnés, les eczémas séborrhéiques et la

rosacée, le métabolisme basal est fréquemment élevé. Il est souvent abaissé, mais avec moins de constance dans les eczématides, en particulier dans les eczématides folliculaires.

2° Le métabolisme basal est souvent modifié dans les toxi-tuberculides. Sa valeur est augmentée dans l'érythème induré de Bazin et généralement diminuée dans l'acrocyanose, l'érythrocyanose et la kératose pilaire.

3° Dans les prurits (essentiels ou symptomatiques), le métabolisme basal est fréquemment abaissé. On le trouve élevé dans certains cas et normal dans quelques autres.

4° Il est habituellement normal dans les urticaires. Quand il varie, c'est le plus souvent dans le sens d'une augmentation.

5° Il est élevé dans le dermographisme.

6° Malgré le petit nombre de cas étudiés, la même conclusion paraît devoir être portée dans le lichen.

7° Dans les prurigos, il est tantôt augmenté, tantôt abaissé, tantôt normal.

8° Dans le psoriasis, la déviation du métabolisme basal est fréquente, bien qu'il n'y ait pas de relation entre cette déviation et la maladie elle-même.

9° Il est ordinairement normal dans l'ichtyose.

10° Dans l'eczéma, le métabolisme basal n'est, en général, pas modifié. La variation observée dans quelques cas est indépendante de la dermatose.

11° Dans les dyschromies et dans la pelade, la déviation du métabolisme basal est fréquente, surtout dans le sens d'une élévation.

12° Dans les sclérodermies et les atrophies cutanées, les chiffres obtenus sont habituellement au-dessus de la normale.

L'auteur tient à souligner l'importance et l'intérêt de l'étude du métabolisme basal dans les dermatoses où l'influence du corps thyroïde est certaine comme dans celles où l'on veut déterminer si cette influence existe.

J. MARGAROT.

Accion Medica.

Le psoriasis considéré comme une tuberculide et sa guérison par l'antigène méthylique (La psoriasis considerada como una tuberculide y su curacion con el antigeno metilico), par Arturo SCHNEIDEWING. *Accion Medica*, n° 3 et 4, 1re année, 24 octobre 1931, p. 168.

A. S. rappelle les faits qui paraissent de nature à faire considérer le psoriasis comme une tuberculide. Il apporte en faveur de cette interprétation 5 observations de malades atteints de cette dermatose et traités par l'antigène méthylique. L'éruption a complètement disparu sans qu'il soit nécessaire de recourir à la médication externe.

J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Sensibilisations ; influences régionales, saisonnières, diététiques et autres, en temps que causes de leurs variations et de leurs fluctuations (Sensitizations ; regional, seasonal, dietary and other influences accounting for variations and fluctuations), par Sulzbergrr et Mayer. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, n° 4, octobre 1931, p. 537.

On est souvent surpris de constater qu'en biologie l'expérimentation d'un même phénomène fournit à des observateurs aussi consciencieux les uns que les autres, des résultats contradictoires. C'est qu'on ne tient pas assez compte de l'influence du lieu, de la race, de la nourriture, etc.

Avec les autorisations des professeurs Jadassohn de Breslau, B. Bloch de Zurich et celle du directeur d'un grand institut expérimental de New-York, des expériences ont été faites dans ces trois pays sur la sensibilisation du cobaye par le néosalvarsan.

A Breslau, en hiver, 98 o/o des cobayes ont été sensibilisés par l'injection dermique de néosalvarsan allemand. A Zurich, en mars, le même expérimentateur, se servant de la même technique, arrivait à sensibiliser 54 o/o des cobayes avec le produit suisse et 80 o/o avec le produit allemand. A New-York, la sensibilisation n'a pu être réalisée chez aucun cobaye, pas plus avec le produit américain qu'avec celui d'Allemagne.

Il faut, par conséquent, admettre que le lieu, la saison, la température, la race, la nourriture et peut-être de nombreux autres facteurs encore sont capables d'influencer les réactions biologiques ; ce sont probablement ces influences extérieures qui déterminent les « facteurs constitutionnels ».

Le régime alimentaire a une influence incontestable sur la façon de réagir de l'organisme : on a remarqué à Breslau que la sensibilisation du cobaye au néosalvarsan ou à la paraphénylène-diamine était réalisée plus aisément en hiver, alors que ces animaux recevaient des végétaux secs, qu'en été où on les nourrissait avec des végétaux frais. En Amérique, on a constaté que l'inoculation de la syphilis expérimentale au lapin était plus souvent positive en été (herbe fraîche) qu'en hiver.

Ces faits expliquent l'influence des diètes sur les phénomènes allergiques. Il ne semble pas que ce soient les vitamines qui interviennent, mais plutôt l'équilibre acide-base, c'est-à-dire le métabolisme du K et du Ca.

Ainsi se trouve justifiée, une fois de plus, la tendance des dermatologistes à traiter les maladies allergiques par l'acidification ou l'alcalinisation.

S. Fernet.

Schizosaccharomycose ; état actuel de l'identification du Schizosaccharomyces hominis et ses résultats (The present status of identification of Schizosaccharomyces hominis and its results), par Benedek (de Leipzig).

Archives of Dermatology and Syphilology, vol. XXIV, octobre 1931, p. 557, 9 fig.

B. a décrit en 1927 le *Schizosaccharomyces hominis*, champignon qu'il a identifié depuis dans 1.400 cas. Ce champignon est un endoparasite constant de l'homme ; il vit dans le sang d'où l'on peut l'isoler par diverses méthodes ; lorsqu'il traverse le derme, il occasionne des dermatoses multiples telles que : eczéma séborrhéique, dysidrose, sycosis, rosacée, etc. Alors même que dans la peau, il est associé à d'autres parasites, on le trouve seul dans le sang.

S. Fernet.

Kerion microsporique avec microsporides hématogènes et exogènes (Kerion microsporicum with hematogenous and ectogenous microsporids), par Blumenfeld. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 4, octobre 1931, p. 607.

B. a observé chez une enfant de 6 ans, un kérion du cuir chevelu dû au *Microsporon lanosum*. L'enfant présentait en outre sur le corps une éruption lichénoïde et du *lichen spinulosus*. Discussion de la pathogénie des microsporides et aperçu bibliographique.

S. Fernet.

Atrophie maculeuse de la peau (Macular atrophy of the skin), par Chargin et Silver. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 4, octobre 1931, p 615 à 643, 5 fig.

Important travail sur les atrophies maculeuses étayé sur une abondante bibliographie et deux observations personnelles.

C. et S. rappellent que Schweninger et Buzzi ont décrit une atrophie maculeuse particulière, caractérisée par des lésions isolées ou groupées, de 3 à 20 millimètres de diamètre, légèrement proéminentes, ballonnées, de la coloration normale de la peau qui, lorsqu'on les déprime avec le doigt, se réduisent comme des hernies à travers un anneau rond ou ovale, paraissant plus résistant ; dès que la pression est supprimée, elles redeviennent procidentes. Certaines lésions anciennes sont irréductibles par suite d'une surcharge graisseuse. L'histologie montre une fragmentation, une contraction puis la disparition complète des fibres élastiques.

Cette affection, analogue à l'anetodermie de Jadassohn, s'en distingue cependant par l'absence totale de phénomènes inflammatoires, cliniquement appréciables, c'est-à-dire l'absence constante d'érythème et par la plus grande fréquence du phénomène d' « hernisation ». C. et S. proposent de l'appeler l'anetodermie de Schweninger et Buzzi.

Dès lors, on peut classer les atrophies maculeuses de la peau en : atrophies primitives : Anetodermie érythémateuse de Jadassohn et Anetodermie de Schweninger et Buzzi, en atrophies secondaires : syphilitiques, tuberculeuses, lépreuses ou consécutives à d'autres dermatoses et en atrophies mixtes : atrophie maculeuse associée avec l'acrodermatite chronique atrophiante.

S. Fernet.

La fièvre due aux protéines bactériennes dans le traitement de la syphilis du lapin (Bacterial protein fever in the treatment of syphilis in the rabbit), par KOLMER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 4, octobre 1931, p. 546.

Les expériences de Schamberg ont montré que, chez le lapin, on pouvait empêcher le développement de la syphilis expérimentale après inoculation ou cicatriser le syphilome scrotal en élevant tous les jours au moyen de bains chauds leur température de 4°.

K. a cherché à savoir si les substances dites pyrétogènes, telles que le vaccin T. A. B. et le liquide de Coley, auraient la même action curative.

Dans une première série d'expériences, les injections intraveineuses de vaccin T. A. B. faites à doses croissantes à des lapins porteurs de syphilome scrotal, ont donné des élévations de température de 2° à 5° F. mais n'ont pas fait dimniuer la lésion ni fait disparaître les tréponèmes.

Dans une seconde série d'expériences, la même technique a été suivie mais, en plus des 10 injections de vaccin, on a fait 5 injections de néoarsphénamine à 0,002 milligrammes par kilogramme de poids. Le syphilome fut cicatrisé mais la transplantation des ganglions inguinaux à des animaux sains transmettait la maladie.

Dans la troisième série d'expériences, on a fait à des lapins porteurs de syphilome scrotal 10 injections de vaccin T. A. B. et 5 de bismuth. Le syphilome fut cicatrisé mais les ganglions transmettaient la maladie.

Des expériences identiques ont été faites avec le liquide de Coley à doses progressives donnant des élévations de température de 3° à 6° F. Utilisé seul, ce pyrétogène n'a même pas diminué le volume du syphilome ; associé à des injections hebdomadaires d'As ou de Bi, il fit disparaître le syphilome mais la maladie pouvait être transmise par inoculation des ganglions inguinaux.

Une dernière tentative a été faite avec du sang citraté d'un neuro-syphilitique venant d'être impaludé. On fit 12 à 16 injections sans succès ; les substances pyrétogènes du plasmodium n'élèvent pas la température du lapin.

K. conclut donc que : 1° l'élévation de température de 2° à 5° F. donnée par le vaccin T. A. B. ou le liquide de Coley n'a pas la même action que les bains chauds sur la syphilis expérimentale du lapin et 2° qu'il ne semble pas que la pyrétothérapie par le vaccin T. A. B. ou le liquide de Coley, associée au traitement arsenical ou bismuthique, ait, dans la syphilis expérimentale aiguë du lapin, la même action curative qu'elle paraît avoir dans la neuro-syphilis humaine.

S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Nouveau cas d'intoxication par le thallium consécutif à l'emploi d'une crème dépilatoire (Another case of thallium poisonning following use of koremlu cream), par WARING. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVII, nº 10, 5 septembre 1931, p. 703.

Il existe encore dans le commerce en Amérique des crèmes dépilatoires, telle la Koremlu cream, qui contiennent du thallium. Une jeune femme, après en avoir fait un large usage sur les bras, présenta des phénomènes de névrite des membres inférieurs. Le diagnostic étiologique n'a pu être établi que, lorsqu'après un champoing, elle perdit tous ses cheveux. S. FERNET.

Les effets toxiques des arsénobenzènes (Toxic effects following use of the arsphenamine), par COLE, DEWOLF, MC CUSKEY, MISKJIEN, WILLIAMSON, RAUSCHKOLB, RUCH et CLARK. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVII, nº 13, 26 septembre 1931, p. 897.

Considérations statistiques sur 78.350 injections d'arsénobenzènes divers faites en 10 ans et sur 1.212 cas plus spécialement étudiés et suivis.

Des complications du traitement ont été relevées chez 19 o/o des malades présentant des syphilis latentes et chez 14,3 o/o de ceux qui étaient traités pour des syphilis au début. Ces complications ont été les plus fréquentes entre 40 et 49 ans et le moins fréquentes au-dessous de 19 ans.

Les femmes ont été plus sensibles que les hommes et en particulier les femmes de race blanche.

Dans l'ordre de fréquence, les complications observées ont été : troubles gastro-intestinaux, exanthème bénin avec prurit, crise nitritoïde, érythrodermie exfoliante, ictère, encéphalite hémorragique.

La fréquence de ces complications a été sensiblement la même pour l'arsphénamine et la néoarsphénamine ; seul l'ictère a été plus fréquent après les injections de néoarsphénamine. Sur 6 cas d'encéphalite hémorragique, 4 étaient dus à la sulpharsphénamine. Les deux cas de purpura lui étaient aussi attribuables malgré qu'elle fut employée beaucoup plus rarement que la néo- et l'arsphénamine.

L'ictère et les crises nitritoïdes sont deux fois plus fréquents au-dessus de 35 ans qu'au-dessous de cet âge. Au contraire, l'encéphalite hémorragique est une complication des adultes jeunes.

Les malades intolérants à l'un des sels arsenicaux sont aussi plus sensibles aux autres sels. Un malade obervé ne supportait aucun des arsenicaux tri- ou pentavalents. La sensibilité spéciale aux arsenicaux persiste pendant des années.

C'est entre la 6e et la 20e injection que les réactions sont les plus fréquentes, surtout vers la 14e.

Les accidents les plus graves ont été observés au cours des syphilis

jeunes, du 3e au 12e mois. L'encéphalite, en particulier, s'observe au début de la syphilis surtout après 2 à 4 injections.

Sur 12 cas de mort, 6 étaient dus à l'encéphalite, 5 à l'érythrodermie, 1 à un ictère grave ; dans tous ces cas, le traitement était appliqué depuis moins de 6 mois.

Le meilleur traitement des intoxications arsenicales est le traitement prophylactique qui consiste à interrompre le traitement dès le moindre indice d'intolérance.

S. FERNET.

Le traitement du prurit d'origine hépatique et rénale par le tartrate d'ergotamine (Therapeutic response to ergotamine tartrate in pruritus of hepatic and renal origin), par LICHTMAN. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVI, n° 20, 14 novembre 1931, p 1463.

L. cite 4 cas de guérison du prurit par le tartrate d'ergotamine à la dose de 3 milligrammes par jour. Il s'agissait d'une cholécystite calculeuse avec ictère, d'une hépatite arsénobenzolique, d'une azotémie et d'une urémie.

Les prurits qui accompagnent ces affections relèvent probablement d'une excitabilité accrue du sympathique.

S. FERNET.

Medical Journal and Record (New-York).

Lupus érythémateux bulleux ou pemphigoïde (Lupus erythematosus bullosus or pemphigoïdes), par WISE. *Medical Journal and Record*, 2 septembre 1931, p. 227.

Divers auteurs ont signalé la production de vésicules et de bulles au cours de l'évolution du lupus érythémateux (Hallopeau, Jadassohn, Mook, etc.). Rares dans le lupus érythémateux fixe, discoïde, les bulles paraissent avoir été notées assez fréquemment au cours des lupus érythémateux subaigus disséminés et surtout au cours des formes exanthématiques. Le diagnostic de ces formes disséminées aiguës est souvent fort difficile ; des analogies peuvent exister avec l'érysipèle, l'érythème polymorphe, le pemphigus, la dermatite herpétiforme, c'est la raison pour laquelle un certain nombre d'observations de « pemphigus atypique » ont trait en réalité à des cas de lupus érythémateux bulleux.

W. estime à 30 ou 40 o/o le nombre des lupus érythémateux aigus qui s'accompagnent de lésions bulleuses. Celles-ci peuvent être très éphémères et disparaître en 24 à 48 heures.

Senear et Usher ont décrit en 1926 « une forme rare de pemphigus compliquant le lupus érythémateux ». Depuis, de nombreuses publications de langue anglaise citent des cas de « pemphigus du type Senear-Usher » ou de « lupus érythémateux du type Senear-Usher » ; ces observations concernent des cas de lupus érythémateux avec lésions pemphigoïdes.

L'interprétation de ces faits est difficile : s'agit-il de pemphigus avec

lésions atypiques, de lupus érythémateux évoluant simultanément avec un pemphigus ou bien le lupus érythémateux peut-il s'accompagner de poussées bulleuses ? C'est cette dernière interprétation qui paraît la plus vraisemblable : des bulles peuvent se produire au cours du lupus érythémateux comme au cours du lichen plan. L'examen histologique d'un cas de ce genre (« Forme rare de pemphigus combinant des lésions de lupus érythémateux ») a montré qu'il s'agissait d'un lupus érythémateux (Grindon).

W. a observé personnellement deux cas de lupus érythémateux bulleux. L'une des observations a trait à un lupus érythémateux fixe, discoïde, de la région temporo-malaire sur lequel se produisaient des poussées bulleuses précédées de prurit. On pouvait penser à un herpès récidivant mais dans les intervalles des poussées bulleuses la lésion avait bien les caractères du lupus érythémateux, les inoculations du contenu des bulles à la cornée du lapin furent négatives ; le diagnostic était confirmé par l'histologie et la guérison obtenue par les sels d'or.

La seconde observation a trait à un cas complexe de lupus érythémateux exanthématique fébrile avec lésions bulleuses dont le diagnostic fut aussi établi après examen histologique.

S. Fernet.

Archivio Italiano di Dermatologia Sifilografia e venereologia (Bologne).

Contribution à l'étude de la « Gale Norvégienne », par Pietro Cerutti. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, f. 4, septembre 1931, p. 323, 5 fig. Bibliographie.

L'auteur, après avoir passé en revue la bibliographie relative à la gale norvégienne, étudie d'une manière détaillée un cas qu'il a pu observer l'an passé à la Clinique de Padoue. Il tire de cette observation des arguments pour faire remarquer que, le plus souvent, la gale norvégienne prend son origine d'une gale commune dont elle ne représente qu'une modalité de développement secondaire et cite à ce propos le cas d'une malade atteinte de gale commune avec formations kératosiques importantes. Même au point de vue histologique, on peut observer des anneaux de passage entre ces deux formes. C. confronte les caractères microscopiques de son cas avec ceux de la gale du lapin, en faisant remarquer que cet animal répond à l'irritation parasitaire plutôt par des phénomènes inflammatoires et exsudatifs, tandis que dans la gale norvégienne, au contraire, on observe plutôt la formation de masses kératosiques. C'est pour cette raison que la lésion de la gale norvégienne est la squame ou la squame-croûte plutôt que de la croûte.

L'auteur, après avoir constaté, avec la majorité des chercheurs, que la gale norvégienne est déterminée par le *Sarcoptes scabiei*, var. *hominis*, ne croit pas qu'on doive attribuer l'apparition de cette dermatose à une prédisposition cutanée spéciale, ou à une virulence particulière de

l'acare, mais plutôt à une réactivité diminuée du malade vis-à-vis du parasite. BELGODERE.

Sur un cas de Granulosis rubra nasi avec aspect histologique insolite, par Emilio CORTELLA. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, f. 4, septembre 1931, 3 fig. Bibliographie.

Cette affection a été observée par C. chez un enfant de 6 ans avec ses caractères cliniques habituels : rougeur d'intensité variable suivant les influences psychiques, gouttelettes de sueur, petites papulettes, parmi lesquelles on distinguait un petit kyste corné. A l'examen histologique, on constatait des foyers très denses d'infiltration, dont l'un particulièrement important siégeait autour du conduit excréteur d'une glande sudoripare, et au-dessous de ce conduit, il existait une cavité en forme de vésicule qui semblait provenir de la dilatation du conduit excréteur. On constatait aussi deux cellules géantes qui n'avaient pas nettement les caractères de la cellule de Langhans, et quelques cellules épithélioïdes. Pareille constatation n'avait pas été faite jusqu'alors.

L'étiologie de la *granulosis rubra nasi* est discutée et c'est l'étiologie tuberculeuse qui rallie le plus de partisans. Elle pourrait à bon droit être invoquée ici, non seulement à cause des caractères histologiques, mais aussi parce que l'enfant présentait des tares tuberculeuses évidentes : grand'mère morte de tuberculose pulmonaire, mère atteinte de plurésie avec cuti- et intradermo-réactions nettement positives ; l'enfant lui-même présentait des signes d'infection bacillaire : il était scrofuleux, lymphatique, adénoïdien, présentait des signes thoraciques cliniques et radiologiques suspects, la cuti- et l'intradermo-réaction étaient aussi nettement positives. Malgré cela, C. ne croit pas à l'étiologie tuberculeuse, parce que les caractères histologiques manquent de netteté et que la présence même de cellules géantes peut s'observer dans toute inflammation chronique banale. Il croit plutôt à une étiologie neuro-endocrinienne en s'appuyant sur les antécédents héréditaires (Basedow de la mère) et sur les réactions pharmacodynamiques de l'enfant. Le traitement par les rayons X, préconisé par Jeanselme fut appliqué, mais avec des résultats incomplets parce qu'il ne put pas être appliqué d'une manière assez suivie. BELGODERE.

Etude sur la partie fibrillaire du système réticulo-histiocytaire dans quelques dermatoses, par GUARDALLI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, f. 4, septembre 1931, 6 fig. Bibliographie.

Le système réticulo-histiocytaire a pris dans ces dernières années une importance de plus en plus grande. Grâce à son étude, la pathologie et l'histologie se sont enrichies de nouveaux éléments qui permettent de mieux expliquer les pouvoirs de défense de notre organisme. Mais le système réticulo-histiocytaire se compose de deux parties : une partie fixe (réticulaire) et une partie cellulaire (histiocytaire). C'est surtout la partie cellulaire qui a jusqu'ici attiré l'attention. G. a entrepris des recherches dans le but de préciser surtout les modifications que l'on

peut observer dans la partie réticulaire du système. Il a, dans ce but, pratiqué des examens histologiques sur de nombreux cas d'affections inflammatoires et non inflammatoires. Il a constaté des phénomènes d'hypertrophie et d'hyperplasie de cet appareil réticulaire argentophile surtout dans les endroits où les réactions inflammatoires sont représentées principalement par des cellules d'origine histiogène. Il observe les mêmes phénomènes encore plus évidents dans les processus hyperplassiques, tandis que les phénomènes régressifs aux dépens de ce même système réticulaire (dégénérescence hyaline, collagénisation) appartiendraient plus particulièrement aux processus dystrophiques de la peau.

BELGODERE.

Dermatomycose de la main droite avec lymphangite en chapelet de l'avant-bras correspondant, par Oospora d'Agatæ, par Giovanni LANTERI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, f. 4, septembre 1931, p. 387, 1 fig.

L'*Oospora d'Agatæ* est un champignon qui a été décrit pour la première fois en 1918, dans le *Policlinico* par le Prof. d'Agata, qui l'a découvert dans une lésion ulcéreuse de la joue droite chez une femme de 24 ans. Il est constitué par des formations mycéliennes entrelacées, avec des conidiphores réunis en faisceau, quelques-uns flexueux, contenant de très petites granulations au début, qui, à leur partie supérieure produisent des conidies, d'abord hyalines, disposées en chaînettes, plus tard détachées, sphériques, et offrant à leur stade de complet développement une coloration jaune olivâtre.

Depuis le cas de d'Agata, un autre a été publié par Pasini (1930) et enfin le cas présent, soit en tout trois ; il s'agit donc d'une affection très rare.

Dans le cas présent, il s'agit d'une vieille femme de 80 ans, qui vit se développer sur la face dorsale de sa main droite une ulcération qui fut suivie de l'apparition, tout le long de l'avant-bras, et visiblement suivant le trajet des voies lymphatiques, d'un chapelet de nodosités.

On soupçonna une mycose, ce qui fut confirmé par les cultures ; des inoculations furent faites aux animaux, soit avec les cultures provenant de la malade, soit avec des souches d'autre provenance : il ne s'ensuivit que des lésions banales qui permettent de conclure que le parasite n'a qu'un faible pouvoir pathogène et que les lésions constatées auraient pu tout aussi bien être produites par un corps étranger quelconque.

Le travail se termine par une consultation du mycologue, Prof. Redaelli, de Catane, qui discute les caractères du parasite, l'*Oospora d'Agatæ* étant surtout difficile à différencier de l'*Hemispora stellata*.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Autolésionisme cutané chez un sujet névropathique, par C. MAZZANTI. *Il Dermosifilografo*, 6e année, no 9, septembre 1931, p. 506, 3 fig. Bibliographie.

M. rapporte l'histoire d'une jeune fille de 19 ans, qui provoquait des ulcérations artificielles de la jambe gauche par des applications d'un produit ménager, une lessive à base de soufre et de potasse, et ce serait le premier cas de pathomimie où il ait été fait usage d'un produit semblable. Démasquée et mise dans l'obligation d'avouer sa supercherie, la jeune fille ne fut cependant pas guérie pour cela ; elle récidiva à plusieurs reprises et même perfectionna sa technique, allant jusqu'à se faire des injections sous-cutanées avec ce même produit, ce qui occasionna des lésions nécrotiques.

M. fait remarquer que les cas d'autolésionisme, qui étaient fréquents pendant la guerre, pour des raisons bien compréhensibles, sont devenus beaucoup plus rares et, n'ayant le plus souvent aucune raison logique, ne peuvent s'expliquer que par une anomalie psychique, par l'hystérie qui est la cause la plus habituelle de la pathomimie.

Les différents procédés mis en œuvre dans ces cas d'autolésionisme peuvent se ranger en deux catégories : moyens physiques et moyens chimiques et M. étudie ces différents procédés. Il fait ensuite une étude psychologique de sa patiente dont les caractères dominants étaient comme chez tous les hystériques, la manie du mensonge et l'égocentrisme, qui les pousse à rechercher les moyens les plus singuliers pour attirer l'attention sur eux et inspirer l'intérêt.

BELGODERE.

Sur la réaction allergique par la sérosité de l'ulcère vénérien, par Filippo FRANCHI. *Il Dermosifilografo*, 6e année, nº 9, septembre 1931, p. 519. Bibliographie.

L'auteur a étudié la réactivité cutanée dans l'infection strepto-bacillaire, l'intradermo-réaction au moyen de la sérosité d'ulcère vénérien, stérilisée et longuement centrifugée. Il a pu, par ce moyen, observer la réaction due aux produits de désagrégation des bacilles avec exclusion des corps bacillaires et des détritus cellulaires contenus dans la sérosité, complétant ainsi l'étude des facteurs qui entrent en jeu dans la réaction au pus d'adénite vénérienne.

Comme contrôles, il a exécuté des intradermo-réactions avec du liquide interstitiel de peau saine de patients avec des chancres mous en évolution, avec du liquide interstitiel de peau saine de sujets indemnes, et aussi avec du vaccin strepto-bacillaire et avec de la solution physiologique.

La sérosité et les liquides interstitiels ont été prélevés au moyen de l'application de ventouses et stérilisées par addition d'acide phénique dans la proportion de 1/2 o/o.

L'intradermo-réaction a été pratiquée sur 20 patients dont certains avec des chancres en évolution, d'autres avec des chancres mous précédemment guéris, d'autres encore, syphilitiques et blennorragiques indemnes de l'infection strepto-bacillaire.

Se basant sur les résultats obtenus, l'auteur affirme la nette supé-

riorité de l'intradermo-réaction pratiquée avec la sérosité stérilisée prélevée sur les chancres mous, confirmant ainsi, grâce également à ses recherches antérieures, l'hypothèse de Frei, selon laquelle la réaction au pus d'adénite est due à plusieurs facteurs, les uns spécifiques et les autres aspécifiques.

Ce qui augmente encore l'importance de cette épreuve, en particulier par comparaison avec celle du Dmelcos, c'est que l'intradermo-réaction avec de la sérosité stérilisée d'un ulcère suspect donne des résultats positifs lorsqu'elle contient des réagines strepto-bacillaires, révélant ainsi la nature de la lésion, indépendamment d'un état allergique antérieur de quelque nature qu'il soit.

BELGODERE.

Sur une intéressante petite tumeur de la peau (Note histologique), par F. SIMONELLI. *Il Dermosifilografo*, 6e année, n° 9, septembre 1931, p. 528, 4 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit une petite tumeur de la région mastoïdienne, intéressante, non seulement par son siège peu commun, mais aussi par ses caractères histologiques car les éléments de cette tumeur avaient l'aspect des cellules basales, ce qui permettait de penser que l'on se trouvait en présence d'un basaliome ; mais au centre de cette tumeur, on constatait la présence de petites cavités arrondies remplies d'une substance mucoïde qui pouvait être attribuée à une dégénérescence des éléments de la tumeur tandis qu'une étude attentive montra que la genèse de ces cavités était complexe et due à l'englobement par la tumeur de bourgeons conjonctifs qui, dans un second temps, subissent la dégénérescence muqueuse, réalisant ainsi un type de basaliome qui se rapproche du cylindrome.

BELGODERE.

Contribution clinique et histologique à l'étude de l'affection dite sarcome cutané idiopathique multiple de Kaposi, par Giacomo SERRA. *Il Dermosifilografo*, 6e année, n° 10, octobre 1931, p. 553, 1 fig., 5 p. de bibliographie.

Nous n'insisterons pas longuement sur ce travail qui traite exactement le même sujet qui a fait l'objet de l'étude de Tramontano et Fittipaldi, dans le numéro d'août de l'*Archivio italiano*. Voir l'analyse ci-dessus. S. expose à son tour les divergences qui règnent sur cette maladie au point de vue histo-pathologique et pathogénique alors que l'on est à peu près d'accord sur ses caractères cliniques. Il fait ensuite l'étude détaillée de deux cas personnels et en discute les caractères. Cette discussion le conduit aux conclusions suivantes :

1° Le sarcome idiopathique multiple hémorragique de Kaposi est un hémo-angio-endothéliome, car il a les caractères cliniques et histologiques de cette néoplasie.

2° Cette maladie est une maladie systématique de l'appareil vasculaire.

3° L'infiltration parvi-cellulaire constatée dans le champ des foyers

néoplasiques et à la périphérie de ceux-ci ne fait pas partie du processus évolutif de la néoformation, mais représente un fait secondaire, une réaction du derme, capable parfois de déterminer la régression de lésions en activité.

4° Les facteurs capables d'exciter les processus réactionnels de l'organisme, soit chimiques (arsenic), soit mécaniques (traumatismes) accélèrent l'évolution des éléments néoformés.

BELGODERE.

Quelques cas de lupus érythémateux traités avec une nouvelle préparation aurique pour l'emploi intramusculaire : le Phosphocrysol, par U. CERCHIAI. *Il Dermosifilografo*, 6e année, n° 10, octobre 1931, p. 503.

C. fait un rapide historique de l'aurothérapie et en discute le mode d'action qui a été expliqué par deux théories : *a*) chimiothérapique, qui fait intervenir une action bactéricide du produit aurique, cette théorie est actuellement presque abandonnée ; *b*) autolytique, selon laquelle l'or agirait comme un catalyseur accentuant dans le tissu tuberculeux des processus autolytiques avec libération de substances spécifiques et aspécifiques ayant une action locale sur les germes. On fait intervenir aussi une action reconstituante générale.

C. a expérimenté un nouveau produit, le Phosphocrysol, qui est un sel double de sel et d'or de l'acide amino-ariphosphoreux et de l'acide hypophosphoreux, contenant 20 o/o d'or et 3 o/o de phosphore, il associe donc l'action de l'or à celle reconstituante du phosphore. Les injections se font dans les muscles à doses progressives de 0 gr. 001 à 0 gr. 10, tous les deux jours pour les petites doses, deux fois par semaine pour les doses plus fortes.

Vingt et un cas de lupus érythémateux ont été traités par ce médicament. C. en rapporte les observations.

Voici les résultats :

Sur 21 cas de lupus érythémateux traités, 13 guérisons, dont 11 définitives ; des 2 cas dans lesquels il y a eu récidive, un est guéri définitivement après une nouvelle période de traitement, l'autre a été perdu de vue. Dans 8 cas, il y a eu seulement une amélioration.

Dans les cas de guérison, la durée du traitement a varié entre 1 mois et 10 mois et entre les doses de 0 gr. 116 et 4 gr. 456.

La cadence posologique ayant été la même dans tous les cas, les périodes les plus courtes n'ont pas eu dans l'ensemble une posologie plus forte de sorte que, aux périodes plus courtes correspond aussi une quantité de médicament moindre ; ce qui fait que certains cas ont montré une grande sensibilité au médicament, et d'autres une sensibilité beaucoup moindre.

Les formes qui ont été les plus sensibles au traitement sont celles qui sont surtout érythémateuses avec faible infiltration. Dans plusieurs cas, on a constaté la disparition plus rapide des placards récents par comparaison aux plus vieux.

Très légère réaction locale douloureuse, facile à éviter en poussant l'injection lentement ; très légère réaction de foyer consistant parfois en une légère augmentation de l'érythème ; pas de réaction générale et aucun trouble dans les urines. Au contraire, on a constaté le plus souvent une augmentation de l'appétit et des forces et du poids et une augmentation des globules rouges.

Sans pouvoir encore formuler des conclusions définitives, C. admet que, d'après les résultats qui ont été observés dans cette première série de malades, que le Phosphocrysol a une action efficace, bien qu'un peu lente, qu'il est parfaitement toléré et, enfin, à cause de son emploi par la voie endo-musculaire, il offre l'avantage de pouvoir être employé chez les malades qui, pour des motifs divers ne peuvent pas recourir à une intervention trop répétée du médecin, de sorte que les injections peuvent au besoin être faites par une infirmière ou une personne de l'entourage du malade. BELGODERE.

Acta Dermatologica (Kyoto).

Pigmentation singulière en bande, non encore décrite, au niveau de la rainure postérieure de l'ongle (Eigenartige, noch nicht beschriebene bandförmige Pigmentation an dem hinteren Nagelwall), par T. MUKAI. *Acta Dermatologica*, vol. XVIII, f. 1-2, juillet-août 1931, p. 9, 1 fig.

Chez une femme de 59 ans, sans antécédents, apparaît une paresthésie des doigts et des orteils, en même temps que le visage devient noirâtre. Un an après, affection gastro-intestinale. Insensiblement apparaît, sur la rainure postérieure des ongles des mains, une bande pigmentaire qui, après avoir pâli, s'accentue à mesure que s'aggravent les troubles gastro-intestinaux et la paresthésie des doigts et des orteils. Pas de pigmentation de la muqueuse buccale. Vagotonie marquée : lymphocytose (59 o/o) et éosinophilie (8 o/o) sanguines. Leucomyélie des ongles de la main. Rien au niveau des orteils.

L. CHATELLIER.

Sur l'induration plastique du pénis (Ueber Induration penis plastica), par T. SUZUKI. *Acta Dermatologica*, vol. XVIII, f. 1-2, juillet-août 1931, p. 18.

Aux 24 observations japonaises déjà publiées, S. ajoute 5 observations personnelles, recueillies en 9 ans et 7 mois sur 17.436 malades ; la plupart des cas ont été observés entre 50-59 ans. Aucune thérapeutique ne s'est montrée efficace. L. CHATELLIER.

Recherches sur le vitiligo vulgaire (Studien über Vitiligo vulgaris), par K. TAKIGAWA. *Acta Dermatologica*, vol. XVIII, f. 1-2, juillet-août 1931, p. 6, 7 et 8, 3 mémoires.

Dans le premier de ces trois mémoires (le troisième de la série), T. étudie la vitesse de résorption de la toxine diphtérique et du myosalvarsan injectés dans le derme : au niveau des taches dépigmentées,

réactions plus vives, mais résorption plus lente qu'au niveau des parties saines ; même constatation avec la phénolsulfophtaléine et l'encre.

Dans le deuxième, K. confirme ses premières constatations sur les rapports entre le vitiligo et les fonctions nerveuses et végétatives. Ainsi, pas de modification de la formule sanguine au niveau des plaques vitiligineuses ; pas de modification du K et du Ca dans le sang chez les vitiligineux, tandis qu'il y a une légère diminution dans la peau. La substance adrénaloïde est plus abondante dans le sang des vitiligineux ; la teneur en adrénaloïde de la peau normale et malade est plus élevée que celle du sang, et surtout au niveau des plaques dépigmentées. La teneur en sucre du sang et de la peau est égale, mais plus élevée dans la peau dépigmentée que dans la peau normale.

Le dernier mémoire étudie les rapports entre les nerfs sensibles de la peau et les taches blanches. Dans l'ensemble, le vitiligo vulgaire apparaît dans la zone des nerfs sensitifs cutanés, avec prédilection pour les plis et pour les parties distales des extrémités. Mais il n'y a pas concordance avec les territoires nerveux. L. CHATELLIER.

Sovietsky Vestnick Dermatologuii (Moscou).

Influence du naphtalan sur les microorganismes de la peau, par G. W. WYGODTCHIKOFF (Moscou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, n° 5-6, mai-juin 1931, pp. 497-498.

Les recherches expérimentales faites au laboratoire ont prouvé que le naphtalan *per os* ne possède pas une action antiseptique forte. Il empêche la croissance des formes cocciques surtout, mais n'exerce pas d'influence marquée sur les formes bactériennes.

BERMANN.

Le naphtalan en dermatologie, par G. I. MESTCHERSKY (Moscou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii,* t. IX, n° 5-6, mai-juin 1931, pp. 494-497.

Le naphtalan, vaseline extraite des naphtes du Caucase, a fait son apparition en 1896 et a obtenu un grand succès en dermatologie.

Ses propriétés thérapeutiques principales sont les suivantes : il remplace avantageusement la vaseline américaine, car il ne congestionne pas la peau et n'arrête pas sa perspiration. Il est bien toléré, même par une peau enflammée, d'autant plus qu'il est plus huileux, ce qui permet de l'utiliser non seulement pour les téguments cutanés, mais même pour les muqueuses. Le naphtalan possède une action antipyogène ; il fait sécher les pustules et n'en provoque pas de nouvelles à leur périphérie. Ce médicament calme le prurit des dermatoses prurigineuses, ce qui soulage énormément le malade. Le naphtalan est analgésique, il calme les douleurs dues aux brûlures. Cet agent n'a pas d'actions toxiques, on peut l'appliquer sur toute la surface cutanée, même exfoliée. Le naphtalan est stable, il ne se décompose pas et ne change pas ses propriétés calmantes et cicatrisantes. C'est un bon réducteur dans les

dermatoses chroniques et subaiguës. Sous ce rapport, il peut être comparé à l'ichtyol et au goudron. Le naphtalan employé soit comme excipient pour des pommades ou pâtes diverses, soit en combinaison avec d'autres agents, a toujours une valeur considérable dans la thérapeutique des brûlures cutanées, de l'eczéma sous toutes ses formes, des érythrodermies, des dermatites, des dermatoses pyogènes, bulleuses et polymorphes.

BERMANN.

Contribution au traitement de l'escarre, par P. P. GORSKY (Rjev). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nº 5-6, mai-juin 1931, pp. 499-505.

L'auteur rapporte la description de 5 cas d'escarre observés personnellement. Un cas concerne une escarre du coude produite par une injection périveineuse du néo, deux autres escarres étaient localisées à la muqueuse du palais dur et avaient été provoquées par des injections de novocaïne faites par des dentistes et deux cas avaient pour siège la fesse et étaient des injections de salicylate de mercure.

L'auteur défend l'opinion de Nikolsky et de ses élèves qui ont prouvé que l'escarre survient à la suite de la lésion fortuite par l'aiguille de la paroi vasculaire et de la pénétration du médicament dans la lumière artérielle, ce qui entraîne une endo-artérite, une thrombose et des hémorragies péri-artérielles, ce qui entrave la nutrition des tissus qui se nécrosent et se détachent peu à peu.

Malgré la clarté de cette question, la thérapeutique de cette complication n'est encore ni au point ni satisfaisante. C'est pourquoi l'auteur a essayé le traitement suivant : bains de siège, permanents (ou chaufferettes sèches à 42° C.) pratiqués durant 3/4 à 1 heure avec des interruptions pour repos de 1/4 à 1/2 heure et combinés à des toni-cardiaques énergiques, caféine ou huile camphrée.

Les résultats rapides et positifs obtenus en 11-14 jours dans les cas d'escarre fessière, où les douleurs atroces ont vite cessé et où l'élimination s'est faite avec des pertes légères, s'expliquent pour l'auteur par la mise en jeu des anastomoses vasculaires collatérales et par l'élévation de la pression sanguine, ce qui compense la fermeture des vaisseaux et l'arrêt de la circulation.

Tout en recommandant d'observer minutieusement les règles des injections intramusculaires, l'auteur préconise, en cas d'escarre, d'essayer le traitement cité et propose de pratiquer ces mesures dans les cas d'escarres expérimentales che zles animaux, car la pratique humaine est encore pauvre de cas d'escarres.

BERMANN.

Un cas d'hérédo-syphilis gommeuse et d'infantilisme, par W. I. ARKANGELSKAÏA (Moscou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nº 5-6, mai-juin 1931, pp. 506-511, avec 3 photographies.

Le cas décrit par l'auteur concerne une jeune fille, paysanne âgée de 19 ans. Son père et sa mère sont morts de cardiopathie. Sur 11 frè-

res et sœurs, la malade n'en a plus que 4 ; 6 sont morts en bas âge. La malade est la dernière née. Née à terme, elle se développait normalement et à 10 ans, elle a commencé à fréquenter l'école rurale où elle étudiait bien. Depuis cet âge, son état physique n'a plus progressé, elle est restée à 19 ans une enfant de 11 ans environ, à en juger extérieurement. Son squelette est sa constitution sont infantiles, délicats, le coude droit est ankylosé, il y a au coude des cicatrices vastes et empêchant les mouvements. L'extrémité supérieure droite porte des ulcérations suppurées, sales, pigmentées et fétides, soudées aux plans sous-jacents. On trouve des ulcérations identiques aux deux jambes. La face est couverte d'une quantité énorme de cicatrices et de syphilides tuberculeuses ulcérées. Le nez est en selle, la cloison nasale est perforée. Le palais porte une perforation circulaire laissant passer les liquides de la bouche dans le nez. La muqueuse buccale porte beaucoup d'ulcérations et d'infiltrations. Le foie est augmenté de volume, ainsi que la rate ; le cœur est diminué de volume avec endocardite mitrale. L'auscultation montre des altérations cirrhotiques du poumon. Dystrophies dentaires multiples et variées. Psychisme normal. Polyadénopathie dure et indolore généralisée. La glande thyroïde est diminuée de volume. L'utérus examiné par la voie rectale est rudimentaire, les ovaires font défaut, les signes sexuels secondaires manquent : pas de seins, pas de poils aux aisselles ni au pubis, pas de libido, les règles n'ont pas encore débuté. Bordet-Wassermann très positif. Pirquet négatif. Les rayons X montrent une selle turcique élargie.

Ce cas rare et intéressant se rapporte à l'infantilisme du type Lorain, où le développement s'arrête dans l'enfance, à cause de l'hypofonction hypophysaire et des glandes sexuelles qui ont, dans le cas cité, été frappées par le virus syphilitique transmis héréditairement.

BERMANN.

Gomme de la glande mammaire, par E. I. APASSOWA et L. I. BASMANN (Moscou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, n° 5-6, mai-juin 1931, pp. 511-514.

Après un bref aperçu bibliographique, les auteurs rapportent un cas personnel de gomme syphilitique de la glande mammaire, ce qui constitue une grande rareté.

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, ouvrière issue d'une famille paysanne saine. La malade est mariée depuis 3 ans et son enfant est âgé d'un an et demi. Il y a 6 mois, au cours de la lactation, la malade a ressenti une induration dans la glande mammaire gauche, d'abord du volume d'un œuf de pigeon, puis augmentant de volume progressivement. Ensuite, la peau s'est ramollie et le sein a laissé s'écouler un liquide floconneux. Le tout a été indolore et apyrétique.

Actuellement, on constate au-dessus du mamelon, un orifice rond à bords indurés et menant dans une cavité tapissée de membranes vert sale, reposant sur un fond infiltré, non soudé aux tissus sous-jacents.

Adénopathie sous-axillaire dure et volumineuse. Rien de particulier aux organes internes. Bordet-Wassermann, Sachs-Georgi et Kahn très positifs. Le traitement spécifique mixte a fait diminuer la tumeur mammaire et l'adénopathie. Au cours du traitement, l'affection s'est compliquée d'une mastite secondaire, avec sein douloureux dans sa partie inférieure, température élevée et sécrétion purulente. L'abcès s'est ouvert au bout de 5 jours et la malade s'est sentie mieux. Le traitement interrompu a pu être terminé et la malade a quitté le service avec une cicatrice au sein revenu au volume normal et en bon état général.

L'intérêt du cas réside dans la rare localisation de la gomme syphilitique, dans l'absence des données anamnestiques et d'autres manifestations spécifiques, dans l'apparition de la gomme pendant la lactation et dans la complication de cette gomme par une mastite banale.

BERMANN.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Contribution à l'étude clinique et histopathologique de la maladie de Balzer-Brook (Zur Klinik und Histopathologie der Balzer-Brookeschen Krankheit), par S. A. GLAUBERSOHN et I. F. SLONIM (Kieff). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, f. 3, août 1931, p. 232, 18 fig.

Bibliographie et description clinique et histologique de l'*epithelioma adenoides cysticum* (Maladie de Balzer-Brook) avec un cas personnel de l'auteur. Chez une femme âgée de 59 ans, apparition de papules pâles à l'âge de 14 ans sur la poitrine, le cou, la face et les bras. Augmentation lente du volume de ces lésions, apparition de nouvelles lésions sous forme de nodules transparents de différentes grosseurs, les uns ulcérés sur une peau apparemment saine. L'histologie confirma le diagnostic clinique et l'auteur a pu constater que les lésions de cette maladie prirent naissance dans le follicule pileux.

OLGA ELIASCHEFF.

Bubons strumeux d'étiologie différente (Strumöse Bubonen verschiedener Ætiologie), par Sven HELLERSTRAEM. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, f. 3, août, p. 254, 5 fig.

L'auteur, il y a quelque temps déjà, a émis l'opinion qu'il ne s'agit pas dans tous les cas de bubons strumeux du lymphogranulome inguinal (maladie de Nicolas-Favre) ; il apporte 4 observations de bubons dus respectivement au bacille de Ducrey, au tréponème ou aux staphylocoques. Toutes ces lésions qui firent penser, par leur infiltration dure et profonde, au lymphogranulome, donnèrent des réactions négatives avec 3 antigènes de Frei différents. L'auteur décrit l'histologie des chancres mous et du bubon syphilitique dans des cas observés par lui.

Dans un cas de syphilis en activité chez un sujet qui avait été atteint

7 ans auparavant de lymphogranulome inguinal, la réaction de Frei fut négative (concurrence des antigènes suivie d'anergie).

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la contagiosité du sperme des syphilitiques. Etude expérimentale, par G. W. WIGODTCHIKOFF et M. GOUDÉLIS. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, f. 3, août 1931, p. 277.

Bibliographie sur la contagiosité du sperme des syphilitiques et expériences sur des lapins ; chez 14 sujets atteints de syphilis en activité non traitée (syphilis primaire, 4 cas ; syphilis secondaire, 5 cas ; syphilis tertiaire, 5 cas), le sperme fut recueilli par masturbation ou par massage ; après un examen à l'ultra-microscope, il fut inoculé aux lapins. Sur ces 14 cas, les auteurs ont obtenu une seule inoculation positive (syphilitique secondaire). Ils pensent donc que l'insuccès des inoculafions de sperme dépend de la non-contagiosité du matériel introduit.

OLGA ELIASCHEFF.

Quelques remarques sur l'article : « Observations cliniques et expérimentales sur l'intoxication après l'emploi du thallium acéticum » par PROKOPTCHOUK-BACHKIEVITCH-CHAMCHINE (*Acta Dermato-Venereologica*, 1930, novembre), par N. C. v. VONNO a Breda (Hollande). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, f. 3, août 1931, p. 283.

L'auteur s'élève contre l'article de Prokoptchouk-Bachkievitch-Chamchine (paru dans les *Acta Dermato-Venereologica*, 1930, novembre), qui montre les dégâts que l'acétate de thallium employé dans les teignes *peut causer* dans les différents organes. Les résultats obtenus par l'auteur sont beaucoup plus favorables à condition que l'on s'en tienne à l'exacte exécution des prescriptions lors de l'application d'un poison déterminé. Il conclut que l'épilation par l'acétate de thallium doit être appliquée *uniquement* aux enfants qui n'ont pas atteint la puberté et que le dosage doit être rigoureux. Il ne peut pas être question d'une intoxication, si les doses ne dépassent pas 0,008 d'acétate de thallium par kilogramme de poids du corps (pesé nu, avec grande précision, à fraction de kilogramme près). Cette quantité déterminée doit être administrée à l'enfant à jeun ; on laisse passer ensuite une heure au moins avant de permettre un repas et l'on tient compte des différences ethniques et constitutionnelles qui, dans des cas déterminés, obligent à modifier la dose (0,007-0,009 par kilogramme de poids du corps). L'auteur utilise et recommande dans les mycoses du cuir chevelu le traitement combiné d'après Bunke-Langer et Peiser (acétate de thallium : 4 milligrammes par kilogramme de poids (l'enfant pesé sur une *bonne* balance) et rayons de Rœntgen à la dose de 2/5 H. E. D. par champ avec un filtre de 1/2 millimètre d'aluminium). L'irradiation se fait simplement en 5 champs.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'eczéma séborrhéïque et ses relations avec le psoriasis (Ueber das seborrhoische Ekzem und seine Beziehungen zu der Psoriasis), par Robert Bernhardt. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, f. 4, septembre 1931, p. 301.

D'après les observations, la description et les recherches personnelles de l'auteur, on devrait faire rentrer dans un seul groupe le psoriasis vulgaire et l'épidermomycose d'Unna. Il résulte des recherches de B. que la dermatose de Unna doit être plutôt rapprochée du psoriasis que de l'eczéma. Il déconseille les dénominations « eczéma séborrhéique, *eczema sebiferum*, dermatite séborrhéique, séborrhéïde, eczématide, eczématoïde, parakératose psoriasiforme de Brocq », etc.

Le nom « psoriasoid » de J. Jadassohn est bon pour remplacer les autres, mais on devrait conserver la dénomination « épidermomycose psoriasforme d'Unna » parce qu'elle montre qu'il s'agit d'un processus infectieux d'étiologie non déterminée. Cette dénomination contient le symptôme le plus important (psoriasiforme).

Olga Eliascheff.

Le mécanisme de l'action toxique des préparations de Salvarsan (Mechanismus der Giftwirkung der Salvarsanpräparate), par L. S. Sirota. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, f. 4, septembre 1931, p. 317.

Recherches expérimentales sur la toxicité des préparations de salvarsan. Les expériences furent pratiquées sur des sujets non syphilitiques. L'auteur conclut :

1° que les préparations de salvarsan ne sont pas toxiques pour la majorité des sujets ;

2° la toxicité se développe surtout quand il se forme, dans l'organisme à la suite d'un déséquilibre du système nerveux végétatif, des points sensibilisés ;

3° des troubles dans le fonctionnement du foie et des reins peuvent jouer un rôle très important dans le déclenchement des complications toxiques ;

4° le salvarsan peut atteindre le système nerveux central à condition que la barrière hémato-encéphalique soit perméable ;

5° on peut exceptionnellement, par des injections intramusculaires, étudier les réactions au salvarsan sur des sujets sensibilisés. On arrive dans des cas isolés à désensibiliser complètement le sujet par des doses minimes longtemps employées.

Pour combattre les complications dues au salvarsan, l'auteur recommande l'hyposulfite de soude.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de la présence fréquente du tréponème pâle dans le canal du col utérin (Beitrag zur Frage über die Häufigkeit des Spirochaeta Pallida-Befundes im Zervikalcanal), par B. I. Besproswanaja et I. S. Schister. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, f. 4, septembre 1931, p. 344.

Les auteurs ont recherché les tréponèmes dans le canal du col utérin chez 101 femmes.

1° Sur 37 femmes qui ont eu des rapports avec des syphilitiques ou avec des sujets suspects de syphilis, ils ont trouvé dans 3 cas (8,1 o/o) des tréponèmes dans le canal du col utérin ; ces 3 malades ne présentèrent aucun signe clinique de syphilis et leur Bordet-Wassermann fut négatif. Les auteurs considèrent ces 3 cas comme une syphilis primaire séro-négative.

2° Chez 9 femmes atteintes d'une syphilis primaire manifeste (siège des lésions : organes génitaux externes avec réaction de Wassermann positive dans 7 cas ; dans 2 cas, sur la *portio vaginalis* avec Wassermann négatif), présence de tréponèmes dans 4 cas (44,4 o/o) (chancres indurés).

3° 27 femmes atteintes de lésions syphilitiques secondaires. Siège des lésions : dans 18 cas, aux organes génitaux externes ; dans 9 cas, pas de lésions dans cette région du corps. Présence de tréponèmes dans le canal du col utérin dans 10 cas (37 o/o).

4° Chez 28 femmes atteintes de syphilis latente (parmi ce groupe 18 prostituées) dont 19 présentèrent une réaction de Wassermann négative, les auteurs ne trouvèrent pas de tréponèmes.

Ces recherches sont très difficiles à faire, mais elles ont dans la lutte contre la syphilis, une valeur considérable.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la dermatite herpétiforme végétante (Zur Frage der Dermatitis herpetiformis vegetans), par Werner TSCHOPP. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, f. 4, septembre 1931, p. 353.

Bibliographie et description clinique et histologique d'un cas de dermatite herpétiforme végétante qui, au début, ressembla cliniquement tout à fait au pemphigus végétant : plus tard, les lésions rappelèrent plutôt la dermatite herpétiforme et la nature bénigne de la maladie confirma ce diagnostic.

L'auteur conclut qu'il existe une forme végétante de la dermatite herpétiforme, cette dernière est parfois très difficile à différencier du pemphigus.

Le cas de T. est donc un cas nouveau de cette forme.

D'après l'observation de l'auteur, il semble qu'il exista dans son cas un trouble de la sécrétion interne. Le malade fut complètement guéri par des doses croissantes d'arsylène.

OLGA ELIASCHEFF.

Un cas de mélanosarcomatose de la peau, par Henri REIN. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, f. 4, septembre 1931, p. 372, 1 fig.

Observation et examen histologique d'un cas de mélanosarcomatose de la peau, née d'après l'auteur d'un nævus bleu.

OLGA ELIASCHEFF.

Aylik Tip Gazetesi (Istanbul).

La syphilis cérébrale. par le Dr Ihsan Sükrü. *Aylik Tip Gazetesi*, n° 5, 1931.

L'auteur décrit la localisation de la syphilis dans le cerveau, en partant du point de vue anatomo-pathologique. Il relate les résultats obtenus dans la méningo-encéphalite expérimentale du lapin.

A la suite de l'injection d'une solution colorante au lapin par ponction sous-occipitale, la présence du colorant a été constatée par ordre d'intensité au niveau des confluents du liquide céphalique, de la protubérance, au pourtour de la moelle épinière, au niveau de l'aqueduc de Sylvius, des ventricules, du nerf optique et de la couche choroïdienne.

Les colorants simples déposent plus que les colorants vitaux.

Après injection de matière colorante par voie vasculaire, la présence du colorant se voit dans les couches de l'écorce cérébrale, tandis que les méninges et la substance blanche n'en présentent aucune trace.

De cette expérience, l'auteur tire des conclusions sur la pathogénie de quelques maladies du système nerveux central. Ainsi, dans la paralysie générale, l'accès au cerveau de l'agent pathogène se ferait par voie vasculaire, tandis que dans la syphilis cérébrale ce serait par l'entremise du liquide céphalo-rachidien.

L'auteur a été le premier à démontrer que les troubles histo-pathologiques de la rage ont pour siège la base du cerveau, les parties hypothalamiques et surtout le *locus niger* et que partant, l'accès du virus se fait par le liquide céphalique.

Du reste, dans l'encéphalite léthargique, il en est de même.

ABIMÉLEK.

Istanbul Seririyati (Istanbul).

Le traitement d'un cancer de l'amygdale par le radium avec une nouvelle technique, par le Dr Kenan Hasan. *Istanbul Seririyati*, n° 11, 1931.

L'auteur fit faire à son malade par un dentiste, une prothèse buccale. D'un petit tube, s'allonge vers l'intérieur un fil en cuivre dont l'extrémité finit par quelques tours en colimaçon. C'est ici que se fixe le tube contenant le radium et qui s'applique sur l'amygdale malade.

ABIMÉLEK.

Diphtérie cutanée prenant son origine des yeux, par les Drs Hulusi Behçet et Osman Serefettin. *Istanbul Seririyati*, n° 11, 1931.

Fillette présentant une éruption impétigineuse de la face et des lésions pustulo-vésiculeuses sur les deux joues, ressemblant à la varicelle. Les narines sont le siège d'une sécrétion foncée sanguinolente. Conjonctivite et œdème des paupières datant de 20 jours, fièvre. Les muqueuses, la gorge et les amygdales sont intactes.

L'examen direct ainsi que le résultat des cultures du matériel prélevé sur la peau, aux yeux et aux narines est concluant pour la diphtérie.

Le premier et le second jour, la petite malade reçoit 4.000 unités de sérum, le quatrième jour, 2.000 unités. Au bout d'une semaine, il ne restait de toute l'éruption que quelques taches rougeâtres.

ABIMÉLEK.

Le traitement des affections nerveuses syphilitiques par la malaria tropica, par le Dr Osman SEREFETTIN. *Istanbul Seririyati*, nº 11, 1931.

La malaria en Turquie est très répandue; il y a autant de tropica que de tertiana ; en outre, il y a des cas mixtes ; chez ceux-ci les éléments de la tertiana viennent parfois couvrir ceux de la tropica, à telle enseigne qu'on peut les prendre pour des vraies tertiana.

Chez les malades ayant reçu le sang à malaria mixte, l'éclosion des accès de fièvre se fait précocement. Dans leur sang, pendant les premiers jours, ce sont les éléments de la tertiana qui prédominent. Ce n'est qu'après 2 à 3 jours que la tropica se fait voir et couvre le champ visuel. Par les passages, la tertiana provoque une malaria à cours plus bénin que chez les donneurs de sang, tandis qu'avec la tropica, les vaccinés se trouvent très souvent très gravement atteints.

L'auteur décrit 4 cas de malades traités par le sang de malaria tropica. Tous les 4 malades se sont remis après une atteinte très grave ; mais le donneur a succombé à sa tropica.

La quinine à elle seule ne suffit pas pour couper les accès de tropica. L'auteur a employé en même temps que la quinine, la plasmoquine. Il conclut que le traitement par la malaria tropica est une procédure très dangereuse et que le traitement par la malaria tertiana est de beaucoup préférable. ABIMÉLEK.

Ulcérations diphtériques multiples de la peau à forme gangréneuse, par les Drs Osman SEREFETTIN et Hulusi BEHÇET. *Istanbul Seririyati*, nº 12, 1931.

Il s'agit d'un enfant de 3 ans 1/2. La maladie a été probablement transmise par son frère aîné, mort depuis. L'affection a débuté par une inflammation des yeux et s'est propagée au fur et à mesure aux narines et aux différentes parties de la peau. Les lésions cutanées se montrent sous forme d'ulcérations profondes, à bords irréguliers, couvertes de pus. Quelques ulcérations se trouvent couvertes d'une croûte noirâtre. Les ganglions avoisinants sont pris. Fièvre 37°-38°, cachexie.

Les recherches de laboratoire démontrent que les lésions contiennent des bacilles vrais de diphtérie en symbiose avec des staphylocoques et streptocoques. Le petit malade reçut dans l'espace de 11 jours 136.000 unités de sérum antidiphtérique. Malgré une amélioration générale assez prompte, la cicatrisation des ulcères se fit lentement. ABIMÉLEK.

L'importance des couleurs dans la microphotographie, par le Dr FETHI. *Istanbul Seririyati*, nº 12, 1931.

L'auteur étudie le rôle important des plaques orthochromatiques et celui des filtres colorés différents en adaptation avec la couleur à photographier. ABIMÉLEK.

LIVRES NOUVEAUX

Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire, par P. Rudaux et H. Montlaur. 1 volume de 146 pages (Collection Médecine et Chirurgie pratiques), 20 fr.

De la collaboration de deux spécialistes connus, un accoucheur et un syphiligraphe, est né ce petit livre qui fait partie de la collection de « Médecine et de Chirurgie pratiques ». Il est préfacé par le Dr Cavaillon, dont chacun apprécie le zèle et la compétence au Ministère de la Santé publique.

Les auteurs n'ont pas voulu faire un savant traité bourré de théories et de bibliographie. Ils s'adressent aux médecins et ils résument parfaitement pour eux ce qu'il faut savoir des rapports de la syphilis et de la grossesse. Leur titre est trop modeste, car il ne donne pas à penser qu'un chapitre important et excellent est consacré au traitement médicamenteux de la syphilis non seulement chez la femme enceinte, mais chez les procréateurs en vue de l'obtention d'enfants normaux et enfin chez les hérédo-syphilitiques.

Les auteurs sont partisans de la théorie qui admet que les lois de Colles et de Profeta s'expliquent non par une immunité de l'enfant ou de la mère, mais par une infection véritable. Ils sont d'accord avec les nouvelles idées sur les maladies prémunisantes, selon la conception de Sergent (de l'Institut Pasteur). Et, en effet, cette hypothèse explique bien des choses, sans cependant les expliquer toutes. Il est regrettable que R. et M. n'aient pas discuté la question des formes de passage du tréponème et celle des syphilis « muettes ». Mais n'oublions pas qu'ils ont voulu faire un livre pratique et élémentaire.

R. et M. donnent comme grands signes de la syphilis l'expulsion répétée d'œufs arrêtés dans leur évolution, l'expulsion répétée de fœtus morts et macérés, la mort habituelle du fœtus au cours de la gestation, l'ascite fœtale, le pemphigus palmaire et plantaire à la naissance, l'augmentation du volume du foie et de la rate chez les enfants vivants, la disproportion fœto-placentaire très accusée. Ils considèrent comme signes probables : l'hydramnios aigu et chronique, les gros œufs, la gémellité univitelline, le poids exagéré de l'enfant (plus de 5 kilos), les dystrophies et monstruosités fœtales, la disproportion fœto-placentaire peu marquée. Enfin les signes douteux sont l'albuminurie massive ou tenace, l'expulsion d'un œuf jeune vivant, un léger excès de liquide, la môle hydatiforme, quelques malformations comme le bec-de-lièvre, les monstruosités par brides amniotiques....

Tous ces signes sont discutés à tous les points de vue. Le livre de R.

et M. sera utile aux accoucheurs, aux syphiligraphes et aux médecins de médecine générale.

CLÉMENT SIMON.

Faut-il admettre une oto-spongiose syphilitique? par F. FAVRE, th. de Toulouse, 1931, 184 p.

Travail consciencieux inspiré par Escat.

Résumé des conclusions : Il faut définir l'oto-spongiose par la tétrade ankylo-stapédienne (élévation prononcée et précoce de la limite inférieure des sons, inversion du rapport normal entre la capacité auditive percrânienne et la capacité auditive aérienne, paracousie de Willis, signes d'immobilisation de l'étrier) et par l'ostéopathie primitive de la capsule osseuse du labyrinthe. Présentement, l'origine endocrinienne (indéterminée) paraît la plus plausible. Rien ne permet actuellement d'établir un rapport certain entre la syphilis et l'oto-spongiose, celle-ci étant considérée comme de nature syphilitique immédiate, spécifique. Cependant, il est permis de ne pas exclure complètement la possibilité du rôle étiologique de la syphilis dans certains cas d'oto-spongiose, du reste peu nombreux, bien moins nombreux que dans l'hypothèse d'Habermann. On peut admettre que, dans ces cas, il s'agit d'endocrinide syphilitique. Le traitement spécifique, toujours prudent, doit être réservé aux cas individuels où l'on aura été amené à constater réellement la syphilis.

CH. AUDRY.

La réaction de Wassermann, sa valeur pour la pathologie et le traitement de la Syphilis (Die Wassermannsche Reaktion in ihrer Bedeutung fur die spezielle Pathologie und therapie der syphilis), par A. POEHLMANN. chez R. Müller et Steinicke, Munich 1931, 165 p.

En 159 pages denses, P. a réuni à peu près tous les renseignements qu'on peut désirer sur la valeur pratique de la réaction de Wassermann surtout dans les différentes périodes de la syphilis. Il l'a fait avec l'autorité et le discernement qui s'attachent à une longue expérience sérologique (180.000 sérums examinés !) et clinique, appuyée de beaucoup de lectures. Ce livre est divisé en 11 chapitres. Le premier est consacré à la spécificité de la réaction, dont P. constate et précise les insuffisances aux cours de diverses maladies (paludisme, scarlatine, lèpre, tuberculose, etc.). Les 7 chapitres suivants concernent la réaction de Wassermann pendant le chancre, les périodes secondaire et tertiaire, le tabès et la paralysie générale, les périodes de latence, et dans la syphilis congénitale (à quoi il rattache logiquement la sérologie de la grossesse et des nourrices). L'influence du traitement sur la réaction de Wassermann, la valeur de cette dernière dans la conduite du traitement et le pronostic de la syphilis, sont les sujets des derniers chapitres. Ce livre, clair et sobre, rendra aux cliniciens et aux sérologistes de réels services. Six pages contiennent l'essentiel de la bibliographie, dont une grande partie est récente.

L. CHATELLIER.

Etudes sur les altérations syphilitiques du délivre (Studien über die Veränderungen der Nachgeburt bei Lues), p. T. E. Olin. Arbeiten aus dem pathologischen Institut der Universität Helsingfors, 1931, t. VI, p. 377 à 542 (avec 20 fig.), (éd. par G. Fischer).

Travail considérable avec une riche bibliographie et des recherches personnelles patientes, portant sur 39 cas et 21 observations de contrôle. On y trouvera un exposé complet et soigné de l'état de nos connaissances en 1931. Il ne peut être question d'en donner ici une analyse, et je me borne à résumer les conclusions de cette authentique monographie à laquelle les spécialistes devront se reporter et où ils trouveront tous les éléments d'information et de discussion.

Le poids moyen du délivre, en cas de syphilis, n'excède pas sensiblement le poids habituel si l'enfant est né à terme. En cas de fœtus venu avant terme, il y a tendance à l'augmentation de poids sans qu'on puisse faire une distinction bien précise ; on ne peut pas indiquer la limite absolue ; cela dépend du rapport du poids respectif du délivre et de l'enfant ou du fœtus. Il faut tenir compte que, dans les cas graves, la syphilis amène le plus souvent la naissance prématurée ou la mort du fœtus. Le quotient placentaire 1 : 6 souvent admis comme indiquant la proportion limite n'est pas constamment exact, au moins pour la Finlande et peut se rencontrer dans des accouchements normaux. De même, chez des enfants syphilitiques vivants ou mort-nés, la proportion peut ne pas être atteinte. Pas davantage, on ne peut se fier à l'allongement du cordon signalé par Bobs.

Histologiquement, abstraction faite de la constatation des spirochètes, il n'existe aucune lésion strictement spécifique. Il y a seulement des altérations rares hors de la syphilis et fréquentes au cours de celle-ci, et qui peuvent alors passer pour spécifiques.

Parmi les lésions de la *decidua basalis*, les infiltrats granulocytaires occupant les bords du placenta constituent l'altération la plus fréquente. On peut aussi observer des infiltrats larges, des traînées dans les septa, etc.

Dans le chorion villeux, la lésion la plus syphilitique consiste d'abord dans l'hypertrophie de la villosité qui, du reste, n'est jamais isolée. Le plus souvent s'y associent l'infiltration granulocytaire des membranes et les soi-disant abcès des villosités ; de ces derniers, il existe deux formes : la première aboutit à la formation des territoires fibrineux qui finissent par être occupés par des fibres collagènes conjonctives. Dans la seconde, le processus exsudatif et granulocytaire domine et aboutit à des infiltrats qui détruisent les villosités. Il existe en outre de l'œdème, de l'endothélite hypertrophiante des vaisseaux sanguins, endothélite qui peut aller jusqu'à leur oblitération et s'accompagne d'infiltration lymphocytaire de leur paroi, toutes lésions qui peuvent, secondairement, être engendrées par la syphilis. Dans la couche choriale, l'infiltration granulocytaire représente l'altération la plus fréquente, surtout dans la zone sous-choriale et autour des vaisseaux.

L'amnios lui-même peut être infiltré. De même dans les membranes de l'œuf. Dans le cordon, ce sont surtout les vaisseaux qui sont frappés et dont la paroi présente des infiltrats granulocytaires ; ceux-ci peuvent s'étendre dans le tissu muqueux, partie dans les couches vasculaires externes, partie dans le tissu gélatineux, en anneaux, et même avec des altérations nécrotiques. Ces infiltrats peuvent gagner jusqu'à l'amnios et la zone sous-amniotique.

D'une manière générale, quand on constate simultanément dans le délivre une hyperplasie typique des villosités, de soi-disant abcès villeux et une inflation du second degré dans le cordon ombilical, on peut conclure en toute sécurité qu'il s'agit de syphilis.

Les spirochètes y sont très rares. Enfin, le traitement spécifique exerce une action très salutaire sur l'histopathologie du délivre.

CH. AUDRY.

Biologie et thérapeutique générales de la Syphilis (Allgemeine Biologie und Therapie der Syphilis), par S. BERGEL, G. Fischer, Iéna, 1931, 110 p.

Dans ce livre, qu'il intitule « Guide pour les médecins », B. expose ses conceptions, que les syphiligraphes connaissent bien. B. résume ici ses recherches sur la constitution lipoïdique superficielle du spirochète, sur les processus lipolytiques de défense qui prennent leur origine dans les lymphocytes de l'organisme infecté (ganglions, rate, tissu réticulo-endothélial). L'antagonisme de l'agent pathogène et des réactions organiques va expliquer l'incubation du chancre, l'apparition des signes sérologiques et des accidents éruptifs, les périodes de latence et les reviviscences cliniques ou sérologiques de la période secondaire : tout est dominé par la formation et la persistance des ferments lipolytiques destinés à la destruction du spirochète. Dans la période tertiaire, les produits de désintégration du corps du spirochète ne sont plus seulement lipoïdiques, mais de nature plus complexe. Leur action peut se comparer à celle d'une endotoxine. Elle s'ajoute à celle des spirochètes encore intacts dans l'organisme. D'où les caractères cliniques, histologiques (granulome et nécrose tertiaire, contagiosité) de cette période. Dans la paralysie générale et le tabès, les produits de désintégration agissent sur le parenchyme nerveux qu'ils altèrent lentement ; mais, ici, s'ajoutent certainement d'autres facteurs. Toutes ces notions trouvent leur application dans le traitement de la syphilis ; curabilité, immunité, réinfection et superinfection sont longuement étudiées. Pour B., la syphilis n'est vraisemblablement curable qu'à la période préroséolique ; plus tard, la guérison est beaucoup moins sûre. Aussi toute la deuxième partie du livre est-elle consacrée au traitement. En résumé, livre intéressant d'un bout à l'autre, plein d'aperçus théoriques et pratiques qui profiteront aux médecins spécialistes comme aux autres.

L. CHATELLIER.

Actions biologiques et valeur pratique du thallium (Die biologischen Wirkungen und die praktische Bedeutung der Thalliums, par A. Buschke et Peiser. *Ergebnisse der Allgemeinen Pathologie und Pathologischer Anatomie des Menschen und der Tiere*, vol. XXV, 1931 (Lubarsch, etc.).

Dans ce travail compact de 57 pages, qui comporte 395 indications bibliographiques, B. et P. donnent un résumé complet des nombreux travaux qui ont été consacrés au thallium. C'est une revue très complète de la question qu'il est impossible d'analyser, et à laquelle devra se reporter celui qui désire connaître l'état actuel de la question.

Après un historique rappelant la découverte du thallium par Crookes, son isolement par Lamy, son introduction dans la thérapeutique générale par les phtisiologues, sa première utilisation dermatologique par Sabouraud, son exploitation régulière dans le traitement des teignes par les dermatologistes mexicains Cicero, Urruena, son étude biologique particulièrement poussée par B. et P. mêmes, etc., les auteurs résument les données actuelles connues sur les propriétés chimiques du thallium, de ses divers sels, et sa recherche par l'analyse spectrale, chimique, etc.

Suit un exposé extrêmement détaillé et intéressant des propriétés des sels de thallium, et particulièrement de l'acétate. Les effets bio-pathologiques du thallium sont nombreux et variés, à côté des propriétés bien connues s'exerçant sur la chute des poils. B. et P. croient avoir montré qu'il agit probablement par une action sur certaines endocrines (parathyroïdes, etc.) et le système neuro-végétatif. On peut dire que les propriétés du thallium, étudiées surtout chez le rat, sont innombrables et infiniment variées.

Pratiquement, c'est surtout comme dépilant, et contre les teignes qu'on l'emploie. Il faut utiliser des produits très sûrs, les réserver aux enfants âgés de moins de 9 ou 10 ans, et en donner, à l'intérieur, des doses qui n'excèdent pas 8 milligrammes par kilogramme, un peu moins si l'enfant est plus jeune. Cette méthode peut rendre de réels services dans le traitement des teignes qu'il est difficile ou impossible de traiter par la radiothérapie. B. et P. conseillent d'associer les deux thérapeutiques en diminuant les doses de l'un et l'autre traitements.

Une longue revue des accidents très nombreux, parfois très graves, qui peuvent être observés, montre l'intérêt physiologique considérable de la question, et aussi la nécessité d'une grande prudence dans l'emploi d'une substance active, mais réellement très dangereuse pour peu qu'il y ait faute dans sa préparation et son administration.

Ch. Audry.

Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la syphilis acquise du poumon (Contribucion al estudio anatomo-patologico de la sifilis adquirida del pulmon), par José Luis Carrera. *Tesis doctoral*, 49 p., Buenos-Aires, 1931.

Après un exposé historique et didactique des données relatives à la syphilis du poumon, J. L. C. apporte le résultat de ses recherches personnelles. Elles ont été faites sur les poumons de 152 syphilitiques dont les viscères ont été étudiés, un à un, au microscope.

Sur ces 152 sujets, il ne trouve que 12 cas de lésions syphilitiques de cet organe.

Dans 4 d'entre eux, il s'agissait de lésions fibreuses avec artérite, dans 3 autres existait de l'artérite, dans 3 autres, des gommes avec des lésions péri-bronchiques et dans 2 cas, des gommes avec artérite.

Il est étrange de noter la disproportion qui existe entre ces localisations pulmonaires et le pourcentage élevé des atteintes portant sur les autres organes.

On peut se demander s'il s'agit d'une immunité spéciale. J. L. C. croit plutôt qu'il faut incriminer les difficultés techniques des recherches. Si les lésions typiques comme les gommes sont rares, la sclérose est très fréquente. Il est impossible actuellement de déceler si elle est en rapport avec la syphilis. Il est cependant probable que le poumon n'échappe pas à l'invasion inflammatoire qui se fait dans les autres organes et dont la forme atténuée évolue lentement vers la fibrose.

J. Margarot.

ERRATUM

Une erreur typographique s'est glissée dans l'article de M. Aug. Lassueur (de Lausanne) qui a paru dans le n° 1 de janvier 1932 des *Annales*.

Il faut lire à la page 21, à la seconde ligne, Renaud et non Regaud.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A LA DERMITE DES PARURES

Par Ch. Du BOIS, de Genève.

Peut-on parler de parure quand il s'agit d'une petite montre-bracelet? La chose est discutable, mais les faits que nous apportons autorisent une telle interprétation par la similitude des rapports qui les lient au cas de la dermite du bracelet (1).

Voici l'histoire : en mai de cette année, un grand magasin de la place lance comme nouveauté des petites montres-bracelets au prix dérisoire de 4 francs suisses. Elles se vendent journellement par centaines.

Deux sœurs en achètent le même jour et les portent régulièrement au bras gauche. Or après une semaine, la cadette âgée de 14 ans s'aperçoit le soir en quittant la sienne qu'elle a laissé sur la peau de l'avant-bras une marque rouge, régulièrement ronde, exactement de la même grandeur que la montre. Le lendemain, la rougeur n'ayant pas disparu, la fillette change sa montre de bras sans attacher d'importance à cette inflammation qui disparaît les jours suivants. A la fin de la seconde semaine, c'est le bras droit qui présente une plaque identique. La mère croyant à une infection adresse une réclamation au magasin qui décline toute responsabilité, alléguant qu'aucune autre réclamation n'étant parvenue pour des milliers de montres vendues, il est impossible d'incriminer la montre, néanmoins il en offre gracieusement une seconde identique à la première, à titre de compensation. La fillette enchantée la passe de suite à son bras gauche complètement guéri, mais après 8 jours, nouvelle poussée éruptive, plus aiguë cette fois. C'est alors que nous voyons la malade avec l'aspect reproduit par la figure n° 1. L'éruption est constituée par un disque érythémato-squameux, régulière-

(1) Ch. Du Bois. La dermite des parures. *Ann. Fr. Derm. et Syph.*, série VII, t. I, n° 8, août 1930.

ment rond et sensiblement infiltré. La surface un peu suintante est parsemée de petites vésicules claires dont le contenu s'est, par places, concrété en croûtelles. C'est un placard typique de dermite eczématiforme, plus sensible que prurigineux, épousant si bien la forme de la montre qu'il est impossible de soupçonner une autre cause provocatrice, du reste les atteintes précédentes en fournissent une preuve expérimentale.



Fig. 1. — Dermite eczématiforme et la montre qui l'a provoquée.



Fig. 2. — Dermite eczématiforme expérimentale et la pièce en nickel qui l'a provoquée.

Il s'agissait d'établir quelle partie de la montre pouvait avoir une influence aussi nocive. En attendant, des compresses d'eau amidonnée tièdes et de la pâte de Lassar pour la nuit calmèrent la réaction qui s'éteignit après trois semaines seulement et sans entraîner de complications.

Le magasin a bien voulu nous donner l'adresse du fabricant avec

lequel nous sommes entré en relation. Ces montres ne contiennent aucune substance radioactive, les heures sont peintes à l'huile sur un cadran émaillé, le mouvement est en laiton, la boîte en acier recouvert d'une fine couche de nickel.

Du fait que la sœur et des milliers de femmes ont pu porter impunément ces montres alors que deux exemplaires différents ont successivement provoqué chez notre fillette des réactions identiques, on pouvait aisément déduire qu'il devait exister chez elle une idiosyncrasie à l'un ou l'autre des composants de la montre. Le nickel étant seul en contact direct avec la peau, il y avait bien des chances que ce soit lui.

L'expérimentation l'a rapidement prouvé. Comme certaines pièces de monnaies suisses sont en nickel presque pur, nous avons fait porter à la fillette sur son avant-bras guéri, une pièce de 20 centimes et 8 jours après apparaissait la réaction, moins bien figurée parce que la pièce n'est pas restée aussi fixe que la montre maintenue par son bracelet élastique (figure 2). Avec une petite plaque de nickel absolument pur, nous avons obtenu le même résultat et en collant des pièces de 20 centimes sur différentes régions, nous avons pu nous convaincre que toute la surface cutanée était également sensible.

Tous les essais tentés avec d'autres métaux ou des emplâtres variés n'ont donné aucun résultat, la peau supporte la teinture d'iode.

Il s'agit donc d'une idiosyncrasie congénitale au nickel découverte accidentellement par le port d'une montre-bracelet.

Le père, la mère, les deux sœurs de la fillette ont porté ces montres sans inconvénient, seule elle présente cette particularité que rien dans sa vie intra ou extra-utérine ne peut expliquer. Tout est normal chez elle, sa peau ne diffère en rien, objectivement, de celle de ses sœurs.

Ces idiosyncrasies congénitales au nickel sont connues, nous en avons signalé quelques cas rares, découverts accidentellement chez des ouvriers nickeleurs (1) c'est, croyons-nous, le premier cas signalé chez une femme. Il montre que la dermite ne s'installe pas d'em-

(1) Ch. Du Bois. La dermite du nickel. *Schw. Med. Wochenschrift*, 61e an., n° 12, 1931.

blée au premier contact. Pour cette fillette, chaque expérience a démontré qu'il faut un minimum de 8 jours d'application pour l'obtenir. Il doit exister des variations individuelles mais si l'on voulait appliquer le test aux ouvriers des grandes installations de nickelage, il ne faudrait pas manquer de prolonger suffisamment le temps d'application. Cette particularité explique probablement les divergences qui existent entre ceux qui ont tenté des expériences (Walthard, Jadassohn et Schaaf).

L'idiosyncrasie innée reste un mystère et, comme le dit Sabouraud (1), « celui qui comprendrait bien les raisons et les causes de ce phénomène serait bien près d'avoir élucidé le problème toujours pendant de l'eczéma », mais tous les eczémateux ne sont pas des idiosyncrasiques nés. La sensibilité élective peut s'établir au cours de l'existence, après de nombreuses années d'indifférence à l'agent provocateur, nous le savons pour les maçons, les décolleteurs, etc., mais les conditions qui déterminent la transformation nous échappent comme la nature même de l'idiosyncrasie.

Pour distinguer les eczémas de cause inconnue des réactions eczémateuses produites par des agents exogènes déterminables le terme de « Dermite eczématiforme » suivi du qualificatif causal nous paraît toujours encore le meilleur puisqu'il permet la désignation de dermatoses à symptomatologie assez disparate.

La dermite des parures s'enrichira certainement d'autres exemples. Elle a fait découvrir des idiosyncrasies insoupçonnées et la détermination de leur agent provocateur met en garde contre les atteintes toujours possibles des substances nocives.

Si notre petite malade l'accepte, nous tenterons sa désensibilisation par l'absorption de doses infinitésimales de nickel, mais les épreuves qu'elle a endurées font craindre qu'elle ne soit saturée des exigences de la recherche expérimentale. Elle sait que sa prédisposition n'a pas grand inconvénient pour elle, depuis qu'elle la connaît, et préfère pour le moment rester comme elle est.

Décembre 1931. — Les épreuves de cette communication venaient d'être corrigées quand nous avons vu un cas analogue chez

(1) R. SABOURAUD. Sur les origines et les sources premières des infections cutanées chroniques. *La Presse Médicale*, n° 48, 17 juin 1931.

un employé de l'hôpital, dont la montre-bracelet achetée récemment au même magasin a provoqué successivement sur les deux avant-bras les taches érythémateuses pour lesquelles il a consulté.

L'épreuve avec une pièce en nickel est aussi démonstrative, c'est

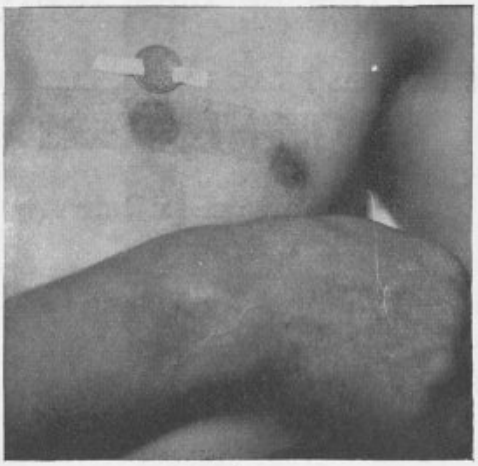


Fig. 3. — Idiosyncrasie au nickel chez un homme de 28 ans. Perte de la pièce.

8 jours après son application qu'elle a donné l'image de la figure 3. Nous reviendrons sur ces idiosyncrasies au nickel découvertes fortuitement par le port de montres-bracelets.

BUBON CHANCRELLEUX ET MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

(RECHERCHES BIOLOGIQUES, CLINIQUES, ET THÉRAPEUTIQUES)

Par P. RAVAUT et René CACHERA (1)

Chapitre IV

ÉTUDE CLINIQUE

Les nombreux travaux publiés par Nicolas et Favre sur l'affection qui porte si justement leur nom en ont bien fixé l'aspect clinique depuis 1913. Nous ajouterons, ainsi que l'un de nous l'a signalé dans un mémoire publié en 1924, que l'infection peut dépasser les limites de la région inguinale et diffusant dans tout l'organisme créer une véritable septicémie avec phénomènes généraux, augmentation du volume du foie et de la rate, etc.. troubles sur lesquels nous avons insisté à ce moment (2) ; depuis, l'expérimentation nous en a fourni une nouvelle preuve. Peut-être même cette maladie n'est-elle pas uniquement limitée à la région génitale et peut-elle débuter au niveau d'autres ganglions, au cou par exemple, comme nous en avons émis l'hypothèse il y a plusieurs années. Nous ne

(1) *Annales de Dermatologie*, février 1932.

(2) P. Ravaut, Boulin et Rabeau. Etude sur la poradéno-lymphite suppurée bénigne à forme septicémique. *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, nos 8-9, août-septembre 1924.

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE T. III. No 3. MARS 1932.

reviendrons pas ici sur tous ces faits, pas plus d'ailleurs que sur les localisations nouvellement décrites de ce virus au niveau du rectum ; nous nous limiterons à l'étude clinique du bubon chancrelleux et de la localisation inguinale de la maladie de Nicolas-Favre. Nous n'en retiendrons que deux points particuliers, encore peu connus.

C'est tout d'abord l'existence de *formes cliniques anormales* qui rendent parfois très difficile, ou impossible, le diagnostic clinique entre les deux maladies.

En deuxième lieu, nous étudierons les associations possibles d'infection chancrelleuse et de maladie de Nicolas-Favre, réalisant de véritables *formes mixtes*.

I. — *Sur quelques formes cliniques anormales.*

C'est surtout au cours de la poradénite que nous avons observé des faits qui s'éloignent des descriptions habituelles.

1° *Maladie de Nicolas-Favre.*

Les caractères anatomo-cliniques qui distinguent les ganglions de la poradénite du bubon chancrelleux sont bien connus. Ils ont été remarquablement décrits par Durand, Nicolas et Favre, dès leur première communication (1), ainsi que par J. Gaté, dans sa thèse (2) en 1913.

L'aspect lui-même de ces adénites, si particulier dans les cas typiques, n'avait d'ailleurs pas échappé auparavant aux observateurs. Depuis Chassaignac, Velpeau, Nélaton, L. Hardy, on connaissait bien une variété de ganglions qui suppure de façon très spéciale, par un abcès intraganglionnaire.

Marion et Gandy, en 1901, en avaient donné une étude très complète ; Lejars, en 1904, décrivait, sous le nom de « bubon strumeux de l'aine », une affection semblable. Mais, si la morphologie de ces lésions était partiellement connue, l'interprétation n'en était pas

(1) M. Durand, G. Nicolas, M. Favre. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 31 janvier 1913, t. XXV, p. 274.

(2) J. Gaté. Thèse de Lyon, 1913.

soupçonnée. C'est le grand mérite des auteurs lyonnais d'avoir saisi toute la valeur de ces quelques nuances cliniques, d'avoir su en dégager la signification, d'en avoir décrit les caractères anatomo-pathologiques spéciaux, et d'avoir défendu leur manière de voir contre toutes les critiques, à une époque où les données biologiques n'avaient pas encore apporté une consécration, qui paraît maintenant définitive, à leur découverte.

Que les signes physiques distinctifs de la maladie de Nicolas-Favre soient réels, nous n'avons certes nullement l'intention de le nier. D'autant moins que l'un de nous, dès 1921, a confirmé, l'un des premiers, les faits avancés par les auteurs lyonnais (1). L'aspect anatomo-clinique des ganglions a même été jugé important au point de mériter d'être rappelé, étymologiquement, dans le nom même proposé par l'un de nous pour la maladie nouvelle (poradéno-lymphite). C'est dire que nous reconnaissons, autant que quiconque, la valeur de ces signes physiques.

Or, l'étude biologique complète que nous avons poursuivie sur d'assez nombreux cas de bubons inguinaux nous a précisément montré que *des adénites d'apparence clinique tout à fait banale, appartiennent indiscutablement à la maladie de Nicolas-Favre.*

D'autres auteurs ont déjà signalé ces formes de la maladie. Pautrier rapporte un cas d'adénite « à suppuration large, s'effectuant comme dans le bubon chancrelleux, et qui avait fait hésiter sur le diagnostic ». La confirmation de la nature de la maladie est donnée par une réaction de Frei positive (2).

Hellerström rapporte deux cas semblables (3). Frei, Hoffmann, Ramel, avaient fait également des constatations analogues.

Les cas atypiques que nous avons observés sont relativement nombreux. Sur les 22 cas de maladies de Nicolas-Favre dont nous avons fait l'étude dans ce travail, nous avons relevé :

11 formes classiques de poradénite,

5 formes intermédiaires, dans lesquelles l'aspect clinique, nullement typique au début, rappelant celui du bubon chancrelleux, s'est modifié par la suite, soit au cours de l'évolution spontanée,

(1) P. Ravaut et Scheikevitch. *Soc. Méd. Hôp.*, 4 mars 1921, p. 310.
(2) L. M. Pautrier, Glasser et Lanzenberg. *Réunion dermatol. de Strasbourg*, 6 janvier 1931.
(3) Hellerstrom. *Réunion dermatol. de Strasbourg*, 8 mars 1931.

soit au cours du traitement. Nous reviendrons sur ce dernier caractère.

6 cas dans lesquels rien, à aucune phase de l'évolution, n'a pu donner la moindre indication clinique sur la nature de la maladie. Il s'agissait de bubons *volumineux*, *uniloculaires*, *suppurant en masse*, *donnant lieu à un abcès unique*.

La proportion des formes anormales de maladie de Nicolas-Favre s'est donc montrée considérable. Si l'on tient compte seulement de l'examen initial, 11 de nos malades sur 22 présentaient des adénites d'aspect banal. Ultérieurement, à une phase plus avancée, chez 5 de ces 11 sujets, une ou plusieurs particularités anatomo-cliniques sont apparues, les faisant rentrer dans le cadre clinique de la poradénite. Il reste donc 6 cas sur 22 qui n'ont pas présenté un seul des signes physiques classiques de la poradénite.

La fréquence relative et la valeur de ces signes méritent d'être analysées.

Ils ont été décrits à maintes reprises, de façon concordante, par des auteurs différents, et par l'un de nous, à la suite des auteurs lyonnais.

On a mis ainsi en relief comme caractéristiques de la poradénite :

— La dureté initiale de l'adénopathie. C'est le signe qui nous a paru le plus souvent en défaut. Dans la moitié de nos cas existait, très peu de temps après le début, une adénite ramollie et fluctuante ;

— L'aspect multilobulé de la masse ganglionnaire formée de plusieurs ganglions réunis par la péri-adénite. Nous avons vu que, dans un assez grand nombre de cas, nos malades présentaient d'emblée un bubon unique, formé d'une seule collection suppurée ;

— La teinte rose violacée que prend la peau lorsque l'adénite est sur le point de s'ouvrir, ou est déjà fistulisée. Nous avons bien souvent constaté une rougeur franche, inflammatoire, nullement différente de celle qui existe dans n'importe quelle suppuration aiguë.

Ces trois signes sont ceux qui nous ont paru être les plus inconstants. Par contre, nous avons trouvé plus souvent l'existence des caractères suivants presque constamment signalés :

— L'extension aux ganglions iliaques profonds, qui forment assez souvent une masse volumineuse et dure, perçue à la palpation de la fosse iliaque, et reliée, sous l'arcade crurale, à l'adénite inguinale par des traînées fibreuses denses.

— A la phase d'ouverture, ou plutôt, nous semble-t-il, un certain temps après l'ouverture, le caractère parcellaire de la suppuration, formant de petits abcès intra-ganglionnaires, et aboutissant à des fistules multiples, indépendantes, séparées par leurs rebords épaissis, indurés en bourrelet.

— L'aspect particulier du pus, de consistance visqueuse, glaireuse.

Ces derniers symptômes sont ceux qui se sont manifestés secondairement, après traitement ou non, dans les 5 cas que nous avons désignés comme formes intermédiaires. Il reste, comme nous l'avons dit, que 6 fois sur 22, *dans un peu plus du quart des cas, les adénopathies de nos sujets atteints de poradénite ont gardé, jusqu'à la guérison, une apparence absolument banale*. Rien, en particulier, n'aurait permis, cliniquement, de les distinguer d'un bubon chancrelleux sans porte d'entrée.

Comment peut-on expliquer ces divergences importantes entre les résultats de notre expérience clinique actuelle, et les premières constatations qui ont permis, très justement, de décrire l'aspect clinique autonome de la maladie ?

Les deux points de vue ne sont sans doute pas inconciliables.

a) Une première remarque s'impose. Les signes physiques de la maladie de Nicolas-Favre que nous avons vus être surtout en défaut, sont tous des signes qui avaient été proposés pour caractériser les *formes récentes de la maladie*. Ceux que nous avons, au contraire, relevés plus souvent chez nos malades, sont *des signes évolutifs, traduisant les modalités particulières que prend la maladie en vieillissant*. Ce sont, en effet, des symptômes qui sont tous en rapport avec le développement considérable de la *sclérose* ; et celle-ci, qui est si caractéristique de la poradénite, suppose bien des lésions déjà très évoluées.

Logiquement, on en déduit que ce sont *les formes initiales* de l'affection qui étaient les moins bien connues. Au contraire, la plupart des signes décrits s'appliquent surtout à des formes relativement anciennes, les seules qu'il était primitivement possible de reconnaître et d'isoler.

Un premier point est donc acquis : on peut aujourd'hui, *grâce aux épreuves biologiques, et en particulier, à la réaction de Frei*, faire entrer dans le cadre de la maladie de Nicolas-Favre un cer-

tain nombre d'adénites d'aspect banal, *qui correspondent sans doute, le plus souvent, à des formes de début.*

Et si ces cas restaient autrefois méconnus, c'est que leur diagnostic précoce, par les moyens de la clinique, est impossible.

Ces vues paraissent trouver leur confirmation dans l'histoire des quelques malades qui ont présenté d'abord un bubon banal, puis, chez qui, secondairement, des caractères physiques de poradénite se sont surajoutés.

b) Mais nous avons observé aussi un certain nombre de sujets chez lesquels l'aspect banal de l'adénopathie a persisté jusqu'à la guérison.

Une deuxième question est donc posée par ces faits. N'existe-t-il pas des cas où la maladie de Nicolas-Favre est capable d'évoluer sous l'aspect atypique d'un bubon simple, non seulement à son début, mais *pendant toute sa durée*?

Le fait n'est pas impossible. Un certain nombre de malades ont pu nous en donner l'impression. Mais la chose est difficile à juger, parce que tous les cas de cet ordre ont été modifiés considérablement dans leur évolution par le traitement. Nous reviendrons sur la thérapeutique adoptée, qui s'est montrée particulièrement active dans ces formes. Retenons seulement ici qu'il est difficile de savoir si le traitement a été rapidement et complètement efficace parce qu'appliqué précocement à des cas récents dont il a entravé l'évolution normale ; ou bien si la facilité du succès n'a pas été favorisée par des formes spéciales de la maladie, peu évolutives, et qui n'auraient pas eu, abandonnées à elles-mêmes, de tendance nette à s'accompagner d'un processus scléreux bien marqué.

De toutes manières, on doit retenir, *en résumé*, que l'on connaît maintenant des formes de la maladie de Nicolas-Favre qui sont profondément différentes du tableau clinique classique. *Constituées par un bubon unique, rapidement ramolli, suppurant en totalité, elles sont tôt diagnostiquées par la réaction de Frei, et vite guéries par un traitement approprié, sans laisser trace d'induration ni de sclérose.*

2° *Bubon chancrelleux.*

Les formes anormales du bubon chancrelleux lui-même sont certainement moins nombreuses.

Il est une anomalie cependant dont l'importance est primordiale : *c'est l'absence de chancre mou*. Il s'agit là d'une notion absolument fondamentale, qui est à la base même de ce travail et de l'esprit dans lequel il a été conçu. La simplicité même de ce fait capital, tenu pour évident, a pu faire que l'on n'y prête pas l'attention voulue. Il est bien certain que la notion de porte d'entrée domine toute la question du diagnostic des adénopathies inguinales. Au point de vue pratique du diagnostic courant, la présence d'un chancre mou des organes génitaux coupe court à toute discussion, et ne laisse aux épreuves biologiques qu'un intérêt théorique. Mais *l'existence du bubon chancrelleux sans porte d'entrée typique est réelle, et même relativement fréquente*, surtout si l'on tient compte du fait que l'absence de chancrelle ne doit pas nécessairement être absolue, ce qui est sans doute assez rare. Il suffit que le chancre mou ait été réduit à une petite érosion passagère, cicatrisée au moment où le malade vient consulter avec une adénopathie apparue ultérieurement. Pratiquement, ces cas ont exactement la même objectivité que lorsque la porte d'entrée manque réellement. Or, ils sont, en fait, fréquents. C'est dire que le diagnostic de la nature des adénopathies inguinales vénériennes n'a pas seulement un intérêt théorique ; il pose également une question de pratique courante extrêmement importante à résoudre.

Ces faits trop évidents rappelés, nous n'avons que bien peu de choses à dire de l'aspect clinique du bubon chancrelleux, tant il est presque toujours semblable à lui-même.

Il faut signaler cependant que, de même que la maladie de Nicolas-Favre peut se présenter avec l'apparence d'un bubon chancrelleux, de même ce dernier, quoique beaucoup plus rarement, a été observé sous un aspect rappelant celui de la poradénite. Ce fait, que nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer sous une forme aussi nette, a été signalé par Hellerström (1). Il montre que ce qu'il appelle le « caractère strumeux » d'un bubon, n'est pas absolument particulier à la poradénite. Cet aspect, au contraire, y compris les particularités histologiques, peut être réalisé par des étiologies diverses, parmi lesquelles le chancre mou (1 cas).

(1) Sven Hellerstrom. Strumose Bubonen verschiedener Ætiologie. *Acta Dermato-venerologica*. Vol. XII, fasc. 3, août 1931.

Ces cas, qui sont, à vrai dire, bien exceptionnels, viennent naturellement compliquer encore le diagnostic étiologique des adénites inguinales.

*
* *

En résumé, on peut conclure qu'il existe des formes cliniques anormales dont deux variétés sont relativement fréquentes :

— dans la maladie de Nicolas-Favre, les adénopathies à forme de bubon unique banal ;

— dans l'infection chancrelleuse, les bubons consécutifs à une porte d'entrée minime et disparue.

On conçoit que *ces deux origines différentes d'un aspect clinique semblable* ne soient pas faciles à mettre en évidence par les moyens cliniques.

C'est cette masse uniforme d'adénopathies mal caractérisées que les procédés complémentaires de diagnostic ont cherché à réduire.

L'examen bactériologique et les intradermo-inoculations y ont puisé quelques cas, revendiqués par le bacille de Ducrey.

L'application des procédés biologiques, épreuve de l'allergie cutanée et recherche des anticorps chancrelleux dans le sérum, a fait le reste.

Finalement, rien n'est demeuré indéterminé dans ces formes batardes, initialement confondues. Toutes ont pu être nettement classées, réclamées, les unes par l'infection chancrelleuse, les autres par la maladie de Nicolas-Favre.

Une dernière particularité, cependant, nous reste à étudier : c'est celle des adénopathies qui ont été reconnues relever à la fois des deux maladies.

II. — *Formes associées.*

L'association possible chez un même malade des deux infections, chancrelleuse et lymphogranulomateuse, est déjà connue. Précisons bien que nous faisons seulement allusion aux cas d'infections simultanées ou se succédant après un court intervalle ; la double contamination paraît alors pouvoir être réalisée en une seule fois.

Au contraire, nous écartons les cas, sans doute plus nombreux, mais d'intérêt bien moindre, où un même sujet contracte successivement dans sa vie les deux maladies. Comme l'on sait que les réactions d'allergie cutanée peuvent demeurer pendant des années positives, il peut bien exister chez de tels malades des réactions de Frei et de Ito-Reenstierna simultanément positives. Mais les deux infections n'évoluent pas fatalement en même temps chez eux, et les intradermo-réactions positives dans les deux sens constituent précisément ici une cause d'erreur qu'il faut bien connaître en pratique, pour éviter de croire à tort à une association morbide qui n'existe pas.

Un de nos malades (obs. Anton.) est un exemple de ces fausses associations, où les deux affections se succèdent mais ne coïncident pas. Ou plutôt, il s'agit ici d'un cas-limite, le délai entre les deux infections étant relativement court (5 mois). En tous cas, la contamination chez ce malade n'a certainement pas été unique.

Le 4 juin 1931, Anton... entre à l'Hôpital Saint-Louis. Chancre mou datant de 3 semaines, adénite inguinale gauche depuis 15 jours, d'aspect inflammatoire aigu. Précédemment, en décembre 1930, 5 mois avant le chancre actuel, adénite inguinale gauche, suppurée, d'allure également aiguë, sans lésion génitale apparente et sans autre cause décelable. Traitée dans un service de chirurgie, cette adénite avait guéri par simple incision, laissant une cicatrice fibreuse, sous laquelle les ganglions actuels sont apparus.

Aucun autre antécédent génital.

Le 6 juin, cuti-inoculation du chancre au bras. Deux jours plus tard, nombreux bacilles de Ducrey dans la chancrelle de réinoculation.

Le 11 juin, réaction de déviation du complément avec antigène chancrelleux : positive (5 unités de complément).

Le 10 juin, intradermo-réactions :

Dmelcos : + +.

Frei : +.

Le 14 juin, avec un autre antigène :

Frei : +.

Le malade, sorti sur sa demande le 20 juin, alors que le traitement par le Dmelcos intraveineux venait d'être entrepris, n'a malheureusement pas pu être suivi.

Néanmoins, d'après les examens pratiqués et les antécédents de ce sujet, il est vraisemblable de penser qu'il a présenté :

d'abord, en décembre 1930, une maladie de Nicolas-Favre suppurant largement et peu évolutive, ayant guéri par un traitement simple (Sans

doute, une de ces formes anormales, dont nous avons montré la fréquence relative) ;

en second lieu, quelques mois plus tard, une infection chancrelleuse certaine, vérifiée par la présence de bacilles de Ducrey dans l'auto-inoculation.

Ainsi étaient réunies chez ce malade les conditions expliquant la positivité simultanée des réactions de Ito-Reenstierna et de Frei.

Il faut retenir que, dans cette observation, la maladie de Nicolas-Favre a précédé l'infection chancrelleuse. Dans les associations véritables, où la contamination est unique, *le chancre mou précède le plus souvent l'infection lymphogranulomateuse.*

Cependant, l'infection chancrelleuse peut précéder la maladie de Nicolas-Favre, sans qu'il y ait association véritable, mais seulement succession des deux maladies. Une de nos observations offre un exemple particulièrement intéressant de ces fausses associations, en ce sens que l'évolution de la double infection a pu y être suivie point par point, depuis le début jusqu'à la guérison finale, *pendant une durée de 13 mois*. Voici le résumé de cette observation (1).

Le 9 mai 1930, Go..., 32 ans, couvreur, entre à l'Hôpital Saint-Louis pour chancres mous typiques de la verge. Ils datent de 2 mois 1/2 (fin du mois de février). Un bubon inguinal gauche, unique, de volume moyen, existe depuis 1 mois 1/2 (fin du mois de mars). Les examens suivants sont pratiqués :

17 mai 1930. Intradermo-réaction au Dmelcos : +.

19 mai 1930. Auto-inoculations :

Cuti-inoculation chancre : 0.

Intradermo-inoculation chancre : + (présence de bacilles de Ducrey).

20 mai 1930. Ponction du bubon, à la pipette, aspect filant.

Examen direct du pus : pas de germes.

Cuti-inoculation pus bubon : 0.

Intradermo-inoculation, pus bubon : 0 (papule, pas de Ducrey).

21 mai 1930. Électro-coagulation du bubon.

17 juin 1930. Guérison chancres et bubon, 6 injections intraveineuses de Dmelcos ont été faites. Malade sort de l'hôpital.

14 octobre 1930. Malade revu pour végétations vénériennes du sillon balano-préputial. Cautérisation. On note : cicatrice d'électro-coagulation parfaite.

16 avril 1931. Le malade entre à nouveau à l'hôpital, pour adénopathies inguinales bilatérales, prédominant à gauche.

(1) La première partie de cette observation est due à M. Didier Hesse qui a suivi chez ce malade l'épisode initial de l'affection.

Aucune lésion génitale nouvelle depuis l'épisode précédent. Ganglions tuméfiés à nouveau depuis 1 mois 1/2 à 2 mois (1er mars 1931) environ.

Actuellement, à gauche, bubon ramolli, fistulisé en plusieurs points. Induration marquée, bords épaissis et violacés, aspect de poradénite.

A droite, quelques ganglions petits et très durs.

18 avril 1931. Examen du pus fistule bubon : nombreux germes variés, pas de Ducrey.

20 avril 1931. Intradermo-réactions :

Dmelcos : faible +.

Frei : ++ (papulo-pustule à centre blanc).

Intradermo-inoculation :

Pus fistule bubon : après 4 jours, ulcération creuse, à bords décollés — germes multiples, diplocoques — *pas de Ducrey* à des examens répétés.

Réaction de déviation du complément avec antigène chancrelleux (Rivalier) : ++, 15 unités de complément : (v. chapitre Recherches biologiques, l'intérêt de ce fait).

29 avril 1931. Électro-coagulation des adénopathies, des deux côtés (à droite, où ganglions durs au palper, l'un renfermait, en son centre, quelques gouttes de pus : fait typique de poradénite).

4 mai 1931. Intradermo-réactions :

Dmelcos : + très faible.

Frei : ++.

Du 9 au 19 mai 1931, 6 injections intraveineuses de Dmelcos. Sous l'influence de cette pyrothérapie, combinée au débridement des lésions par l'électro-coagulation, on voit disparaître rapidement les ganglions visibles, à ciel ouvert, dans la plaie d'électro-coagulation (v. à ce sujet, chapitre traitement).

29 mai 1931. Dmelcos : + faible.

Frei : ++.

25 juin 1931. Dmelcos : + faible.

Frei : ++.

Entre temps, 15 jours après cessation du Dmelcos, au début de juin, réapparition de ganglions durs, profonds et de sclérose, dans la plaie d'électro-coagulation non encore fermée.

Quelques séances de radiothérapie amènent la cicatrisation complète le 1er juillet 1931.

Le malade sort de l'hôpital.

Cette observation est très instructive à plusieurs points de vue. Nous verrons quels enseignements on peut en tirer pour la thérapeutique. Pour le sujet qui nous intéresse, elle offre l'exemple d'une succession nette dans le temps des deux infections chancrelleuse et lymphogranulomateuse.

Il est probable que, chez ce malade, la contamination a été double. L'infection par le bacille de Ducrey a d'abord dominé la scène (chancres mous et adénite).

Puis l'infection lymphogranulomateuse s'est développée sur place, au niveau de la cicatrice des adénites chancrelleuses, après quelques mois; il y a eu vraisemblablement contamination nouvelle dans l'intervalle; en tous cas, la deuxième phase de l'évolution est caractérisée cette fois par une prédominance des caractères de la poradénite. L'infection chancrelleuse paraît éteinte, le bacille de Ducrey ne peut être retrouvé par aucun moyen. Il persiste uniquement des signes biologiques : réaction de Ito-Reenstierna légèrement positive, taux élevé des anticorps chancrelleux dans le sérum. Au contraire, la maladie de Nicolas-Favre est maintenant en pleine activité, la réaction de Frei est très fortement positive, et la guérison des lésions est difficilement obtenue, avec le traitement alors employé, après l'ébauche d'une récidive de la maladie.

*
* *

Les cas *d'association réelle* paraissent être plus rares. Ils n'en ont pas moins été signalés déjà. Nicolas en reconnaît la possibilité. « Dans quelques cas, écrit-il, on voit l'adénopathie caractéristique que nous avons décrite accompagner ou suivre soit des gonococcies vraies, soit des chancres simples indiscutables, soit même des chancres syphilitiques avérés. Nous estimons que de semblables faits où les lésions ganglionnaires s'accompagnent de l'intradermo-réaction spécifique de Frei positive, ne peuvent s'interpréter que par l'existence dans ces cas *d'infections mixtes*, *gono-lymphogranulomateuses*, *chancrello-lymphogranulomateuses*, *syphilo-lymphogranulomateuses* (1).

D'autres auteurs signalent également la possibilité de ces infections mixtes : Hellerström, à propos des bubons strumeux d'étiologies diverses (2); Gregorio, à propos des réactions allergiques simultanées (3); H. Löhe et K. Blümmers ont constaté 2 fois l'asso-

(1) J. Nicolas. *Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de Saint-Louis*, t. III, fasc. 2, p. 216.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

ciation de la lymphogranulomatose inguinale avec le chancre mou (1).

Mais l'observation la plus typique, étudiée de la façon la plus complète, est celle qu'ont rapportée J. Gaté et J. Charpy (2).

Ils ont observé un malade, atteint de chancres mous typiques, avec adénopathie inguinale d'aspect inflammatoire, en décembre 1930. L'intradermo-réaction au Dmelcos est alors positive, la réaction de Frei négative. Six injections intraveineuses de Dmelcos font disparaître chancres et adénopathie. Le malade, en apparence guéri le 6 janvier 1931, revient 20 jours plus tard, présentant un bubon nouveau, au même niveau que le précédent *et d'aspect à peu près semblable* (Exemple supplémentaire des formes anormales de la maladie de Nicolas-Favre sur lesquelles nous venons d'insister). Aucune lésion génitale nouvelle. Un nouveau traitement au Dmelcos est, cette fois, inopérant. La réaction de Frei est nettement positive le 10 février. Les auteurs insistent beaucoup sur l'importance pratique du traitement d'épreuve antichancrelleux par le Dmelcos intraveineux. C'est son inefficacité complète, lors de la récidive ganglionnaire, qui leur a donné la clef du diagnostic.

Cette observation constitue un exemple très typique d'infection mixte, chancrello-lymphogranulomateuse.

Nous avons observé un cas, très voisin du précédent, qui réalise également une association certaine.

Lor... entre le 7 novembre 1931 à l'Hôpital Saint-Louis. Il dit avoir eu, au début de septembre, deux mois auparavant un chancre mou, traité à ce moment et guéri par 9 injections intraveineuses de Dmelcos. Trois premières injections, en septembre, avaient fait disparaître le chancre. En raison de l'apparition d'un ganglion rapidement ramolli et fistulisé, 6 nouvelles injections sont faites entre le 4 et le 30 octobre. Malgré ce traitement, l'adénite ne diminue pas, les fistules persistent, de l'induration apparaît. C'est à ce moment que le malade entre à l'hôpital.

Le 9 novembre 1931. Intradermo-réactions :

Dmelcos : 0 (sans valeur, 9 jours après la fin des injections intraveineuses de Dmelcos).

Frei : + + + (réaction très vive).

Le 7 décembre 1931. Intradermo-réactions :

Dmelcos : +.

Frei : + +.

(1) H. Lohe et K. Blümmers. *Medizinische Klinik*, t. XXLII, n° 17, avril 1931.

(2) J. Gaté et J. Charpy. *Bull. de la Soc de Dermatol.*, Société de Lyon, mars 1931.

Le malade sort guéri le 9 décembre, après électro-coagulation et traitement par le Stibyal intraveineux.

*
* *

On voit, par ces exemples divers, que toutes ces formes associées *se présentent de façon à peu près semblable*. On peut décrire de la façon suivante le schéma clinique habituel des formes mixtes.

Quelques jours après la contamination, les lésions chancrelleuses ouvrent la scène, revêtant leur aspect habituel. Il existe un ou plusieurs chancres mous, accompagnés ou non d'adénopathie. Lorsque celle-ci apparaît, elle a d'abord tous les caractères d'un bubon chancrelleux. Sous l'influence du traitement (c'est la vaccinothérapie par le Dmelcos, qui est le plus souvent appliquée), le chancre cicatrise ; l'adénopathie diminue de volume. Cependant trois à six semaines environ se sont écoulées depuis la contamination. L'amélioration qui avait paru se produire au niveau des ganglions sous l'influence du vaccin, ne progresse plus. Malgré la répétition des injections, des fistules se produisent, la péri-adénite apparaît, des placards scléreux profonds enchâssent les ganglions, une extension de l'atteinte lymphatique se manifeste vers le scrotum et dans la profondeur de la fosse iliaque. Peu à peu la transformation s'opère et un bubon uniloculaire, ramolli, fait place, en quelques jours ou quelques semaines, par un remaniement lent, à l'aspect typique de la poradénite. L'infection chancrelleuse d'ailleurs, s'est éteinte, ou a guéri par les traitements habituels. Elle n'a laissé, comme traces, que ses stigmates biologiques. La maladie de Nicolas-Favre est désormais seule à évoluer. Les deux maladies n'ont chevauché que pour une courte période, au déclin de l'une, pendant l'apparition de l'autre.

C'est de cette manière que les choses semblent, d'après les quelques exemples observés, se comporter le plus souvent.

Il existe, cependant, sans doute, d'autres modalités d'association. Pour terminer, nous citerons simplement la possibilité d'une forme mixte spéciale, que l'un de nous a observée avec Didier-Hesse (1). Il s'agit d'une femme (obs. Kamm.) entrée à l'hôpital le 14 octo-

(1) P. Ravaut et Didier-Hesse. *Bull. soc. franç. Dermat. et syphil.*, 13 novembre 1930, p. 1178.

bre 1930, pour adénopathie inguinale bilatérale, d'allure subaiguë, sans aucune porte d'entrée appréciable. Deux ordres de recherches, pratiqués chez elle, ont abouti à des résultats divergents :

— D'une part, on fit l'inoculation intradermique au bras du produit de grattage de la vulve, selon la technique proposée par l'un de nous pour la recherche des porteurs de bacilles de Ducrey, sans aucune lésion apparente (1).

Cette intradermo-inoculation produisit une pustulette, dans laquelle, après 48 heures, on constata la présence de bacilles à centre clair, ayant la morphologie du bacille de Ducrey. A ce moment, la présence de Ducrey dans la vulve avait fait supposer logiquement que l'adénopathie concomitante était de nature chancrelleuse.

— Or, d'autre part, une semaine plus tard, le bubon fut incisé sous anesthésie, plusieurs ganglions à demi suppurés, prélevés et broyés. Ce matériel, confié à C. Levaditi, fut par lui inoculé au singe. Nous avons vu précédemment les résultats positifs de cette inoculation qui détermina chez le singe une maladie transmissible en série, dont l'identité avec la maladie de Nicolas-Favre paraît démontrée, pour les raisons que nous avons exposées (2) (v. chapitre inoculations à l'animal).

De sorte que cette femme, dont l'adénopathie inguinale renfermait indiscutablement le virus de la maladie de Nicolas-Favre, semble avoir été en même temps porteuse de germes, la présence de bacilles de Ducrey au niveau de sa vulve paraissant probable d'après les résultats de l'inoculation intradermique. Il y aurait ainsi dans ce cas, sinon association des deux maladies, au moins présence simultanée des deux virus chez un même sujet. Mais nous ne proposons ce fait qu'avec toutes réserves. En effet, si la nature lymphogranulomateuse des ganglions de cette femme ne faisait pas de doute, par contre, nous avons dit déjà avec quelle prudence il convient de juger, dans les cas douteux, la réalité de la présence du bacille de Ducrey, d'après la seule morphologie.

*
* *

(1) P. Ravaut, Rabeau et Didier-Hesse, *loc. cit.*

(2) C. Levaditi, P Ravaut et René Cachera. *Bull. soc. franç. Dermatol.* 10 décembre 1931.

En résumé, l'existence des formes associées de l'infection chancrelleuse et de la maladie de Nicolas-Favre, succédant à *une contamination unique*, est maintenant bien démontrée.

Un type clinique spécial, correspondant à la forme la plus typique de cette association, peut même être décrit. Le caractère le plus saillant en est *l'apparition initiale des lésions chancrelleuses, compliquées secondairement de poradénite*. L'écart, de 2 à 6 semaines environ, qui sépare l'apparition des deux infections mesure alors la différence de durée d'incubation des deux maladies.

Il n'apparaît pas que, de la fréquence relative de cette association, on puisse induire, comme le propose Kitchewatz, qu'il existe une communauté de nature entre les deux maladies. Sans nous arrêter au raisonnement simpliste qui objecterait que, pour s'associer, il faut être au moins deux, nous croyons qu'il a été fourni suffisamment d'arguments de tous ordres pour démontrer la différence de nature entre les deux maladies.

CHAPITRE V

ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE

Nous ne prétendons pas, dans ce chapitre, passer en revue tous les traitements des bubons inguinaux vénériens. Celui du bubon chancrelleux est, dans l'ensemble, réglé et connu. Quant à ceux que l'on a proposés contre la poradénite, ils sont innombrables, et leur multiplicité même indique qu'aucun d'entre eux ne donne pleinement satisfaction.

Nous voulons simplement exposer la conduite générale qui, d'après notre expérience actuelle, nous paraît la meilleure, tout au moins dans les conditions où elle est appliquée, c'est-à-dire *dans un service hospitalier*.

Disons tout de suite, en effet, qu'un procédé commun est appliqué par nous dans la plupart des cas de bubons inguinaux : *l'électrocoagulation*.

A première vue, il est évident que cette petite intervention, qui nécessite souvent une anesthésie générale rapide, peut paraître disproportionnée avec l'effet à atteindre.

C'est cependant cette pratique que nous avons, de plus en plus, généralisée, parce qu'elle est celle qui réserve le moins de surprises, qui donne les *résultats les plus constants et les plus rapides*. Or, en milieu hospitalier, cette considération a son importance ; un mode de traitement qui permet d'obtenir, dans le bubon chancrelleux principalement, la guérison dans un temps *limité, prévisible à l'avance*, est nécessairement le meilleur. On évite ainsi les indisponibilités, parfois interminables, qui sont fréquentes avec les rechutes si souvent observées après les traitements médicaux. Telles sont les raisons pratiques qui militent en faveur de la méthode ; retenons en un mot son principal avantage : *la régularité*.

Elle ne manque pas non plus, d'ailleurs, d'appuis théoriques et logiques. En premier lieu, une collection déjà ramollie, suppurée, ne peut que bien rarement être résorbée entièrement sous l'influence d'un traitement général, vaccinothérapie ou chimiothérapie, sans issue du pus à l'extérieur. Dès lors, aucune hésitation n'est possible : l'ouverture systématique est préférable à la fistule. La diathermo-coagulation nous paraît le meilleur moyen pour obtenir l'élimination du pus ou des tissus malades ; il se forme ainsi un véritable drain qui persiste aussi longtemps que dure la lésion, alors que la simple ouverture au bistouri se referme parfois beaucoup trop rapidement.

Ensuite, il est bien évident que ce traitement local n'exclut nullement tous les traitements généraux habituels, bien au contraire. Cette association constitue même, sans aucun doute, l'intérêt essentiel de la méthode. Car, non seulement elle ne dispense pas de la thérapeutique médicale, mais elle complète son effet ; mieux encore, elle *lui permet d'exercer son action plus efficacement*. C'est là le principe qui est à la base de toute notre manière de concevoir le traitement des adénopathies *suppurées*, inguinales ou autres. L'expérience nous a bien montré, en effet, qu'après une amélioration initiale, la vaccinothérapie de bubons chancrelleux, ou la chimiothérapie d'adénopathies lymphogranulomateuses, voient souvent leur activité s'épuiser. Leur action, au contraire, a le maximum d'efficacité si, au lieu de s'adresser à des suppurations enkystées, elle

peut s'exercer librement sur des lésions que le débridement systématique a *mises à ciel ouvert*.

Donc, *nous utilisons la collaboration du traitement local et du traitement général, l'un permettant à l'autre de fournir son résultat maximum*. Le premier, qui ne vise qu'à la libération des foyers de suppuration, est semblable pour toutes les variétés d'adénopathies ; le deuxième est adapté au contraire à la cause de l'adénite et change avec elle. Il est spécifique, ou tend à l'être.

Au surplus, et ce fait est directement en rapport avec notre point de vue dans ce travail, l'électro-coagulation, pratiquée indifféremment sur des bubons chancrelleux et lymphogranulomateux, décèle un mode de réaction différent dans l'un et l'autre cas. Le traitement local fait apparaître dans ces lésions, en les mettant à jour, des caractères physiques distinctifs nets, alors même qu'avant l'ouverture, elles pouvaient présenter une apparence identique. La thérapeutique elle-même *devient ainsi un critérium qui apporte des signes différentiels nouveaux entre les deux maladies*.

Ces considérations générales posées (1), étudions de plus près la mise en œuvre du traitement dans le bubon chancrelleux, et dans la maladie de Nicolas-Favre.

I. — *Bubons chancrelleux.*

Les indications thérapeutiques varient avec le degré de la lésion.

a) En cas d'adénite simple, d'aspect inflammatoire, nullement ramollie, si l'on suppose qu'il n'existe qu'une tuméfaction ganglionnaire et pas de pus collecté, on peut tenter de s'en tenir au traitement général seul : la vaccinothérapie intraveineuse par le Dmelcos. C'est dans ces cas que l'on obtient souvent une fonte rapide des adénopathies, appréciable après chaque injection. Et surtout c'est ici que l'effet est fréquemment durable et suffisant. On n'est cependant pas à l'abri, même dans ces formes très peu évoluées, des

(1) Les indications générales du traitement des bubons par la diathermo-coagulation sont exposées dans la thèse de Mme Laporte : Contribution à l'étude du traitement des bubons inguinaux suppurés par l'électro-coagulation « Le drain diathermo-coagulant ». *Thèse Paris*, 1931.

rechutes, sur lesquelles le vaccin agit souvent moins bien. C'est pourquoi, lorsqu'on désire obtenir à coup sûr la guérison dans un délai donné, il peut être préférable de soumettre également ces cas au traitement local.

b) Chaque fois qu'il existe un bubon, une poche fluctuante qui renferme une collection de pus, la conduite adoptée par nous est immuable : traitement local d'abord, adjonction au bout de quelques jours du traitement général.

1° Le traitement local est réalisé par *l'électro-coagulation* des lésions qui, non seulement assure l'ouverture et la mise à plat de la cavité purulente, mais encore atteint les foyers ganglionnaires profonds, s'il y en a.

Laissant de côté la technique, détaillée dans des publications antérieures (1), envisageons seulement les résultats locaux de l'intervention.

Dans les jours qui suivent celle-ci, apparaît en général un écoulement abondant, fait de sérosité et surtout, de lymphe.

Après 8 à 10 jours, l'escarre se détache; à ce moment apparaît à son maximum l'étendue du délabrement souvent important, qui est consécutif à l'élimination des tissus diathermo-coagulés. Pour qui ne connaît pas la rapidité particulière de cicatrisation des plaies d'électro-coagulation, l'aspect de la lésion est déconcertant à cette phase. C'est à ce moment que nous commençons la vaccinothérapie, dont l'effet est appliqué ainsi dans les conditions optima, puisqu'il s'exerce sur des lésions parfaitement mises à jour.

C'est à cette phase également, quelques jours après l'élimination complète de l'escarre, que l'on apprécie le mieux *l'aspect anatomique des lésions traitées*. Le fond de la plaie opératoire d'un bubon chancrelleux se présente à la vue comme une surface parfaitement plane, régulière, de couleur vive, chair musculaire. Au palper, les plans sous-jacents et avoisinants sont souples, sans trace d'induration ; on ne constate pas non plus de ganglions aberrants, ayant échappé à la coagulation. Bref, il existait une poche suppurée, volumineuse mais unique ; c'est le plancher de cette cavité qui forme

(1) Pour les détails techniques, consulter la thèse de Mme Laporte (Thèse de Paris, 1931) et la communication de l'un de nous : P. RAVAUT et Mlle LANDOWSKI, Le drain diathermo-coagulant dans le traitement des adénites subaiguës et chroniques. *Soc. franç. de Dermatol. et de syphil.*, 12 décembre 1929.

maintenant le fond de la plaie : il est net et lisse. La cicatrisation ne rencontre aucun obstacle. Aussi se produit-elle très régulièrement, avec une rapidité qui étonne. Dans un délai dont les variations extrêmes sont limitées, en 4 à 5 semaines au maximum, l'épidermisation est complète.

Les récidives n'existent pratiquement pas quand l'ouverture a été suffisante.

La cicatrice est très minime, souple et continue à s'améliorer dans les mois qui suivent, au point d'être à peine visible au bout d'un an.

Si nous avons insisté sur l'aspect réalisé au moment de la chute de l'escarre, c'est qu'il est très instructif de le comparer à celui que présente au même moment le fond de la plaie d'électro-coagulation dans la maladie de Nicolas-Favre. Nous verrons que la différence, qui est considérable, ne porte pas seulement sur la morphologie des lésions ; la durée et la simplicité des suites diffèrent aussi beaucoup.

2° Traitement général. Nous l'associons toujours à la libération des foyers de suppuration enkystés, quels qu'ils soient. Dans le cas particulier du bubon chancrelleux, nous appliquons la méthode habituelle des 6 injections intraveineuses de Dmelcos. Elles doivent être commencées au moment où, l'escarre tombé, les lésions sont entièrement dégagées.

Cette thérapeutique est trop employée et trop connue pour que nous insistions sur les modalités de son application. Quant à celles de son action, le sujet est trop controversé pour que nous hasardions la moindre hypothèse théorique. Contentons-nous de rappeler les précisions de fait que nous avons apportées avec Rivalier sur les modifications humorales qui accompagnent les injections de Dmelcos, et qui sont comparables, sauf pour l'intensité, à celles que P. Teissier, J. Reilly et Rivalier avaient observées précédemment, en utilisant un antigène très pur.

En résumé, la méthode que nous employons dans le traitement du bubon chancrelleux peut paraître longue et compliquée si on la compare aux succès brillants et rapides parfois obtenus avec la vaccinothérapie isolée; elle peut sembler, au contraire, remarquablement simple et avantageuse si on la rapproche des mécomptes, parfois interminables, que peut réserver le traitement médical seul.

En réalité, il faut la situer à mi-chemin, entre ces deux extrêmes : solution moyenne, elle se recommande avant tout par *la constance de ses résultats, obtenus dans un délai régulier.*

II. — *Maladie de Nicolas-Favre.*

La thérapeutique de cette maladie dont le virus n'est pas encore isolé, ne peut aucunement prétendre être spécifique. Aussi, les résultats obtenus n'ont-ils pas ici, à beacoup près, la belle régularité maintenant acquise dans le traitement des adénopathies chancrelleuses. De sorte que les détails de cette thérapeutique peuvent difficilement être considérés comme réglés; bien souvent, ils devront être variés dans leur application, et même parfois être adaptés par tâtonnements successifs à chaque cas particulier. C'est dire qu'il est bien délicat à l'heure actuelle de définir à l'avance *un* mode de traitement de la poradénite. Cependant, la conduite générale à tenir peut tout de même être fixée de façon assez constante.

Comme dans le bubon chancrelleux, *la variété anatomique* des lésions a une grande importance pour le choix de la thérapeutique.

a) Les cas qui peuvent être justiciables du traitement général seul sont sans doute ici encore plus rares que dans l'infection chancrelleuse.

Cependant, nous avons observé quelques malades qui ont pu être considérés comme guéris, après un simple traitement médical. Ces cas, au nombre de 4, se résument de la façon suivante :

1) Blan..., adénite moyenne, ramollie, d'allure subaiguë, peu évolutive ; ponction évacuatrice : peu de pus

Traitement par les sels d'or (injections intraveineuses de crisalbine).

2) Char..., bubon unique, très volumineux, fluctuant. Ponction évacuatrice : quantité abondante de pus.

Traitement par l'antimoine (injections intraveineuses de stibyal).

3) Ro..., adénopathie inguinale dure, bilatérale, non suppurée. Guérison rapide par les injections intraveineuses d'émétine.

4) Heyd..., aspect de poradénite au début, plusieurs ganglions durs avec sclérose moyenne. Ponction : pas de pus.

Traitement : injections intraganglionnaires de glycérine selon *la technique conseillée par Marcel Pinard.* Sels d'or par voie veineuse.

On voit que deux cas sur quatre étaient des formes anormales, sans sclérose, avec suppuration collectée en un seul abcès. *Ce type anatomique semble indiscutablement plus facile à guérir.*

Les traitements généraux employés ont été, soit les sels d'or, soit l'antimoine, soit l'émétine associés ou non aux injections iodées intraveineuses comme l'un de nous l'a proposé dès 1921 (1). Nous reviendrons sur ce point. Dans un cas, s'il n'y a pas eu de véritable intervention locale, il faut noter cependant que les injections intraganglionnaires de glycérine ont paru être un adjuvant sérieux au traitement général.

Enfin, il convient, sans aucun doute, de faire toutes réserves sur la solidité de ces guérisons, sachant à quel point sont fréquentes les rechutes, les poussées ganglionnaires successives dans la maladie de Nicolas-Favre. Cependant, si deux de ces sujets apparemment guéris n'ont été suivis que jusqu'à leur sortie de l'hôpital (Blan. et Char.), le troisième (Heyd.) a été revu quatre mois plus tard ; la guérison semblait alors définitive.

b) Ces cas qui peuvent évoluer favorablement sous l'influence du traitement général, aidé ou non par des interventions locales simples, ponctions ou injections intraganglionnaires, sont peu nombreux. Lorsque l'on essaie le traitement général exclusif, il est fréquent, après une amélioration initiale parfois brillante, de voir l'action thérapeutique cesser à un moment donné, laissant très souvent une fistule qui tend à devenir chronique.

Aussi, plus encore ici que pour les bubons chancrelleux, il est utile d'ouvrir les foyers de suppuration, parce qu'ils sont plus étroitement enkystés, plus profonds, et souvent multiples. En règle, donc, il est nécessaire de recourir au double traitement, local et général.

1° Traitement local. — L'atteinte des abcès intraganglionnaires profonds est réalisée au mieux par l'électro-coagulation.

Après la chute de l'escarre, le fond de la plaie présente ici un aspect qui diffère le plus souvent beaucoup de celui que nous avons décrit dans le bubon chancrelleux.

(1) P. Ravaut. Le traitement de l'affection dite « Lymphogranulomatose inguinale subaiguë » par les injections d'émétine. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 20, 10 juin 1925.

Plusieurs éventualités sont d'ailleurs possibles ; *elles sont fonction de la variété anatomique que réalisait la lésion initiale* et de l'intensité avec laquelle a été poussée la diathermo-coagulation.

(α) Dans les cas les plus rares, et lorsque le point de départ était un bubon à poche unique, le fond de la plaie peut être plan, les tissus avoisinants rester souples.

L'aspect demeure pendant toute l'évolution celui d'un bubon banal. La cicatrisation paraît cependant toujours plus lente que dans le bubon chancrelleux (obs. Va...).

(β) A partir d'une lésion semblable, il est fréquent par contre de constater, après la chute de l'escarre, que le fond de la plaie ne demeure pas régulier, qu'il y apparaît des ganglions. Les plans avoisinants s'infiltrent de sclérose. Ce sont ces formes intermédiaires auxquelles nous avons fait allusion dans la description clinique. Ici, c'est secondairement, et au cours même du traitement, que se constituent des signes nets de poradénite. L'aspect devient alors le même que dans le cas suivant.

(γ) Les formes présentant d'emblée les caractères anatomo-cliniques de la poradénite offrent, après électro-coagulation, un tableau bien spécial. L'aspect de la plaie opératoire est complètement différent de celui qui est réalisé dans les bubons chancrelleux.

Dans le bubon chancrelleux, en effet, la collection ramollie est saillante : celle-ci détruite par la coagulation, le fond de la poche apparaît très superficiel ; il est sensiblement de niveau avec les plans cutanés voisins. Ici au contraire, les foyers suppuratifs se développaient en profondeur, enchassés dans la sclérose. Leur ouverture par la diathermocoagulation laisse nécessairement une plaie très creuse.

Le *fond* de la lésion a surtout un aspect spécial. Il est irrégulier, tourmenté, bosselé, de couleur blanchâtre ou grise. Des nodules saillants, arrondis, le soulèvent : ce sont des ganglions scléreux, profonds, insuffisamment touchés par le courant. Ces ganglions durs contiennent généralement en leur centre quelques gouttes de pus. Ils deviennent souvent l'amorce de fistules nouvelles, débouchant au fond même de la plaie.

Au palper, les caractères ne sont pas moins particuliers. On perçoit une induration profonde, plus étendue que les lésions qui ont été ouvertes. Des traînées fibreuses dures descendant vers le

scrotum, le fond du triangle de Scarpa, l'arcade crurale ou continuent à augmenter malgré l'intervention. Les adénopathies de la fosse iliaque peuvent dans quelques cas diminuer de volume après l'ouverture des ganglions plus superficiels de l'aine, comme l'a fait remarquer Nicolas ; mais, bien souvent aussi, elles persistent.

Enfin, au cours de l'évolution ultérieure, il est très fréquent que la pression profonde fasse sourdre, dans le fond ou sur les bords de la plaie, le pus d'un abcès voisin, qui s'est reformé malgré le drainage. Ainsi se manifeste le caractère foncièrement évolutif de la maladie : détruites ou mises à jour en un point, les lésions tendent à se reformer à côté.

Plus que jamais donc, la collaboration du traitement général intensif est indispensable dans ces cas. Le simple débridement des lésions, qui apporte une aide utile au traitement interne, ne peut le plus souvent, dans la maladie de Nicolas-Favre, se suffire à lui-même.

Avant d'envisager les modalités du traitement général, signalons, pour terminer, que des retouches, à l'électro-coagulation, peuvent devenir nécessaires dans les formes rebelles qui présentent des poussées évolutives récidivantes.

On peut enfin compléter très heureusement les effets de l'électro-coagulation par quelques séances de *radiothérapie* qui exercent une action parfois très utile sur l'infiltration générale de la région inguinale. Nicolas conseille tout spécialement ce mode de traitement qui donne « des résultats excellents, surtout lorsqu'il peut être fait de façon précoce, avant un ramollissement très marqué et particulièrement avant la production de fistules multiples ».

Nous avons observé que, dans les formes ramollies et fistulisées, l'électro-coagulation préalable permet précisément à la radiothérapie d'exercer son action comme sur les formes récentes.

Nous avons utilisé la radiothérapie dans un assez grand nombre de cas ; nous avons pu constater son action parfois très efficace. Elle a même pu nous rendre service non seulement dans les formes récentes, non fistulisées, comme l'indique Nicolas, mais aussi dans des formes anciennes, suppurées et ouvertes, grâce à une condition préalable : la mise à jour des ganglions profonds et des clapiers purulents par l'électro-coagulation. Ainsi, nous avons pu à maintes reprises, compléter les effets de la diathermo-coagulation par l'ir-

radiation directe des lésions mises à nu dans le fond de la plaie opératoire. Les exemples suivants montrent bien l'efficacité des deux traitements associés.

Dans l'observation Clo..., l'électro-coagulation, pratiquée le 13 mai 1931, ne suffit pas à amener la guérison complète. Trois semaines plus tard, de la sclérose, de nouveaux ganglions se développent dans la plaie même. Trois séances de radiothérapie (8, 18 et 28 juin déterminent non seulement l'arrêt de cette récidive mais la cicatrisation définitive au début du mois de juillet.

Même enchaînement de faits, même traitement et mêmes résultats sont observés chez un autre malade (Sal.). Electro-coagulation le 22 avril, récidive dans la plaie un mois plus tard. Trois séances de radiothérapie les 21, 27 mai et 3 juin. Guérison complète le 25 juin.

Cependant des résultats aussi bons sont loin d'être constants : plusieurs échecs complets ont été également enregistrés, sur des lésions fermées comme sur des ganglions mis à jour par l'électro-coagulation. L'observation Montor, est, à cet égard, typique. Le diagnostic de maladie de Hodgkin avait été porté chez cet homme, après examen d'une biopsie ganglionnaire, par plusieurs anatomo-pathologistes des plus compétents. On l'avait alors soumis à des séances répétées et prolongées de radiothérapie qui n'avaient eu d'autre résultat qu'une radiodermite étendue de la région inguinale, Nous avons été amenés alors à examiner et à traiter ce sujet qui était atteint en réalité de maladie de Nicolas-Favre. La guérison complète fut particulièrement longue à obtenir dans ce cas qui, dans la suite, se montra aussi résistant à une tentative nouvelle de radiothérapie.

Donc, comme tous les autres procédés thérapeutiques mis en œuvre dans le traitement de la maladie de Nicolas-Favre la radiothérapie, à côté de beaux succès, compte aussi des échecs.

2° Traitement général.

(α) Méthodes biologiques. Le traitement *spécifique* de la poradénite n'a pu être réalisé jusqu'à présent de façon satisfaisante. Signalons cependant une très intéressante tentative d'Hellerström dans cet ordre d'idées (1). Cet auteur a injecté *par voie intravei-*

(1) Hellerstrœm. *Réunion Dermatol. Strasbourg*, 8 mars 1931.

neuse l'antigène lymphogranulomateux préparé comme pour la réaction de Frei, mais dilué à 1 p. 8.

Des injections à doses croissantes, de 0,2 à 5 centimètres cubes, ont donné, au début, des élévations intenses de la température. Fait capital, la répétition des injections a fait disparaître les réactions thermiques, ce qu'Hellerström interprète comme un phénomène de désensibilisation. Les sujets indemnes de lymphogranulomatose n'ont pas présenté d'élévations thermiques à la suite des mêmes injections. Le résultat thérapeutique a paru appréciable.

Parmi ces méthodes qui visent à être spécifiques, on peut également citer les essais de Delbet, Beauvy et Ménégaux (auto-vaccination par injection de ganglions extirpés et broyés), ou encore la répétition des réactions de Frei en série.

Les méthodes biologiques *non spécifiques* ont un intérêt moindre.

Cependant, un exemple particulièrement net de leur action parfois favorable est fourni par notre observation Grim..., rapportée plus haut (v. chapitre I). Nous avons montré déjà l'amélioration remarquable obtenue dans ce cas par l'auto-inoculation intradermique d'un fragment de ganglion surinfecté, à la faveur d'une réaction fébrile intense.

On peut signaler encore l'effet du Dmelcos intraveineux, et, probablement, de n'importe quel agent pyrétogène, *dans certaines conditions*. Nicolas, J. Gaté et J. Charpy, signalent, à juste titre, le manque d'action du Dmelcos dans la poradénite comme un critérium pouvant aider au diagnostic avec le bubon chancrelleux. C'est bien là le fait observé dans les conditions courantes.

Par contre, dans des lésions lymphogranulomateuses électrocoagulées, nous avons pu suivre avec netteté l'action indéniable des injections intraveineuses de Dmelcos sur les ganglions directement visibles dans le fond de la plaie. A plusieurs reprises, nous avons vu ceux-ci, auparavant stationnaires, diminuer nettement, parfois même rapidement, sous l'influence de la vaccinothérapie intraveineuse. On trouve là un exemple de plus du fait qu'un traitement général, inactif sur des lésions enkystées, peut devenir agissant sur les mêmes lésions mises à ciel ouvert.

(β) Chimiothérapie. De nombreuses substances ont été proposées.

Rappelons tout d'abord la méthode que l'un de nous a préconisée

de longue date (1). Elle consiste dans la pratique de cures d'injections d'émétine soit seule, soit associée au Lugol. Nous y reviendrons.

On a préconisé depuis, l'iodure de Potassium (Jersild), le sulfate de cuivre ammoniacal (Carnot), les sels d'or (Almqvist), les sels d'antimoine (Destefano et Vaccarezza).

Nous avons utilisé la chrysothérapie dans un certain nombre de cas, sous forme d'injections bi-hebdomadaires de 0 gr. 20 de crisalbine. A côté de succès que nous avons déjà relatés (obs. Blan... et Heyd...) nous avons constaté aussi des échecs complets (obs. den Har... et Jou...). *Pratiquement, deux substances retiennent surtout notre attention actuellement. Ce sont l'iode et l'antimoine.*

Le traitement iodé a été employé par l'un de nous dès 1924 dans la poradénite. Dans ce travail, l'iode était déjà conseillé comme le traitement interne de choix, administré sous forme de *solution de Lugol* par la bouche (à fortes doses, par demi-cuillerées à café), et par voie veineuse. Depuis lors, un perfectionnement très important en pratique a été apporté à la technique des injections intraveineuses. Celles-ci devenaient autrefois rapidement impossibles par suite de la sclérose veineuse. L'adjonction à la solution de Lugol d'une solution d'hyposulfite de soude à 20 0/0 supprime complètement cet inconvénient. La solution d'hyposulfite de soude est ajoutée extemporanément dans la seringue, à la solution de Lugol, jusqu'à décoloration complète de celle-ci. De cette manière, les doses élevées d'iode qui sont nécessaires peuvent être atteintes (15 à 20 centimètres cubes de Lugol par injection), et répétées sans inconvénient.

Le *traitement par l'antimoine* a été employé dès 1923 dans la poradénite par F. Destefano et R. F. Vaccarezza (2). Il était d'ailleurs utilisé déjà au XVIII[e] siècle contre les adénopathies chroniques, comme le rappelle P. Chevallier, qui a récemment eu recours de nouveau à cette méthode (3).

F. Destefano et R. F. Vaccarezza, dans une étude très complète, rapportent les effets favorables du traitement stibié, constatés d'après 72 observations.

(1) RAVAUT. *Loc. cit.*

(2) F. DESTEFANO et R. F. VACCAREZZA. *La semana medica*, Buenos-Aires, n° 43, 1925.

(3) P. CHEVALLIER, *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 12 juin 1931.

Nicolas a utilisé aussi avec succès ce traitement dans quelques cas.

Nous avons également employé l'antimoine chez un certain nombre de nos malades. Nous nous sommes servis du stibyal en injections intraveineuses, répétées 2 à 3 fois par semaine. Les doses employées ont été progressives, de 0 gr. 03 à 0 gr. 12 par injection. Cette dernière dose paraît être la plus forte qui puisse être supportée sans inconvénients. Encore survient-il très fréquemment une réaction immédiate désagréable, avec vomissements. Nous n'avons jamais observé d'incidents sérieux.

Ainsi, l'iode et l'antimoine sont les deux substances qui paraissent à l'heure actuelle, de beaucoup les plus actives pour la chimiothérapie de la maladie de Nicolas-Favre. Il est difficile de préciser si l'une des deux se montre préférable à l'autre. Notre expérience de l'antimoine est d'ailleurs relativement récente (9 cas traités). Cependant, il semble que les avantages obtenus ne soient pas tout à fait du même ordre pour les deux agents thérapeutiques.

Le traitement à l'antimoine, mené activement nous a donné dans plusieurs cas des améliorations très nettes et très rapides au début, surtout sur des lésions lymphogranulomateuses d'allure aiguë, très inflammatoires.

Char..., déjà citée, où la guérison fut obtenue sans traitement local concomitant.

God..., fonte rapide d'un bubon suppuré très volumineux, mais nécessité de terminer le traitement par l'électro-coagulation.

Den Har..., lésions électro-coagulées de longue date, avec suppuration persistante, pas de cicatrisation ; échec complet de la chrysothérapie ; fermeture des lésions en 10 jours de traitement par l'antimoine, mais persistance de lésions scléreuses.

Dans presque tous ces cas, après une action brillante sur les phénomènes suppuratifs aigus, l'antimoine s'est montré incapable de mener à bien la guérison complète. Les *processus scléreux* semblent en particulier n'être plus influencés. Or, bien que d'allure torpide, ils peuvent parfaitement être évolutifs, cette sclérose étant souvent particulièrement extensive.

Le traitement par le Lugol apporte des résultats un peu différents : son action est souvent moins apparente dès le début ; il faut une longue persistance pour que les progrès, assez lents, mais

continus, apparaissent. Plusieurs séries d'injection sont souvent utiles, mais l'amélioration se poursuit pendant toute la durée du traitement. De plus, grâce à sa tolérance facile par voie buccale, le traitement iodé peut être continué pendant le temps nécessaire.

De sorte que les avantages des deux méthodes pourraient sans doute être mis à profit de façon combinée, comme nous l'avons fait dans quelques cas, car *leurs qualités différentes paraissent pouvoir se compléter*. Le traitement à l'antimoine, poussé rapidement, aux plus hautes doses supportées, semble surtout indiqué *à la phase active de lésions en pleine évolution, au moment des poussées aiguës de la maladie*.

Le traitement iodé paraît pouvoir entrer en ligne ensuite, lorsque, les phénomènes inflammatoires calmés, l'antimoine laisse inchangée l'évolution lente de la sclérose. *Ces formes subaiguës et plus anciennes, avec production étendue de fibrose*, se montrent en effet surtout améliorées par l'administration continue de la solution iodo-iodurée, par la bouche, par voie veineuse, et en pansements locaux.

Bien entendu, dans l'un et l'autre cas, le traitement local, l'ouverture des lésions aura précédé et viendra favoriser l'action du traitement interne, selon le principe général que nous avons exprimé.

Récemment nous avons encore repris notre vieux traitement à l'émétine seul ou associé à l'iode et obtenu chez nos deux derniers malades des résultats très supérieurs à ceux fournis par l'antimoine. Dans les localisations anales, rectales ou périrectales de ce virus ce traitement nous a donné chez quelques malades des résultats très nets.

En résumé, on peut tirer de cet exposé la conclusion que le traitement de la maladie de Nicolas-Favre réserve encore bien des difficultés ; *il ne permet d'obtenir la guérison qu'après un délai souvent assez long*. Cette durée est d'ailleurs *très irrégulière*, et risque d'être allongée considérablement *par des rechutes*. C'est dire que l'on est loin ici de la rapidité et plus encore *de la régularité* de la guérison du bubon chancrelleux. Cependant, il est certain qu'à l'aide de la technique que nous venons d'exposer, qui commence à être nettement réglée, et que nous employons maintenant de façon systématique, la durée de la maladie tend à devenir de plus en plus

réduite et permet surtout de débarrasser le malade de cette fibrose cicatricielle qui constitue parfois une véritable séquelle.

Enfin cette question de thérapeutique médicale prend maintenant une importance encore plus grande en raison de ses applications au traitement de certaines localisations génitales, anales, rectales du virus de la maladie de Nicolas-Favre.

ÉPIDÉMIES FAMILIALES DE TONDANTES A TRICHOPHYTON PILOSUM

Par Jesus Gonzalez URUENA,
Ancien Professeur de Clinique Dermatologique à l'Université de Mexico,
et Isaac OCHOTERENA,
Directeur de l'Institut de Biologie à la même Université.

Les épidémies familiales de teigne par contagion de ces Dermatomycoses ne sont pas rares.

Dans 137 cas de tondantes traités dans la clientèle civile de l'un de nous (González Urueña), nous avons observé 15 cas d'épidémies familiales, tous chez des frères ou sœurs et de la forme cratériforme, à l'exception d'un seul dont nous parlerons ci-dessous, qui appartenait au type acuminé. Le tableau ci-joint indique les détails de ces épidémies.

N°	Date	Hommes	Age	Femmes	Age	Type	Total
1	Mai 1920	2	6 et 9 ans	1	11 ans	Cratériforme	3
2	Janvier 1921	—	—	2	5 et 6 ans	»	2
3	Février 1921	2	7 et 9 ans	—	—	»	2
4	Février 1923	1	5 ans	1	2 ans	»	2
5	»	—	—	2	2 et 3 ans 1/2	»	2
6	Sept. 1923	2	5 et 3 ans	—	—	»	2
7	Février 1924	2	5 et 7 ans	1	9 ans	»	3
8	Mars 1924	1	7 ans	1	9 ans	»	2
9	Mai 1925	1	5 ans	1	4 ans	»	2
10	Août 1925	1	6 ans	1	4 ans	»	2
11	Nov. 1925	—	—	2	3 et 7 ans	»	2
12	Juillet 1926	1	9 ans	1	9 ans	»	2 jumeaux
13	Juillet 1929	2	2 et 5 ans	1	4 ans	»	3
14	Mars 1930	—	—	3	4, 6 et 12 ans	Acuminée	3
15	Août 1930	—	—	2	6 et 8 ans	Cratériforme	2
		15		19			34

Les épidémies que nous publions ci-dessous présentent certaines particularités dignes d'être mentionnées.

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 3. MARS 1932.

Il s'agit tout d'abord de deux épidémies familiales de tondantes cliniquement distinctes, mais mycologiquement identiques.

La première étant donnés ses caractères objectifs, correspondrait à la catégorie de culture cratériforme, avec ses plaques squameuses très nombreuses, comme des zones pityriasiques isolées, comme si la tête eût été saupoudrée de cendre ; avec des cheveux malades mélangés à des cheveux sains, en plaques plus ou moins grandes, depuis des plaques en forme de pointe jusqu'à des plaques atteignant la taille de la paume de la main, irrégulièrement orbiculaires. Les cheveux envahis par le parasite sont cassés à 3 ou 4 millimètres au-dessus de la peau, ils sont gris, engainés dans un manchon épidermique qui les recouvre complètement ou laisse émerger leur pointe; ils sont atrophiés, minces, avec disparition de leur axe rectiligne, recourbés en plusieurs fragments, fragiles et cassants, car lorsqu'on essaie de les épiler ils se rompent et une partie reste dans la racine. D'autres sont renfermés dans les squames. C'est là la tondante trichophytique scolaire mexicaine, la plus fréquente dans la capitale et celle qui par l'étude clinique correspondrait à la tondante de culture cratériforme, si minutieusement décrite par Sabouraud. Cependant l'étude mycologique a démontré dans notre épidémie familiale que son agent causal a été le *Trichophyton pilosum*.

Il s'agissait de deux fillettes, petites sœurs, âgées de 6 et 8 ans respectivement, originaires de Ciudad Victoria, capitale du Tamaulipas, Etat situé sur notre frontière septentrionale. Chez ces deux enfants la teigne avait été très squameuse et disséminée, avec les caractères décrits ci-dessus.

Dans l'autre épidémie, il s'agit de la forme rare des tondantes mexicaines. Objectivement ces tondantes correspondent à la forme caractérisée par les cheveux cassés ras et qui restent incrustés sous l'épiderme comme des grains de poudre, comme des points noirs, sans pityriasis diffus ou très discret, avec de la kératose périfolliculaire plus ou moins accentuée, dans certains cas celle-ci n'existe pas. Les fragments de cheveux sous-épidermiques sont très difficiles à extirper, on ne peut y arriver qu'avec la pointe d'une aiguille qui permet de séparer tout d'abord les couches épidermiques ; mais même ainsi, les cheveux se brisent en raison de leur fragilité due au parasite, sauf quand ils sont déjà lâches et détachés de leur racine

par l'effet de la dépilation thallique automatique, qui permet de les extraire très facilement.

Ces cheveux parasitaires peuvent être très nombreux et occuper une grande superficie de la tête, être mêlés à des cheveux sains, mais parfois on ne les observe que sur des zones très limitées, petites, uniques même, elles constituent alors des plaques irrégulières ou tendant à la forme orbiculaire.

Au moment de la dépilation thallique on peut être surpris par la diffusion des lésions qui étaient restées insoupçonnées au milieu d'une chevelure abondante et malgré un examen très minutieux.

Les trois sœurs dans une autre épidémie, âgées de 12, 6 et 4 ans sont les filles d'un père italien et d'une mère mexicaine. Toutes étaient atteintes cliniquement de la teigne du type acuminé. La cadette des fillettes présente un nœvus pigmentaire plat à la région pariétale droite, de 5 centimètres de long sur 3 de large dont les cheveux sont envahis également par la trychophytie.

Sur 480 cas de teigne que nous avons observés à l'Ecole « Docteur Balmis », 48 seulement correspondent cliniquement au type tricophytique à culture acuminée, tandis que 407 appartiennent au type cratériforme.

Sur les 137 teigneux de la clientèle civile de l'un de nous, 9 ont présenté le type acuminé ; pour deux de ces cas il s'agissait d'enfants syrio-libanais.

La figure 1 correspond au type rare de teigne tonsurante mexicaine et la figure 2 à la forme plus fréquente ; on peut noter très clairement le contraste objectif entre les deux.

Il y a lieu de signaler que tous les cas de teigne que nous avons vus chez des adultes appartenaient à la forme rare au Mexique, cliniquement au type acuminé.

*
* *

Les cinq fillettes furent traitées et guéries simultanément par l'acétate de thallium. Aux quatre plus âgées on le leur donna à raison de 8 milligrammes par kilo de leur poids et à la plus petite de 4 ans, à raison de 7. Toutes étaient en parfaite santé et ne présentaient pas, comme il est de règle, une altération notable imputable à la médication, bien que l'analyse de l'urine révélât, chez la

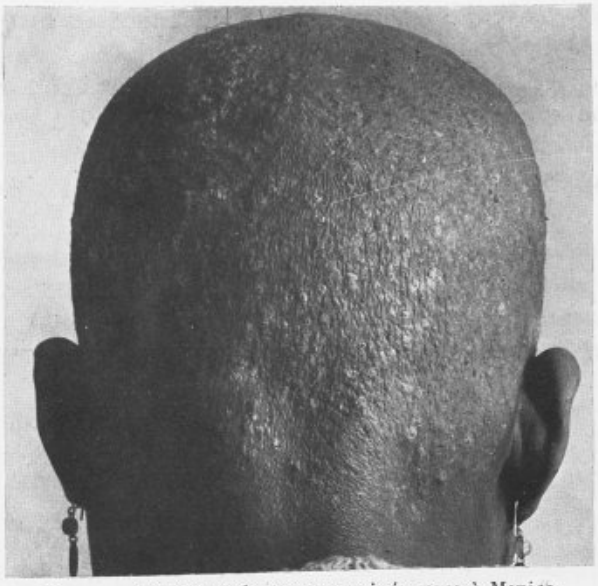


Fig. 1. — Tondante de type acuminée, rare à Mexico.

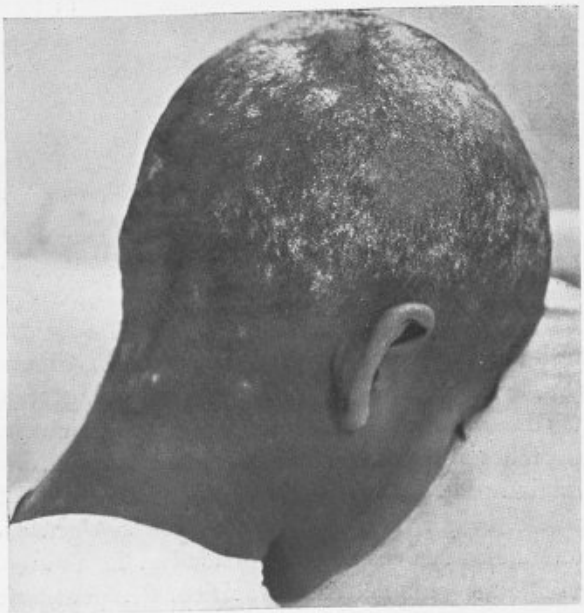


Fig. 2. — Tondante scolaire dominante à Mexico. Type cratériforme.

fillette d'âge moyen, 2 centigrammes d'albumine par litre d'urine.

La plus âgée des trichophytiques eut pour la première fois ses règles, quinze jours après l'ingestion de 30 centigrammes d'acétate de thallium, quantité que nous ne dépassons jamais à cet âge. Le début menstruel eut lieu normalement en pleine dépilation thallique. C'est le seul cas que nous avons enregistré d'une telle coïncidence.

Les deux fillettes de Tamaulipas sont de beaux exemplaires de l'espèce, blanches, rosées, robustes. L'aînée, celle de 8 ans, est

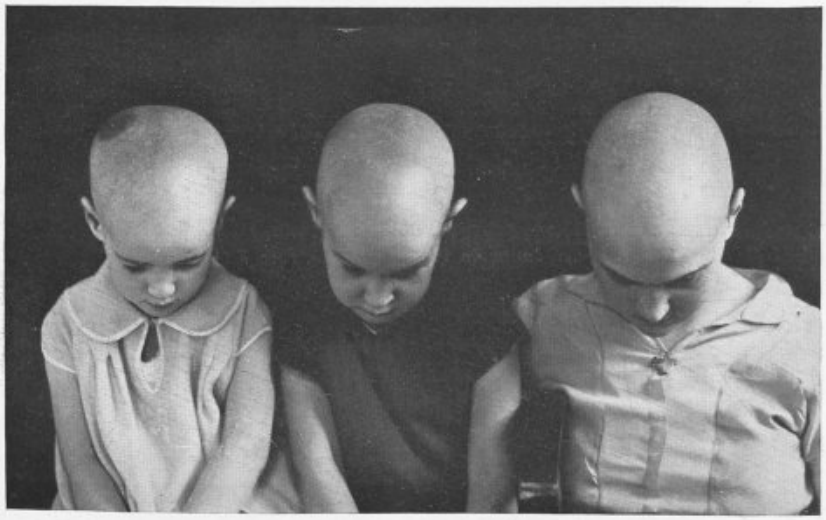


Fig. 3. — Trois sœurs atteintes de tondantes de *Trichophyton pilosum*, dépistées par le Tl.

hypertrichosique. Huit jours après l'ingestion du Tl elles éprouvaient des douleurs dans les jambes, douleurs passagères qui ne les gênaient pas dans leur vie habituelle, ni ne modifiaient leur poids.

Chez les cinq teigneuses la dépilation commenca douze jours après l'administration du sel et chez trois d'entre elles elle fut un peu incomplète, ce qui n'empêcha pas la guérison grâce à l'action élective du thallium sur les cheveux malades. La figure 3 montre trois de ces fillettes complètement dépilées. On peut noter chez la plus petite le nævus dont il a été parlé.

Les cas spécifiés démontrent la possibilité qu'un seul champignon pathogène produise des tondantes de types cliniques distincts, ce qui indique la nécessité d'une large confrontation entre la mycologie et la clinique, pour arriver à fixer d'une manière très précise leurs relations mutuelles.

Des fillettes habitant des endroits très éloignés et de climat très différent, qui ne furent jamais en contact, ont été atteintes de formes de teignes objectivement distinctes, mais toutes produites par le même *Trichophyton pilosum*.

Peut-être les dermatophites, agents des teignes ne font-ils pas exception à la loi de pathologie générale qui dit qu'un seul agent pathogène peut occasionner des processus cliniques variés, très dissemblables entre eux.

Nous ignorons pourquoi le même champignon pathogène l'*Achorion Schœnleinii*, détermine dans certains cas, sur la peau de la tête, le favus typique avec ses godets pathognomoniques, et d'autres fois les formes pityroïde et impétigoïde morphologiquement si différentes, car la première ressemble davantage à la séborrhée sèche, à l'eczéma séborrhéique, même au psoriasis, qu'au favus et la seconde rappelle bien plus l'impétigo vulgaire, melliforme ou granulé, que la teigne faveuse.

Pour ne pas nous écarter du domaine cutané, nous rappellerons que le streptocoque engendre des dermatoses objectivement différentes comme l'érysipèle, l'impétigo, avec la dartre volante et l'ecthyma, la lymphangite, l'intertrigo, la rhinite, la tourniole, le pemphigus épidémique, les bulles des pieds, quelques parakératoses, certains eczémas (streptococcides eczématiformes), etc.

On pourrait dire quelque chose de semblable du staphylocoque, du bacille de Koch et d'autres agents pathogènes.

*
* *

Les fragments de cheveux extirpés pour l'étude mycologique, étaient sur les trois premières fillettes, très petits, grossis, tordus, sans gaine épidermique, mais mêlés avec quelques squames petites, furfuracées. Chez les deux autres, ils possédaient les caractères déjà décrits.

Soumis à l'examen par le moyen du sulfure de soude de Corn-

blect, ils montrent à l'intérieur un mycélium dont les hyphes sont constitués par des chaînes de spores plus ou moins rectangulaires de 5, 6, 8 micros ; mais certains sont ronds et sont bien intercalés comme des véritables chlamydospores, à certains endroits de la chaînette. Aux endroits où la cuticule présente des altérations, le filament sporifère émerge, se dichotomise, perd sa cohérence et les éléments qui le composent se désintègrent facilement (Fig. 4 et 5).

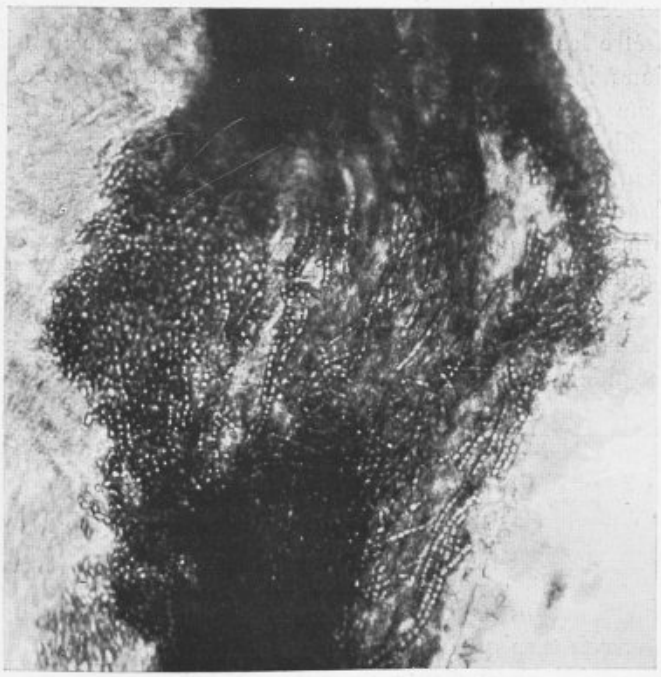


Fig. 4.

Dans certaines squames voisines des cheveux, nous avons trouvé aussi le parasite formant également de minces chaînettes de petite longueur, avec ses spores comprimées les unes contre les autres et groupées en masses à certaines places, comme le montre notre microphotographie n° 6.

Les cultures tentées avec ces éléments donnent des colonies mal développées.

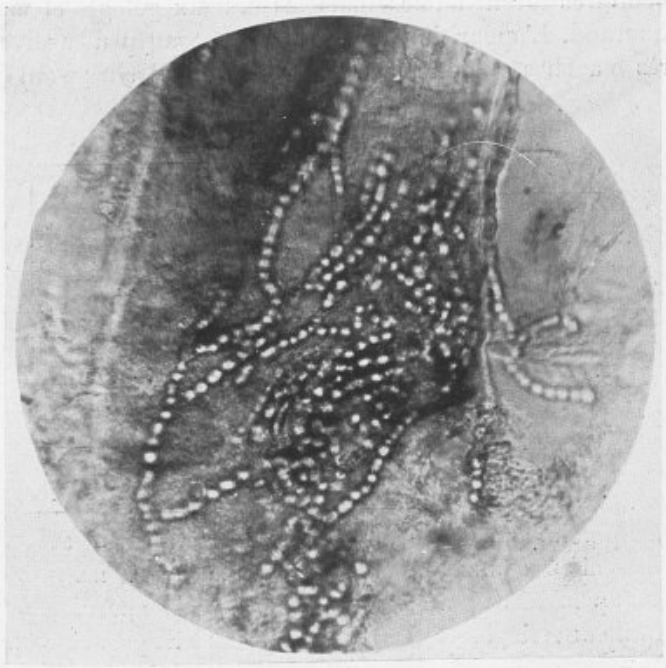


Fig. 5.

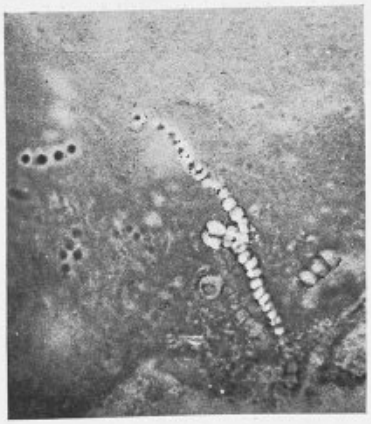


Fig. 6.

Nos cultures furent faibles dans les milieux gélosés et maltosés de Sabouraud. L'apparition des colonies est un peu tardive, elles sont très blanches et d'un aspect velouté. Quand elles sont jeunes

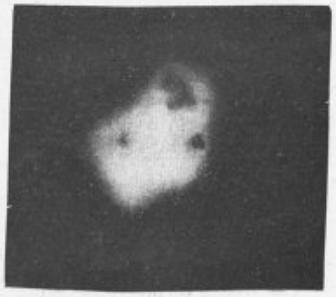


Fig. 7.

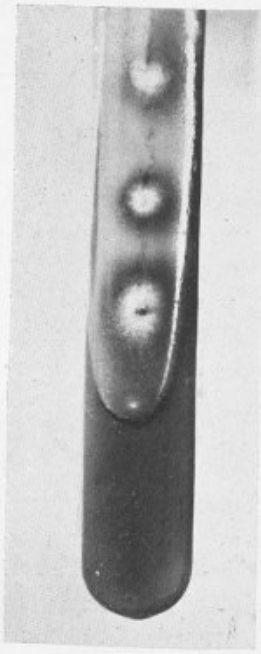


Fig. 8.

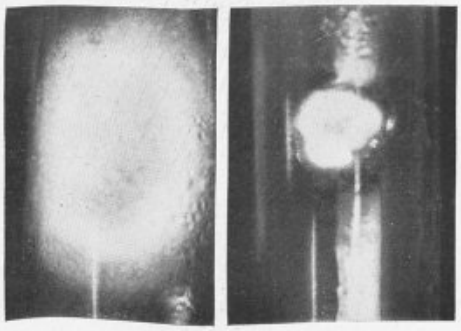


Fig. 9.

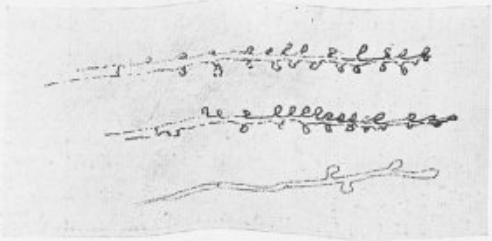


Fig. 10.



Fig. 11.

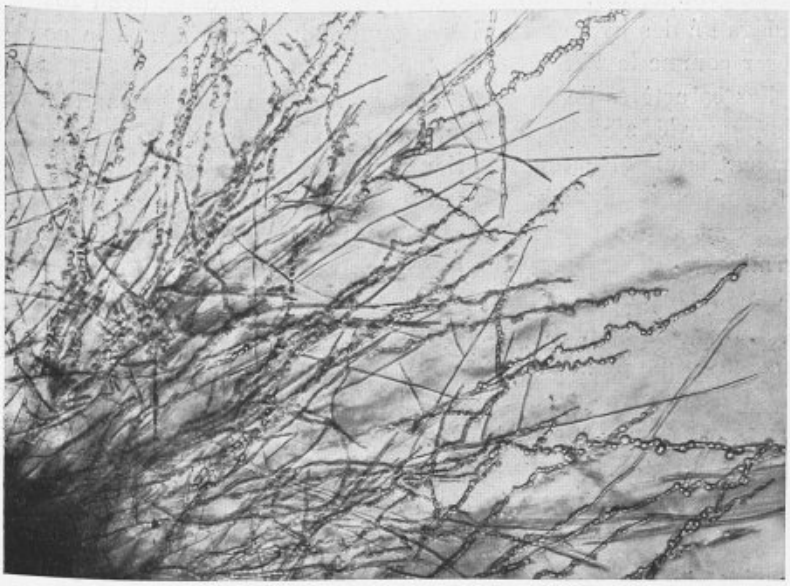


Fig. 12.

elles présentent un contour irrégulier, et ont des bords à rayons très fins, avec le temps elles se régularisent, elles deviennent plus ou moins rondes, mais sans acquérir de rayons très définis. Leur portion centrale est opaque, mais franchement acuminée et présente des parties saillantes avec des groupes d'hyphes qui dépassent (Fig. 7, 8 et 9).

L'étude en goutte pendante permet de distinguer deux espèces d'hyphes fertiles : les uns de taille distincte avec les caractéristiques aleuriques du genre plus ou moins abondantes : d'autres sont transformés en chaînes de spores, certains sont très grands. Il est intéressant de noter la ressemblance qu'ils présentent dans cet état avec l'aspect que possède le parasite sur le cheveu. Les figures 10, 11 et 12 montrent clairement ces caractères.

En ce qui concerne la classification, la disposition endothrix du mycélium et les spores en chaînettes abondantes permettent de prévoir que le champignon étudié appartient au genre Trichophyton. Ses colonies aux contours irréguliers polygonaux, quand elles sont jeunes, circulaires ensuite et leur aspect franchement acuminé confirment cette supposition et permettent de les placer parmi ceux de ce groupe, mais l'absence de poussière colorée en brun-rose et l'inégalité des hyphes sporifères supérieurs, autorisent à le considérer comme le *Trichophyton pilosum* Sabouraud.

Les caractères de la culture en goutte pendante permettent de distinguer les aleuries hyphiques et les chaînettes de spores et confirment la classification antérieure.

Il y a lieu de signaler que nous n'avons observé durant les nombreux mois qu'a duré la culture, ni vrilles, ni fuseaux, ni masses terminales, ni organes nodulaires ou autres accessoires.

Il convient de rappeler que d'après Sabouraud, ce trichophyton est une espèce satellite de l'acuminée très rare à Paris, où on ne l'a rencontré que deux fois sur 500 cas de teigne étudiés.

A côté des trois grands types de *Trichophyton endothrix*, l'*acuminatum*, le *violaceum* et le *crateriforme*, le distingué mycologue français place des groupes d'espèces qui, dit-il, se confondent pratiquement avec leurs prototypes.

Peut-être le *Trichophyton pilosum*, si rare en France, est-il l'agent causal de beaucoup de nos teignes acuminées et également d'autres de nos teignes communes de type cratériforme.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en novembre 1931.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Sur la méthode active de déviation du complément pour le séro-diagnostic rapide de la syphilis dans la modification de Tsien Sung Tsü, par Valentin Zaboubine. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, nº 11, novembre 1931, p. 801.

La réaction de Tsü est une méthode au sérum frais qui utilise l'antigène de foie type et les globules de mouton en dilution à 1 o/o comme indicateur. A 0 cc. 2 de sérum frais, on ajoute 0 cc. 2 d'antigène dilué, on agite vigoureusement pendant une minute, on ajoute 0 cc. 4 de globules de mouton à 1 o/o ; les tubes sont mis à l'étuve 15 minutes et on peut lire les résultats. Pour Z., c'est la plus pratique des réactions au sérum frais. Elle donne les mêmes résultats que la réaction de Bordet-Wassermann. Sa simplicité, sa facilité, sa rapidité, sa sensibilité devraient la faire adopter. H. Rabeau.

De l'influence problématique de l'érythrodermie exfoliatrice sur l'évolution de la syphilis, par R. Bernard. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, nº 11, novembre 1931, p. 807.

Étudiant ses observations d'érythrodermies arsenicales (10 cas dont 5 seulement ont pu être suivis), B. estime qu'il ne faut pas trop se fier aux soi-disant guérisons post-érythrodermiques, qu'il faut continuer à surveiller et à traiter le malade. Déjà Gougerot, en 1921, parlait de la légende de la guérison après érythrodermie arsenicale, montrant des cas de récidives de syphilis viscérales, cutanées, muqueuses, sérologiques, survenant après les accidents thérapeutiques.

H. Rabeau.

Splénomégalie avant et pendant le chancre, par A. Dreyfus. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, nº 11, novembre 1931, p. 816.

La constatation d'une grosse rate au cours de la première période de la syphilis est un fait depuis longtemps connu. Fournier l'avait déjà

signalé. Louste récemment a insisté sur la valeur de ce symptôme et décrit ses modalités. D. a examiné systématiquement pendant six mois les malades hospitalisés à la Clinique de la Faculté. Il a constaté que la splénomégalie est un signe à peu près constant et habituellement très précoce de la syphilis primaire. C'est un signe fidèle et, dans les cas douteux, sa présence annonçait la syphilis. Il est précoce puisqu'il a pu être observé dans un cas favorable 3 semaines avant la réaction de Wassermann, montrant ainsi combien est rapide la généralisation viscérale. H. RABEAU.

L'uréthrite cristallurique, par J. E. MARCEL. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, nº 11, novembre 1931, p. 825.

C'est l'inflammation de l'urèthre produite par la décharge dans les urines de cristaux. La fréquence est difficile à définir. Les urines peuvent contenir des cristaux de phosphate, d'oxalate de chaux ou des urates de soude. Elle se manifeste par un écoulement discret, blanchâtre ou blanc jaunâtre ; les mictions sont ou ne sont pas douloureuses. L'examen microscopique montre un pus aseptique. L'examen chimique des urines fraîches pourra révéler la décharge de cristaux d'oxalate, d'urate de soude, quelquefois de phosphates, souvent d'hématies, de cellules rénales ou vésicales. Ces uréthrites méritent d'être connues, elles guérissent par un traitement général. Le traitement local devra surtout être calmant. H. RABEAU.

A propos de la syphilis bénigne. Deux cas cliniques, par P. CHEVALLIER et M. COLLIN. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, nº 11, novembre 1931, p. 833.

Deux observations qui témoignent de la bénignité possible de la syphilis. Homme de 42 ans, ayant eu à l'âge de 22 ans un chancre de la verge, qui présente comme seule tare organique une leucoplasie linguale. Les réactions sérologiques sont positives.

Homme de 75 ans, a eu chancre syphilitique, plaques muqueuses, a pris pendant quelques semaines des pilules de Ricord. Actuellement, leucoplasie linguale, hypertension artérielle 22/11, clangor du second bruit du cœur, réactions sérologiques positives.

H. RABEAU.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Cas d'acanthosis nigricans. Apparition d'un carcinome après seize années, par E. FREUND. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, nos 9-10, septembre-octobre 1931, pp. 450-479.

Jeune fille dont l'anomalie cutanée apparut vers l'âge de 9 ans. A 21 ans pas encore réglée, utérus infantile et développement général d'une fillette de 14 ans, seins petits, absence de poils pubiens. L'auteur décrit minutieusement l'état de la peau qui est presque partout pig-

mentée et présente par places d'importantes verrucosités papillomateuses, spécialement aux aisselles et à la base du cou.

Elle fut traitée par les rayons X à doses stimulantes sur les glandes endocrines et à doses destructrices sur certaines régions papillomateuses ; il en résulta l'aplanissement et la dépigmentation des points traités.

Cinq ans plus tard, les règles apparurent ; la malade se maria, n'eut pas d'enfant.

A 28 ans, elle fait un nodule dans le sein gauche ; il augmente assez vite, elle maigrit, deux autres tumeurs naissent dans le sein, les ganglions axillaires se prennent. L'extirpation chirurgicale montre un épithélioma avec sclérose intense, dont l'aspect histologique varie suivant les divers prélèvements ; l'auteur en donne une description détaillée. L'opération permit aussi plusieurs biopsies cutanées dont F. apporte l'étude histologique très complète, avec de nombreuses photographies. Ce sont toutes des images très classiques d'*acanthosis nigricans* ; à mentionner spécialement la très discrète hyperkératose avec ses effets sur les follicules, les poils, les canaux et les glandes sudoripares. Dans les régions précédemment irradiées, on ne peut trouver aucun signe de lésion provoquée par les rayons X.

L'auteur estime que la radiothérapie faite deux ans plus tôt n'est pas la cause du cancer développé chez cette malade et estime qu'elle avait, dès sa naissance, une prédisposition à cette affection, comme elle en avait une à l'*acanthosis nigricans*.

Discutant longuement la pathogénie en s'appuyant sur de nombreuses références, après avoir rappelé la parenté avec les nævi, l'auteur insiste sur l'importance des troubles endocriniens dans la plupart des cas. Une statistique récente de Moncorps sur 204 cas indique l'absence de cancer dans 93, son existence dans 62 et sa probabilité dans 49 et montre l'importance du dysfonctionnement de l'appareil endocrino-sympathique et du plasma germinatif.

A. Bocage.

Acanthosis nigricans, par G. Milian, Sauphar et Marceron. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, nos 9-10, septembre-octobre 1931, pp. 480-492, 6 fig.

Chez une femme de 31 ans, état papillomateux des lèvres, de la langue, des aisselles, des plis inguinaux, de la région anale et de l'ombilic, végétations très saillantes autour de l'anus ; traînées de papillomatose pigmentée en différents points et diverses altérations cutanées. Douleurs abdominales irrégulières et masse ganglionnaire prévertébrale. Antécédents extrêmement chargés, coloniale probablement dysentérique, ayant fait une adénopathie sus-claviculaire peu de temps avant le début de la papillomatose et atteinte de syphilis secondaire un peu plus tard ; un ictère, de l'ascite précèdent de peu la mort. On trouva de l'épithéliomatose des ganglions prévertébraux ; le point de départ

paraît avoir été cutané, peut-être au niveau d'une tumeur qui avait été extirpée chirurgicalement.

Cette observation très complète est abondamment illustrée.

A. Bocage.

Synovite syphilitique des extenseurs des orteils, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, nos 9-10, septembre-octobre 1931, pp. 493-494.

Curieuse observation d'un cas de synovite subaiguë chez un jeune homme de 25 ans, qui guérit en quelques jours sous l'influence d'un traitement mercuriel par voie buccale et en friction. L'auteur donne quelques références bibliographiques. A. Bocage.

L'emploi du calomel dans le lupus vulgaire, par P. Fernet et Le Baron. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 11, novembre 1931, pp. 515-521.

Reprenant l'historique de cette question, les auteurs montrent les avantages de ce médicament pour désinfiltrer de vieux lupus, aider à la cicatrisation rapide des ulcérations, en un mot rendre accessibles au traitement des formes jusque-là impossibles à toucher. Ils font remarquer qu'il ne s'agit pas toujours d'hybridité syphilo-tuberculeuse appréciable par la clinique ou la sérologie. Ils conseillent une série de 8 ou 10 injections hebdomadaires de 8 ou 10 centigrammes de calomel en suspension huileuse ; dans la plupart des cas, l'amélioration est considérable et il ne reste parfois plus que quelques nodules lupiques faciles à détruire : les auteurs en donnent un exemple.

A. Bocage.

Parakératose eczématiforme avec petits médaillons consécutive à un impétigo de la face, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 11, novembre 1931, pp. 522-525.

L'auteur apporte un nouveau cas de dermatose d'origine microbienne. Chez un malade porteur d'un intertrigo rétro-auriculaire à streptocoque une irritation médicamenteuse provoqua une éruption parakératosique dont les éléments en médaillons avaient l'aspect de ceux du pityriasis rosé de Gibert ; fébricule à 38° ; guérison en un mois.

L'absence d'œdème fit éliminer l'idée d'une éruption toxique ; la dissémination de proche en proche indique l'infection par voie cutanée. Le malade était porteur d'une lichénification elle aussi d'origine infectieuse. A. Bocage.

Prurit sine materia guéri par l'arquéritol, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 11, novembre 1931, pp. 526-529.

Prurit sans cause apparente chez un homme de 66 ans présentant une température oscillant autour de 37°4. Malgré l'absence de tout autre symptôme ou antécédent de syphilis et une ponction lombaire négative, l'auteur sur la constatation de quelques taches mélaniques

de la muqueuse buccale, qu'il considère comme un stigmate de syphilis à l'égal de la leucoplasie, fit faire des injections d'arquéritol qui amenèrent la guérison complète du prurit en 4 injections en même temps que la température redevenait normale. L'auteur en conclut à l'existence d'un prurit syphilitique d'ordre nerveux que le traitement est capable de guérir entièrement et rapidement.

A. Bocage.

Syphilis et paludisme, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 11, novembre 1931, pp. 530-533.

Cas de réveil biotropique par le traitement bismuthique d'un paludisme resté jusque-là latent chez un ancien colonial qui avait toujours pris de la quinine préventivement et n'avait encore présenté aucun accès.

A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Sur quelques applications de la récurrente à la Paralysie Générale par A. Marie, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 95e année, 3e série, t. CVI, no 33, 27 octobre 1931, pp. 248-251.

Sur 51 malades traités, 18 sortis en rémission, 16 stabilisés au physique mais maintenus à l'asile, 17 morts, dont 10 dans les premiers mois après la récurrenthérapie, les autres après rémission relative. Résultats meilleurs à 35 ans qu'à 45.

Cette méthode paraît devoir remplacer utilement la malariathérapie dans les cas où celle-ci ne peut pas être employée, sujets trop peu résistants, malades immunisés contre le plasmodium, etc.

A. Bocage.

Récurrentothérapie dans les syphilis nerveuses et les psychoses, par H. Claude et F. Coste. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. CVI, 95e année, 3e série, no 34, 3 novembre 1931, pp. 266-271.

Les auteurs considèrent cette méthode comme un procédé d'exception qui vivra des contre-indications de la malariathérapie, surtout en raison de la difficulté de son maniement et de l'instabilité de la virulence des germes.

Ils précisent les dangers résultant de l'emploi des diverses variétés de germes proposés : les récurrentes africaine et américaine ont donné des cas de mort et *Tr. hispanicum* prôné par Mas de Ayala n'a pas donné les résultats annoncés par cet expérimentateur, pas plus au point de vue de la stabilité de la souche qu'à celui des résultats à en attendre dans le traitement de diverses maladies du système nerveux, en particulier du parkinsonisme.

A. Bocage.

Bulletin Médical (*Paris*).

Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. XXXIV. L'ulcère rond simple du vagin ou maladie de Zahn, par Clément Simon. *Bulletin Médical*, 45e année, nº 45, 7 novembre 1931, p. 770.

Cette maladie semble, dit S., avoir une existence hypothétique. On note 17 observations en 50 ans. Son étiologie est des plus vagues. Il s'agit d'une ulcération parfois multiple, le plus souvent unique, siégeant sur la paroi postérieure du vagin, habituellement. Elle est peu douloureuse, non infiltrée, à bords taillés à pic, non décollés, à fond rouge vif, tirant sur le violet, non granuleux. La muqueuse du voisinage est ou bien normale, ou parsemée de points ecchymotiques. L'évolution est variable, certains cas guérissent facilement, d'autres ont une évolution torpide. Au point de vue microscopique : inflammation banale avec dégénérescence graisseuse des fibres musculaires et altérations artérielles qui, pour Zahn et Audemar, seraient caractéristiques. Pour S., il ne s'agit pas d'une maladie, mais d'un syndrome à étiologie multiple.

H. Rabeau.

Fractures du tabès, par Ch. Achard. *Bulletin Médical*, 45e année, nº 45, 7 novembre 1931, p. 775.

A propos d'une observation de fracture spontanée du tabès, A. en étudie la pathogénie et le rôle du système nerveux dans leur production. Il indique les caractères particuliers de ces fractures, leur siège, leur indolence, leur multiplicité possible, leur diagnostic différentiel, enfin combien le traitement peut être décevant.

H. Rabeau.

Le chancre cutané tuberculeux par primo-infection chez l'enfant, par J. Hutinel et Mme Colin-Letailleur. *Bulletin Médical*, 45e année, nº 45, 7 novembre 1931, p. 782.

La peau est un des organes qui « offre les conditions les moins favorables à la fixation, à la pénétration, à la multiplication des bacilles » (Calmette). Les primo-infections tuberculeuses se voient surtout chez l'enfant et leur étude est des plus intéressantes. Souvent, il est impossible de retrouver la source d'inoculation, mais on découvre le plus souvent la porte d'entrée, et on voit apparaître le chancre d'inoculation avec son adénopathie satellite ; puis se développent les réactions allergiques, la cuti-réaction d'une précocité et d'une intensité qui ne s'expliquent que par une sensibilisation cutanée. Ultérieurement, l'examen général pourra mettre en évidence des lésions tuberculeuses à distance. Les auteurs donnent une étude d'ensemble de la question qui a fait l'objet de la thèse de Mme Colin-Letailleur.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Syphilis et maladies familiales, par E. Apert. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 47e année, 3e série, nº 29, 9 novembre 1931, p. 1644.

Une controverse a été soulevée par M. Pinard sur les rapports entre les maladies familiales et la syphilis héréditaire à propos d'une observation de M. Debré sur un cas d'hépato-splénomégalie familiale. Dans les espèces animales et végétales, des mutations identiques aux maladies familiales humaines, ont pu être étudiées expérimentalement. Les conditions de transmission de la tare familiale sont actuellement parfaitement élucidées. Les lois de cette science, *la génétique*, s'appliquent certainement aux mutations humaines. Maladies familiales et affections hérédo-syphilitiques sont deux choses totalement différentes. Les maladies familiales ne sont ni de la syphilis en activité, ni de la parasyphilis au sens où l'entendait Fournier. S'il y a des rapports avec la syphilis, ils sont beaucoup plus lointains. H. Rabeau.

Ataxie cérébelleuse aiguë syphilitique, par J. Decourt. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 47e année, 3e série, nº 30, 16 novembre 1931, p. 1668.

Un homme de 28 ans, ayant contracté la syphilis trois ans avant et insuffisamment traité, est frappé brusquement en pleine santé apparente d'une ataxie cérébelleuse aiguë, avec tremblement intentionnel, parole scandée et nystagmus, sans signes importants d'altération pyramidale, et sans troubles de la sensibilité. Le syndrome prédomine à gauche ; on note, en outre, du côté droit, une atteinte légère des IIIe, VIe et VIIIe paires crâniennes. Le Bordet-Wassermann du sang est positif ; le liquide céphalo-rachidien présente hyperalbuminose, lymphocytose et réaction de Bordet-Wassermann positive, la réaction du benjoin est négative. Sous l'influence du traitement spécifique, en quelques semaines, le syndrome régresse à peu près complètement. Il s'agit vraisemblablement de lésions assez diffuses de méningo-encéphalite.

H. Rabeau.

Diabète insipide d'origine syphilitique, obésité, troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydrocarboné, par R. J. Weissenbach, Gilbert-Dreyfus et J. P. Brisset. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 47e année, 3e série, nº 31, 23 novembre 1931, p. 1709.

Intéressante observation d'une malade qui, 7 ans après une syphilis non traitée, fait en même temps une hémiplégie avec discrète aphasie et une polyurie (10 à 14 litres). L'aphasie et l'hémiplégie rétrocèdent lentement, la polyurie persiste (1915). La malade reçoit 6 séries de 914, le Bordet-Wassermann est négatif, la polyurie persiste. En mars 1923 : nouvel accident, kératite de l'œil droit suivie d'amaurose complète.

Elle est traitée par l'extrait post-hypophysaire, sous l'influence duquel la diurèse passe de 10 litres à 1/2-2 litres par jour. Dans les mois suivants, obésité progressive et modifications du système pileux. De 1913 à 1931, la malade est hospitalisée dans divers services, enfin à Broca où les auteurs l'ont observée et étudiée. Il s'agit d'un diabète insipide par lésions nerveuses secondaires à une méningo-vascularite aiguë syphilitique, l'ancienneté des lésions explique l'inefficacité du traitement. Les injections de rétropituitrine se sont montrées douées d'un pouvoir apparemment spécifique sur la polyurie et la polydipsie. Le diabète insipide s'accompagne d'un syndrome adiposo-génital, d'un trouble de la thermo-régulation, enfin d'un trouble glyco-régulateur, véritable paradiabète hypophyso-tubérien. Lereboullet a observé un homme présentant un syndrome complexe de même type, dans lequel le rôle étiologique de la syphilis n'était pas douteux. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Contribution à l'étude de la cicatrisation des plaies par la gazothérapie (travail du Pr Ramel de Lauzanne). par Dartigues. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 15, séance du 13 novembre 1931, p. 552.

Ramel a appliqué dans son service la méthode de Tussau, de Lyon, qui consiste à projeter sur les plaies anfractueuses, sanieuses et fistuleuses mêmes, un nouveau gaz de composition voisine de l'ozone, obtenu par le passage de l'oxygène pur à travers un dispositif électrique. Les malades sont soumis à la gazothérapie, à raison de 2 applications quotidiennes et le gaz est projeté sur les régions à traiter sous une pression d'un vingtième d'atmosphère. R. sur 15 cas traités de plaies atones a obtenu 10 succès. Il y a assèchement rapide des sécrétions et épidermisation précoce. Ce traitement produit sur les plaies une coagulation superficielle quasi-instantanée se manifestant par la formation d'une pellicule brillante, comme vernissée. La durée de cicatrisation est considérablement écourtée et les pansements simplifiés. La gazothérapie constitue une méthode de traitement intéressante qui mérite d'être expérimentée plus largement. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Le traitement diététique de l'eczéma du nourisson. par R. Mathieu et Gaston Lévy. *Journal de Médecine de Paris*, 51e année, n° 46, 10 novembre 1931, p. 778.

Les auteurs ne prétendent pas donner une formule passe-partout de régime bonne pour tous les eczémas. La part la plus importante n'appartient pas aux lésions de la peau, mais à des perturbations profondes et d'ailleurs incomplètement connues de l'organisme. Brocq prétendait que ces enfants descendent de sujets nerveux ou franchement névro-

pathiques. Ravaut insiste sur l'existence d'une hérédité syphilitique plus ou moins ancienne. La spasmophilie ou le lymphatisme se rencontrent souvent alliés à la dermatose, l'asthme s'ajoute parfois à l'eczéma ou lui fait suite. L'éosinophilie sanguine est fréquente. Enfin, ce sont des enfants qui résistent mal aux infections. L'influence des régimes alimentaires sur l'eczéma a suscité les opinions les plus contradictoires. Les auteurs montrent par des exemples l'importance de la diététique et les résultats obtenus. Mais ces régimes doivent être minutieusement étudiés. Ribadeau-Dumas et Max Lévy ont mis en évidence chez les eczémateux pléthoriques une surcharge de tous les tissus en eau avec abaissement de la teneur en albumine du sérum. On voit ce que chez de tels malades peut donner la diète hydrique ou les décoctions de farines. M. et L. étudient les intolérances partielles ou totales au lait et montrent la difficulté de réaliser des régimes partiellement ou totalement privés de lait et l'utilisation des protéines végétales : farines de soja ou de tournesol. On trouvera dans ce mémoire une série d'indications des plus utiles et essentiellement pratiques.

H. Rabeau.

Angiome ulcéré de la face chez un nouveau-né, par H. Rouèche. *Journal de Médecine de Paris*, 51e année, nº 48, 26 novembre 1931, p. 1032.

Il s'agit d'un enfant né à 7 mois 1/2 et qui présentait à sa naissance une coloration rouge violacée de la face, surtout marquée au nez et aux oreilles. Cette coloration persiste quelques jours, puis la coloration devient plus rouge et on note une zone inflammatoire sur le front, autour des oreilles, sur la partie inférieure de la face. On pense à un érysipèle de la face, mais des ulcérations se forment au niveau de la cloison du nez, de la lèvre supérieure. L'état général est mauvais, la température 38° à 38°5. On prescrit des suppositoires mercuriels, puis des injections de sulfarsénol. Les angiomes du nez et de la face pâlissent, se rétrécissent et cicatrisent. Le Bordet-Wassermann des parents et de l'enfant sont négatifs et Milian qui a vu le malade ne pensait pas à la syphilis.

H. Rabeau.

Presse Médicale (Paris).

Sur une épidémie hospitalière de varicelle liée au zona, par P. J. Braslawsky. *Presse Médicale*, 39e année, nº 91, 14 novembre 1931, p. 1671, 1 fig.

Une fillette de 8 ans, ayant eu la varicelle 2 ans avant, présente un zona thoracique droit typique. Les 7 enfants les plus rapprochés du lit de la petite malade présentèrent une varicelle au bout de 16 à 18 jours. B. n'avait pas observé de cas de varicelle pendant plus de 3 mois auparavant. Il considère donc la doctrine de Bokay établissant un rapport étiologique étroit entre le zona et la varicelle comme fondée

pour un certain nombre de zonas. Cette liaison étiologique est en faveur de la nature infectieuse du zona. H. RABEAU.

Les dystrophies tégumentaires dans les maladies des veines : les œdèmes. par G. DELATER. *Presse Médicale*, 39e année, no 92, 18 novembre 1931, p. 1690.

Pour D., dans l'insuffisance veineuse, l'œdème paraît être conditionné à la fois par l'augmentation de la pression hydrostatique veineuse en position verticale et par l'augmentation des protéines qui, à travers les capillaires, ont filtré jusque dans les espaces interstitiels et y retiennent l'eau. Cette avidité hydrique est probablement favorisée par une hypocalcémie explicable par une légère insuffisance parathyroïdienne. Ces œdèmes pourraient donc être améliorés par l'emploi combiné du calcium et des extraits parathyroïdiens.

H. RABEAU.

Maladie du sérum, choc vaccinal et biotropisme. par P. CHANTRIOT *Presse Médicale*, 39e année, no 92, 13 novembre 1931, p. 1692, 2 fig.

C. apporte 4 observations de faits cliniques relatifs au biotropisme sérique et vaccinal.

Observation I. — Plaie de la main, nécessitant une injection de sérum antitétanique, 8 jours après, placards érythémateux et apparition de bulles avec éosinophilie sanguine de 8 o/o.

Observation II. — Chancrelles traitées par le Dmelcos ; le 10e jour, apparition d'un zona cervico-facial.

Observation III. — Huit jours après une première injection de vaccin T. A. B., apparition d'un herpès buccal généralisé.

Observation IV. — Malade traité pour une orchi-épididymite blennorragique par vaccin antigonococcique en janvier 1930, qui s'aperçoit seulement le 20 février qu'il présente des placards rouges sur le dos. Il présentait en effet un pityriasis rosé de Gibert typique.

H. RABEAU.

Les dystrophies tégumentaires dans les maladies des veines : l'ulcère variqueux, par G. DELATER. *Presse Médicale*, 39e année, no 98, 9 décembre 1931, p. 1808.

L'ulcération est la complication la plus banale des trophonévroses cutanées groupées sous le nom d'eczéma. Il peut apparaître par les effets conjugués d'un trouble de la nutrition tégumentaire dû à la stase et d'un réflexe à point de départ veineux qui le localise en un point déterminé. Trophodermoses, eczémas francs, ulcères, œdème, paraissent conditionnés par un réflexe pathologique parti des parois veineuses pour aboutir à l'épiderme ou au tissu conjonctif et à ses capillaires. Les trophodermoses discrètes du début s'eczématisent quand survient une sensibilisation locale à quelque antigène engendré sur place par le trouble nutritif ; elles s'ulcèrent quand l'épiderme altéré tombe par

atrophie, infection ou hémorragie. La syphilis peut prendre une part importante dans l'étiologie de l'ulcère variqueux par un mécanisme comparable à celui de l'ulcère variqueux simple. La tuberculose, les mycoses interviennent beaucoup plus rarement.

H. Rabeau.

Journal de Médecine de Lyon.

La radiothérapie constitue à l'heure actuelle le meilleur des traitements de la tuberculose verruqueuse (à propos de deux observations), par J. Gaté, J. Coste et P. Michel. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 284, 5 novembre 1931, p. 639.

Parmi les très nombreux traitements proposés dans la tuberculose verruqueuse, les auteurs accordent la préférence à la radiothérapie. Ils exposent la technique employée, laquelle consiste dans ses grandes lignes en : longueur d'onde moyenne, absence de filtre, séance unique. Les auteurs attachent la plus grande importance aux soins ultérieurs qui doivent être minutieux. Jean Lacassagne.

Les abcès et les tumeurs provoqués, par Costedoat. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 285, 20 novembre 1931, p. 673.

Les abcès provoqués se présentent sous deux formes principales : les abcès septiques, obtenus par des moyens de fortune (matières fécales, tartre dentaire) sont souvent d'un pronostic grave ; les abcès aseptiques sont dus à l'injection sous-cutanée de caustiques, plus fréquemment d'essence ou de carbures liquides, exceptionnellement de carbures visqueux. L'étude cytologique des éléments du pus des abcès aseptiques permet, par une coloration élective de leurs enclaves, de caractériser le produit injecté, résultat qui ne s'acquiert que très difficilement par l'analyse chimique globale du pus. Les injections d'huile de vaseline sont l'origine de tumeurs d'évolution lente et qui peuvent récidiver.

Jean Lacassagne.

Lyon Médical.

Etiologie des syphilides folliculaires. Rôle de la tuberculose, par L. M. Bonnet. *Lyon Médical*, t. CXLVIII, nos 45 et 46, 8 novembre 1931, p. 533 et 15 novembre 1931, p. 569.

Dans ce long et intéressant travail, B. consacre de nombreuses pages aux différentes hypothèses qui ont été soulevées par les auteurs pour expliquer cette forme spéciale (facteurs locaux ou état général). Il retient le rôle étiologique de la tuberculose, formellement affirmé en France par Milian. B., d'après les nombreuses observations qu'il a recueillies dans son service hospitalier, pense que les sujets dits séborrhéiques ne sont pas plus sujets que les autres à faire des syphilides folliculaires. D'après lui, la tuberculose est le plus souvent à l'origine, non seulement

des syphilides péripilaires (forme lichénoïde), mais également des formes papulo-pustuleuses ou acnéiformes.

B. a réuni 82 observations personnelles de syphilis acnéiformes chez lesquelles il a trouvé 45 cas de tuberculose certaine, 8 cas d'hérédité tuberculeuse nette, 5 cas suspects. Il s'agissait surtout de manifestations ganglionnaires.

Par quel mécanisme la tuberculose favorise-t-elle la réalisation de cette forme éruptive ? B. ne peut donner une réponse précise.

Contrairement à ce qui se passe pour les syphilis lichéniennes où une symbiose syphilitico-bacillaire peut être admise, l'auteur pense que dans les cas de syphilis acnéiformes, la tuberculose n'a fait que diriger le virus syphilitique sur les follicules. L'action du traitement spécifique est d'ailleurs trop rapide pour qu'on puisse admettre des lésions tuberculeuses, même combinées.

JEAN LACASSAGNE.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Contribution à l'étude de la poïkilodermie (Zur Kenntnis der Poikilodermie). par HANS FRÖHLICH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 437, 2 fig.

Descriptions clinique et histologique de deux cas personnels de F. de poïkilodermie de Jacobi chez des hommes âgés de 30 et 16 ans (Bibliographie). La maladie débuta dans un des cas à l'âge de 20 ans, dans l'autre à 3 ans. Les lésions cutanées consistaient en pigmentation, dépigmentation, lésions papuleuses avec atrophie, télangiectasies, hémorragies et lésions de la muqueuse buccale. L'affection était accompagnée d'inflammation et de dégénérescence musculaire. Le fait le plus intéressant au point de vue histologique était la présence de mucine dans la peau malade et aussi dans la peau macroscopiquement saine. Il existait, en outre, dans un cas un métabolisme basal augmenté et dans l'autre, une diminution du volume de l'hypophyse à la radiographie. L'examen pharmacodynamique à la pilocarpine à la dose de 0 gr. 01 provoqua, une heure après l'injection, une salivation très prononcée (160 centimètres cubes). Il doit probablement exister dans la poïkilodermie et dans la combinaison de cette dernière avec d'autres dermatoses une unité pathogénique laquelle agit sur les substances conjonctives de la peau, de l'hypoderme et sur les muscles. On a tendance à considérer les produits hormonaux comme étant cet agent nocif.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude du vaccin par l'expérimentation sur l'animal (Tierexprimentelle Beitræge zur vaccineforschung), par ANNA ELIASG. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 452, 2 fig.

Travail expérimental sur la variole et le vaccin. E. a pratiqué :

1° des inoculations cutanées et intradermiques chez des cobayes ;

2° elle a étudié l'évolution de la revaccination et a examiné histologiquement les lésions dues à l'inoculation primaire et à la réinoculation.

Elle conclut :

Les lésions consécutives aux inoculations transcutanées montrent histologiquement une grande analogie avec les lésions dues au vaccin humain ; les inoculations intradermiques montrent des lésions banales, sans lésions épithéliales spécifiques.

L'évolution de la réaction fut très violente, incubation et évolution clinique se réalisèrent en quelques jours.

L'auteur a pu obtenir chez les animaux par les deux méthodes d'inoculation une allergie vaccinale. Par l'examen histologique en série, on constate qu'il existe une structure histologique — laquelle correspond aux phénomènes d'allergie — semblable à celle constatée déjà dans quelques autres maladies infectieuses de la peau.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la cellule de Paget (Ueber die Paget-Zelle). par C. KREIBICH, *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 467, 1 fig.

D'après la conception de l'auteur, la maladie de Paget est un blastome. La cellule tumorale se développerait d'une cellule écumeuse, c'est-à-dire d'une cellule avec un gros noyau, de grands nucléoles et un protoplasma fin et réticulé. La cellule est au début en connection avec le corps muqueux de Malpighi, mais se détache rapidement de ce dernier par rétraction ; à la suite de cette desmolyse des vacuoles se forment autour de la cellule et comme le noyau présente en même temps des modifications, la cellule tumorale ressemble alors à la cellule de Langerhans, cette cellule épithéliale anaplastique qui tapisse les espaces intercellulaires. On pourrait donc considérer l'épithélioma de Paget comme un blastome de la cellule de Langerhans, mais pas dans ce sens que des cellules mûres de Langerhans se transformeraient en cellules tumorales, mais qu'il se produirait par une anaplasie pathologique d'une cellule basale une cellule tumorale laquelle possède les caractères les plus essentiels de la cellule de Langerhans. Dans le cas de K., les foyers situés dans le derme montrèrent une structure analogue et doivent être considérés comme des métastases du processus superficiel.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude clinique et histologique de la vulvite érosive (Zur Klinik und Histologie der Vulvitis erosiva), par SCHMIDT-LA-BAUME. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 472. 3 fig.

Description clinique et histologique d'un cas de vulvite érosive (analogue à la balanite érosive chez l'homme).

On trouve histologiquement une migration très prononcée de leucocytes dans toutes les couches épidermiques, un œdème intracellulaire, surtout dans la zone externe des érosions, une dilatation vasculaire et un infiltrat de cellules rondes dans le tissu sous-cutané. Les recherches bactériologiques ont montré dans le voisinage de l'érosion, une mince

couche pseudo-membraneuse contenant des cocci et des bacilles de Doederlein. Mais on trouve aussi régulièrement un grand nombre de différents microbes dans le vagin des femmes saines.

OLGA ELIASCHEFF.

La brucellose chez les vétérinaires (affection spéciale professionnelle de nature probablement allergique due au bacillus abortus de Bang) (Brucella-Ausschlag bei Tierärzten (Eine eigentümliche professionnelle Hautaffektion, wahrscheinlich allergischer Natur, hervogerufen von Bac. abortus Bang), par H. HAXTHAUSEN et AXEL THOMSON. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 477, 4 fig.

Les auteurs décrivent une affection cutanée professionnelle qui atteint les vétérinaires, la brucellose. Elle est caractérisée par des papules folliculaires accompagnées de pustules et de nécrose. Les lésions sont localisées aux bras. L'éruption est aiguë et elle se produit immédiatement après une intervention pour détacher le placenta infectieux chez les vaches. Elle récidive chaque fois quand une intervention de ce genre est de nouveau nécessaire. Cette affection est assez fréquente, sur 325 vétérinaires qui ont terminé leurs études depuis 1915, une centaine ont été atteints.

L'éruption est probablement due aux toxines du *bacillus abortus* de Bang et elle doit être considérée comme une réaction allergique de la peau. Cet état allergique peut être démontré par des réactions à « l'abortine ». Cette préparation appliquée en friction sur la peau de sujets atteints de brucellose provoque une éruption tout à fait analogue à l'éruption spontanée.

L'affection n'est accompagnée ni de fièvre, ni de symptômes généraux et ne ressemble en rien à la *Febris undulans* de Bang.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'épidémiologie du chancre mou (avec remarques spéciales sur l'épidémie de chancre mou observée à Düsseldorf en 1929-1930) (Zur Epidemiologie des Ulcus molle (Unter besonderer Berücksichtigung der in Düsseldorf beobachteten Ulcus molle-Epidemie 1929-1930)), par F. BERNSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 492, 4 fig.

L'auteur a observé à Dusseldorf au cours des années 1928-1930, une augmentation de la fréquence du chancre mou, cette augmentation avait pris l'allure d'une épidémie, car avant 1928 les cas étaient rares. Dans la seule clinique de Dusseldorf on a soigné 151 malades dont 19 femmes. Cette épidémie est en relation avec l'augmentation du nombre des chancres mous dans différents pays, il est probable que les pays de l'Est furent le point de départ.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique du chancre mou (avec remarques sur les réactions sérologiques syphilitiques) (Zur Klinik und Therapie des Ulcus molle (Nebst Bemerkungen über das Verhalten der syphilitischen Seroreaktionen)), par F. BERNSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 506, 2 fig.

L'auteur apporte dans ce second mémoire, les détails cliniques et les résultats thérapeutiques de cette vague épidémiforme de chancre mou. Il décrit 2 cas de chancres mous localisés aux doigts. Comme traitement local, le chlorure de zinc en cristaux semble donner les meilleurs résultats. Les bubons furent traités avec succès par les rayons de Rœntgen, des cataplasmes, l'incision. Le phimosis inflammatoire fut traité par la circoncision en deux temps d'après le procédé de Schreus.

L'auteur a observé sur les sujets porteurs de bubons chancrelleux des éruptions non spécifiques et chez quelques-uns des réactions de Wassermann positives en utilisant la méthode de Bruck.

OLGA ELIASCHEFF.

Iodide bulleuse hémorragique suivie de mort (Erythema jodicum bullosum hæmorrhagicum mit tœdlichem Ausgange), par M. I. JOFFE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 517, 1 fig.

Observation d'un cas d'éruption iodique du type pemphigus avec issue fatale chez un homme de 55 ans atteint d'aortite syphilitique, d'artério-sclérose très prononcée et d'insuffisance aortique. L'éruption se développa à la suite de l'ingestion de 5 cuillerées d'iodure de sodium à 3 o/o. Avant l'absorption de l'iodure de sodium, le malade présentait déjà des troubles rénaux (albumine 0,12 o/o et 1 à 2 cylindres hyalins). La mort survint 10 jours après le début du traitement. L'autopsie montra une néphrite due à l'iode et dans le système nerveux une dilatation vasculaire, un épaississement des parois vasculaires et des lésions de dégénérescence dans les cellules des ganglions intervertébraux et sympathiques.

Il s'agit très probablement dans ce cas, d'une idiosyncrasie à l'iode provoquée par des processus pathologiques atteignant le système nerveux et spécialement le système nerveux végétatif. Les lésions ganglionnaires appuient cette hypothèse.

OLGA ELIASCHEFF.

Contributions expérimentales à l'étude de l'hydroa vacciniforme et de la porphyrinurie (Experimentelle Untersuchungen zum Hydroa vacciniforme und zur Porphyrinurie), par C. CARRIÉ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 523, 2 fig.

Bibliographie et observation personnelle de l'auteur sur l'hydroa vacciniforme. C. apporte les résultats de ses expériences et discute les rapports de la maladie avec la porphyrinurie. Il conclut :

1° La malade atteinte d'hydroa vacciniforme ne présentait ni à la période aiguë ni après la guérison aucune hypersensibilité de la peau saine, ni de la peau malade vis-à-vis des rayons à ondes courtes ou longues. La malade ne présentait, ni à la période aiguë de sa maladie ni après la guérison des lésions, aucune augmentation de la porphyrine ni d'élimination de porphyrinogène.

2° En ajoutant du foie cru alcalinisé ou acidulé aux solutions qui contiennent de la porphyrine on peut détruire cette dernière.

3° Le foie cuit ou frit perd cette faculté. Il n'a pas été possible à l'auteur de détruire la porphyrine des urines contenant cette substance par addition d'extraits aqueux ou alcooliques de foie. On ne peut pas, non plus, détruire *in vitro* la porphyrine des urines par l'hépatopson (extrait de foie).

4° Les expériences sur le lapin montrèrent qu'une nourriture contenant une purée de foie cru pouvait empêcher la production d'une hypersensibilité cutanée vis-à-vis des rayons ultra-violets et aussi supprimer l'élimination augmentée de porphyrine après absorption de sulfonal. Mais on ne peut pas obtenir ce résultat par les extraits hépatiques (hépatopson). Les résultats obtenus chez les animaux montrent que la porphyrine est formée dans l'intestin et passe de là dans le foie. Cette théorie appliquée à l'homme permettrait, pour la première fois, un traitement causal de la porphyrinurie.

OLGA ELIASCHEFF.

La réaction de fixation du complément dans le chancre mou (Die Komplementsbindungsreaktion bei Ulcus molle), par Stanislaw LEGEZYNSKI et Stefan Lukasz KWIATKOWSKI *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 544.

Les auteurs publient leurs recherches sur les réactions de fixation du complément dans le chancre mou. Ils ont examiné le sang de 60 sujets atteints de chancre mou et de 39 sujets porteurs d'autres lésions ou sains.

Ils ont obtenu avec la méthode modifiée de Calmette-Massol et le « Dmelcos » comme antigène des résultats tout à fait spécifiques pour le chancre mou. Les réactions sérologiques furent négatives chez les sujets syphilitiques ou atteints de blennorragie ou de dermatoses. Les résultats de la fixation du complément furent, dans un tiers des cas, positifs chez des malades non traités par le vaccin spécifique de Nicolle-Durand ; mais on constata dans la moitié des cas traités par ce vaccin une réaction positive.

Le sérum des malades porteurs de bubons chancrelleux réagit avec l'antigène spécifique plus fréquemment et aussi plus fortement que celui des porteurs de chancres mous avec complications. Une réaction positive semble indiquer la présence d'anticorps spécifiques.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la teneur totale de la cholestérine dans le sérum sanguin dans quelques dermatoses en relation avec l'influence des glandes endocrines sur la cholestérinémie (Ueber den Gesamtcholesteringehalt im Blutserum bei einigen Dermatosen im Zusammenhang mit dem Einfluss der endokrinen Drüsen auf die Cholesterinæmie), par S. NEUMARK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 556.

L'auteur s'occupe dans son travail du métabolisme de la cholestérine, surtout dans les dermatoses et l'étudie par la méthode colorimétrique d'Autenrieth et Funk. Il semble, d'après les recherches de beaucoup d'auteurs et celles de N., que les glandes endocrines ont une grande influence régulatrice sur le métabolisme de la cholestérine en général et spécialement sur le taux de la cholestérine du sang.

L'auteur a constaté, dans la majorité des cas de dermatoses dans lesquelles l'élimination de la cholestérine par la peau et les glandes est augmentée, une hypocholestérinémie (c'est-à-dire au-dessous de 1,20 o/oo) ou une cholestérinémie diminuée (au-dessous de 1,30 o/oo) et très rarement une hypercholestérinémie (au-dessus de 1,90 o/oo). Ce fut le cas pour le psoriasis, principalement pour le psoriasis généralisé et invétéré, pour l'acné vulgaire, l'acné rosacée, l'eczéma séborrhéique. On constate aussi une hypocholestérinémie dans la tuberculose cutanée étendue ou ancienne (lupus vulgaire, lupus érythémateux, lupoïdes de Boeck, *lichen scrofulosorum*).

Au contraire, dans l'eczéma (dans les cas chroniques, dans la névrodermite et dans le prurit essentiel d'origine endocrinienne), N. a observé une hypercholestérinémie. Il a pu constater dans plusieurs cas, après un traitement efficace, un retour à la normale. L'hypercholestérinémie existe aussi dans plusieurs cas de vitiligo. Dans certaines dermatoses, dans la sclérodermie symétrique avec Basedow, la mélanodermie généralisée avec Basedow, la dermite atrophique de Herxheimer, l'érythrocyanose, la pseudo-sarcomatose de Kaposi, le purpura de Majocchi, la teneur en cholestérine était diminuée. Elle était au contraire augmentée dans l'érythème polymorphe, la furonculose, le *pityriasis lichenoides chronica*, la sclérodactylie.

N. a constaté, en outre, une hypercholestérinémie dans 2 cas (sur 3) de xanthomes tubéreux multiples et dans 3 (sur 5 cas) de xanthélasma des paupières.

OLGA ELIASCHEFF.

Amyloïdose de la peau combinée avec du livedo réticulaire et une hypersensibilité à la lumière (Amyloidose der Haut, Kombiniert mit Livedo reticularis und erhœhter Lichtempfindlichkeit). par N. S. WEDROFF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 578, 5 fig.

Description d'un cas d'amyloïdose de la peau chez une femme âgée de 20 ans (peu développée intellectuellement), combinée avec un livedo réticulé et une hypersensibilité de la peau vis-à-vis de la lumière. Ce cas diffère des cas décrits par l'absence totale de démangeaisons et par la combinaison avec d'autres lésions cutanées.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur les exanthèmes généralisés mycosiques produits par l'épidermophyton Kaufmann-Wolf (épidermophytides généralisées) (Ueber mykotische Allgemeinexantheme durch das Epidermophyton Kaufmann-Wolf (Generalisierte Epidermophytide), par August MATRAS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol CLXIII, cah. 3, 1931, p. 584.

Bibliographie et observations personnelles de 3 cas d'exanthèmes généralisés dans les épidermophyties de Kaufmann-Wolff, lésions vésiculo-pustuleuses localisées primitivement à la plante des pieds. Il faut les considérer comme une dissémination des champignons ou de leurs toxines par voie sanguine dans la peau allergique, comme cela se passe dans les vraies trichophytides. Il existe entre les exanthèmes au cours des trichophyties non seulement une concordance étiologique et pathogénique, mais aussi une concordance clinique et morphologique ; seulement l'accident primitif mycosique est plus superficiel dans les épidermophyties que dans les trichophyties.

Mais le diagnostic d'une épidermophytide n'est prouvé que par une culture positive du sang (culture presque impossible à démontrer) ou par une réaction allergique positive, positivité exigée comme condition *sine qua non* pour une dermatophytide.

OLGA ELIASCHEFF.

Essais d'une différenciation sérologique du gonocoque et d'autres diplocoques (Versuch einer serologischen Differenzierung von Gonokokken und Nichtgonokokken), par Margarete STERN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 601.

D'après les expériences de l'auteur, il semble démontré que l'on peut facilement trouver des sérums de sujets atteints de blennorragie dont la teneur en réagines spécifiques est suffisamment grande pour qu'on puisse obtenir avec tous les antigènes de gonocoques employés par S. une fixation du complément. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude sur les lichénifications atypiques (Ueber atypische Lichenifikationen), par L. VERCELLINO. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 626, 8 fig.

L'auteur apporte 7 cas de lichénifications atypiques, de localisation et d'aspect différents. Ces lichénifications forment, d'après V., un groupe spécial dû au même facteur étiologique : le grattage et ce facteur étiologique agit toujours par le même mécanisme.

OLGA ELIASCHEFF.

Détermination photométrique de la cholestérine du sérum dans les dermatoses (Photometrische Cholesterinbestimmung im Serum bei Dermatosen), par E. BRILL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 3, 1931, p. 654.

Détermination photométrique de la cholestérine dans le sérum de 800 sujets d'après la méthode de Brill et Hopf. B. a trouvé dans l'eczéma une augmentation de la teneur en cholestérine en comparaison avec la quantité trouvée chez d'autres sujets (dans la blennorragie). Chez les psoriasiques, cette teneur est légèrement diminuée. L'augmentation de la cholestérinémie chez les eczémateux s'explique par une diminution de la sécrétion sudorale et sébacée chez ces malades.

OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Le psoriasis (Psoriasis vulgaris), par A. Jordan. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, fasc. 4-5, novembre 1931, p. 221.

J. résume en cet article les travaux russes sur le psoriasis. Le psoriasis représente environ 78 o/o des dermatoses soignées ; il est plus fréquent chez la femme (259 F. contre 121 H.). Son maximum de fréquence est entre 20 et 25 ans. Pas de différence entre les races et les professions. Le psoriasis s'observe plus fréquemment l'hiver. La constitution générale des sujets a une influence sur le développement de l'affection, où l'hyperémie précède la desquamation. L'érythrodermie psoriasique, difficile parfois à identifier, est rare ; moins rares les lésions unguéales. La leucomélanodermie post-psoriasique est fréquente, surtout après l'emploi de la chrysarobine. Rien de nouveau sur l'étiologie, l'anatomie, le diagnostic et le traitement. L. Chatellier.

Sur la morphée en goutte (White spot disease). Contribution à la thérapeutique des atrophies accompagnées de sclérodermie (Zur Weissfleckenkrankheit (White spot disease). Beitrag zur Therapie der mit Sklerodermie in Verbindung stehenden Atrophien), par J. Sellcé. *Dermatologische Zeitschrift*, t LXII. fasc. 4 5, novembre 1931, p. 237, 2 fig.

Trois observations de sclérodermies en plaques (morphées) accompagnées de morphées en gouttes, où le traitement par les ferments (pancréatiques, gastro-duodénaux) amène la guérison des lésions. S. confirme l'identité de la sclérodermie et de la morphée en gouttes. Dans une quatrième observation, association des morphées en gouttes, d'une plaque de sclérodermie avec une poïkilodermie réticulée. L'auteur rapporte deux cas d'atrophie idiopathique de la peau associée à la sclérodermie, où le traitement par ferment produit une amélioration sensible de l'atrophie. Ce traitement, sans efficacité dans l'acrodermatite d'Herxheimer, est utile dans la myosclérose.

L. Chatellier.

Esophylaxie et système réticulo endothélial (Esophylaxie und reticuloendotheliales System), par A. Böhm et L. Vamos. *Dermatologische Zeitschrift*, t LXII, fasc 4-5. novembre 1931, p. 246.

De leurs recherches, les auteurs concluent que le siège des substances immunisantes dans l'ésophylaxie est le système réticulo-endothélial. Son hyperfonctionnement est provoqué par la destruction cellulaire déclanchée par les irritations cutanées. Les rapports entre la peau et le système réticulo-endothélial sont établis moins par le système nerveux autonome que par le torrent circulatoire. Un bon signe de l'action ésophylactique et de l'hyperfonctionnement du système réticulo-endothélial consiste dans les variations du rapport $\frac{Ca}{P.K.}$ dans le sens du dénominateur. L. Chatellier.

Lupus vulgaire serpigineux évoluant sous l'aspect d'une pyodermite végétante chronique (Lupus vulgaris serpiginosus unter den Bilde einer chronischen vegetierenden Pyodermie), par O. Dittrich. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, fasc. 4-5, novembre 1931, p. 252.

Chez un jeune homme de 20 ans, lupus serpigineux étendu du tronc et de la cuisse, qui est pris pendant longtemps pour une pyodermite végétante, à cause des ulcérations périphériques riches en streptostaphylocoques et bacilles pyocyaniques et de la cicatrisation centrale des placards. Des cautérisations intempestives et sans contrôle ont favorisé la végétation des ulcérations et leur infection secondaire. Le malade présentait en outre une arthrite, reconnue tuberculeuse, du genou. Le diagnostic ne fut fait au microscope que grâce à une biopsie profonde et à des coupes en séries : superficiellement lésions de pyodermite et profondément tissu lupique, par endroit bouleversé par l'infection sus-jacente et remarquable par ses cellules géantes énormes (présence de bacille). Inoculation au cobaye de la peau et du liquide articulaire, positive. L. Chatellier.

Recherches sur le mécanisme de l'action de l'ichtyol (Untersuchungen zum Mechanismus der Ichtyolwirkung), par L. Pincussen. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, fasc. 4-5, novembre 1931, p. 258.

De la distillation de certaines huiles schisteuses, on retire en particulier deux produits : l'eutirsol, qui est une huile et l'ichtyol, qui est un corps complexe soluble dans l'eau. L'ichtyol agit, dans l'inflammation cutanée, sur l'état colloïdal de la peau. P. a voulu vérifier cette action de l'ichtyol chez l'animal sain, à qui il fait ingérer de l'ichtyol en solution. Il a constaté des variations des cations Ca, K, Mg, le calcium est relativement augmenté, tandis que les deux autres sont diminués. Avec l'eutirsol, augmentation considérable du K, variation minime du Ca, diminution de Mg. Par injection de ces mêmes substances sous la peau : pour l'ichtyol, résultats semblables à ceux obtenus par l'ingestion, avec moins d'amplitude dans les variations ; pour l'eutirsol, augmentation de Mg. Dans les organes des animaux injectés, P. a constaté avec l'ichtyol, une augmentation de K dans le cœur, le foie et le poumon, dont la teneur en K ne change pas avec l'eutirsol ; avec les deux substances, diminution de Ca, variations irrégulières de Mg. En résumé, dans la peau, par l'action de l'ichtyol, stabilisation des colloïdes et diminution des échanges, tandis que dans le foie, l'augmentation de K laisse prévoir une augmentation des échanges.

L. Chatellier.

Exanthème érythémato-bullo-pustuleux dans la polyarthrite aiguë (Ein erythematœs-bullœs-pustulœses Exanthem bei Polyarthritis acuta), par T. Muller. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, fasc. 4-5, novembre 1931, p. 269 (avec une figure en couleurs).

Au cours du rhumatisme articulaire aigu, on a déjà signalé des manifestations cutanées diverses (pétéchies, urticaire annulaire). M. étudie en détail, au point de vue dermatologique, 4 cas déjà étudiés et publiés par A. Meyer.

L'éruption est constituée par des zones érythémateuses, faiblement infiltrées, en taches de 0 m. 01 de largeur, au milieu desquelles apparaît une vésicule d'abord claire, puis trouble, puis purulente, qui se dessèche quand l'érythème s'efface et guérit sans laisser de traces. Les poussées cutanées sont parallèles aux fluxions articulaires. Les efflorescences très différentes de celles de l'érythème polymorphe ressemblent davantage à celles des érythèmes septicémiques. Dans aucun cas, on n'a découvert de tuberculose. Recherches bactériologiques négatives. Éosinophilie (8 o/o) dans un seul cas. En somme, vraisemblablement, un exanthème lié à l'infection rhumatismale aiguë.

CH. AUDRY.

Etat du sang et du liquide céphalo-rachidien chez les singes bien portants et syphilitiques (Ueber Blut und Liquorbefunde bei gesunden und syphilitischen Affen), par P. PHOTINOS. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, fasc. 4-5, novembre 1931, p. 274.

Chez le singe non inoculé, ou dont l'inoculation a échoué, les réactions sérologiques (W., K. et M.) restent toujours négatives dans le sang. Elles deviennent positives vers la 6e semaine, si les singes sont infectés. Chez deux *cercocebus* syphilitiques, P. a pu, par ponction sous-occipitale, examiner le liquide céphalo-rachidien ; il y a trouvé un Wassermann et un Meinicke positifs et une lymphocytose de 20. Chez deux autres *cercocebus* sains, liquide normal.

CH. AUDRY.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur un cas de dermatite papulokératosique avec desquamation lamelleuse au cours d'une ostéomyélite staphylogène du fémur (Ueber einen Fall von Generalisierter papulokeratotischer Dermatitis mit lamellœser aschuppung bei Osteomyelites femoris staphylogenes), par OTA et AISU. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, no 45, 7 novembre 1931, p. 1721, 4 fig.

Garçon de 16 ans, atteint d'ostéomyélite aiguë du fémur gauche. Vingt jours après le début des accidents, apparition d'éléments disséminés papuleux, puis papulo-kératosiques, le tout s'achevant en une érythrodermie exfoliante diffuse. La maladie fut remarquable, en ce fait qu'elle guérit complètement au bout de 5 mois ; une cuti-réaction avec une auto-culture vaccinale donna une violente réaction, mais on en obtint une autre également intense avec une trichophytine. Les auteurs distinguent de ce cas le *pityriasis rubra* pilaire, l'hyperkératose folliculaire de Kyrle, la *keratosis follicularis* de Brooke, la dermatite papulokératosique scorbutique de Nicolau, etc. ; histologiquement, lésions d'hy-

perkératose, d'acanthose avec vacuolisation de la couche épineuse. Ils pensent que l'ostéomyélite est à l'origine de cette dermatite (ostéomyélite à staphylocoque doré). CH. AUDRY.

Endémies de vulvo-vaginite blennorragique par cures balnéaires (Endemisches Auftreten von Vulvovaginitis gonorrhoica bei Baderkuren), par H. GAUDIG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 45, 7 novembre 1931, p. 1731.

G. commence par rappeler les travaux antérieurs qui ont signalé les infections blennorragiques vulvo-vaginales des petites filles par les linges, les cuvettes, puis les bains. D'une série de faits résumés dans ce travail, retenons surtout l'épidémie de Posen, décrite par Skutsch, en 1891, qui porta sur 236 enfants, dont Skutsch put examiner 160. Il s'agissait d'eau salée et l'on avait d'abord incriminé le sel, lorsque l'examen ne permit plus de douter de la nature gonococcique. G. lui-même a été témoin d'une épidémie de ce genre, également au cours d'une cure de bains salés. On baignait les enfants par paire ; 17 fillettes sur 80 furent infectées de gonorrhée : uréthrale (16), vaginale (15), rectale (4). L'origine n'a pu être déterminée. Le rôle de l'eau salée comme vecteur ne souffre aucun doute.

CH. AUDRY.

Autopyourovaccination de la blennorragie et de ses complications (Ueber die Autopyourovakzinebehandlung der Gonorrhoe und ihre Komplikationen), par L. I. LITWAK et I. S. SCHISTER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 45, 7 novembre 1931, p. 1735.

Les auteurs préparent comme suit leur vaccin : à 1 centimètre cube d'urine, prélevé stérilement chez le blennorragien aigu, ils ajoutent 1 gramme d'urotropine, qu'ils broyent pendant 5 minutes dans un mortier stérile ; puis ils ajoutent 10 centimètres cubes d'eau bouillie froide. Dans les blennorragies chroniques, l'urine est prélevée après massage prostato-vésiculaire. Ils injectent de 0 cc. 3 à 3 centimètres cubes intramusculaires. 52 malades aigus, chroniques et compliqués, ont été ainsi traités. L'autopyourovaccin est actif ; il n'est pas inférieur aux autres vaccins plus compliqués. Associé au traitement local, il exerce une heureuse influence sur la durée des blennorragies non compliquées et sur les complications. Sa préparation simple est facile même en dehors des laboratoires. L. CHATELLIER.

La fièvre exanthématique des tiques (Das xanthematische Zeckenfieber), par P. REGENDANZ. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 46, 14 novembre 1931, p. 1765.

Revue générale soignée (et bibliographie) de la question de la fièvre exanthématique de Marseille, fièvre boutonneuse de Tunisie, qui est un exanthème transmis par la tique *Rhipicephalus sanguineus*. Rien de nouveau. CH. AUDRY.

Sur la question des « Allergoses » (Dermite par piqûre d'insectes) (Zur Frage der Allergosen (Dermatitis durch Insektenstich), par S. A. Glauberssohn. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 46, 14 novembre 1931, p. 1770, 1 fig.

Depuis 1926, G. a constaté une multiplication des cas d'érythème papulo-vésiculeux, bulleux ou noueux, causé par la piqûre d'un insecte du groupe des simulies. L'éruption siège sur les jambes, les pieds, le cou et les mains ; elle atteint surtout les femmes. Elle était inconnue dans le pays autrefois. G. y voit la conséquence d'une sensibilisation de la peau aux venins de ces insectes.

L. Chatellier.

Pityriasis rosé atypique (Pityriasis rosea atypica), par Chatschaturjan. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 46, 14 novembre 1931, p. 1772.

Un cas de pityriasis rosé urticarien, un autre vésiculeux, un troisième à début pénien. Ch. Audry.

Est-on en droit, dans la prostatite gonococcique chronique de recourir à la prostatectomie ? (Ist man berechtigt, bei chronischer Prostatitis gonorrhoica die Prostatektomie auszuführen ?), par H. Muhlfordt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 46, 14 novembre 1931, p. 1776.

Il existe une forme, heureusement assez rare, de prostatite gonococcique chronique, qui résiste à tous les traitements et qui se traduit seulement par une sécrétion prostatique purulente et contenant des gonocoques. L'atteinte du tissu conjonctif péri-glandulaire est certaine. De tels malades sont contagieux. M. se demande si la prostatectomie, malgré ses dangers, n'est pas à recommander dans ces cas rebelles.

L. Chatellier.

Contribution à la clinique de l'angio lupoïde de Brocq-Pautrier (Beitrag zur Klinik des Angio-lupoid Brocq-Pautrier), par F. Preiss. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 47, 21 novembre 1931, p. 1809, 4 fig.

Observation d'un cas d'angio-lupoïde de Brocq-Pautrier chez une jeune femme de 34 ans, sans antécédent tuberculeux, avec réaction de Wassermann négative et épreuve de Moro négative. La malade est diabétique. P. voit se développer chez elle un xanthome palpébral et un intertrigo génital. Il pense que l'hyperglycémie devra intervenir dans l'étiologie de l'angio-lupoïde et dans la localisation de cette dernière affection et du xanthome. L. Chatellier.

Sur l'ictère arsénobenzolique (Ueber Arsenobenzolikterus), par L. Strausz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 47, 21 novembre 1931, p. 1813, 6 fig.

Nous croyons utile de donner de cet article une analyse très longue, à cause des renseignements chimiques qu'il apporte. La syphilis lèse de façon presque constante le foie, déterminant l'ictère précoce, en

général bénin, de la période initiale, ou l'ictère tardif, de pronostic plus sévère. Il s'agit toujours d'une atteinte du parenchyme hépatique. Depuis le salvarsan, l'ictère syphilitique est devenu plus rare, à cause de la précocité du traitement. Mais se pose aujourd'hui la question de l'ictère arsénobenzolique, dont S. rapporte deux cas mortels par atrophie jaune aiguë. Quelle est la toxicité des arsénobenzènes ?

Les solutions d'arsénobenzols sont des colloïdes ou des semi-colloïdes, dont les propriétés dépendent, à structure chimique identique, de leur dispersion. L'efficacité thérapeutique est proportionnelle au pouvoir de dispersion. Les préparations arsénobenzoliques donnent avec le sérum sanguin un précipité, dont l'intensité dépend de la réaction du milieu et qui est un composé d'adsorption de la base dioxydiaminoarsénobenzol avec l'albumine sérique. Les bicarbonates du sang peuvent redissoudre ce précipité. On a incriminé les embolies capillaires par les floculats et l'agglutination des globules rouges pour expliquer les accidents dus à l'arsénobenzol. Il est incontestable que l'état colloïdal des préparations arsénobenzoliques influe sur les propriétés de ce corps. D'autre part, on sait que des quantités minimes de substances étrangères peuvent modifier l'état et, par suite, les propriétés des corps colloïdaux, en particulier des arsénobenzènes. Pour comprendre l'origine de ces substances étrangères dans les arsénobenzols, il importe de connaître les étapes grossières de leur synthèse. Une des dernières phases de cette synthèse consiste en la réduction de l'acide nitrophénolarsinique. On peut aboutir par différents procédés à l'acide arsinique. On peut partir de corps variés : phénol, aniline, acétanilide et le diméthylaniline ; les procédés varient avec chaque corps. Par réduction de l'acide nitrophénylarsinique, on obtient le diaminodioxyarsénobenzol, qui, par la formaldéhyde et le bisulfite de soude, se transforme en néosalvarsan et ses succédanés. Ce ne sont pas des composés univoques, car, en plus du corps connu, l'hydralit (acide formaldéhydesulfoxyl de sodium), s'ajoutent du chlorure de sodium et du carbonate de sodium. Le groupement actif n'existe pas seulement en combinaison moléculaire, mais sous forme polymérisée. Les produits intermédiaires, comme : l'arsinoxyde, les combinaisons soufrées, le tétraaminodioxyarsénobenzol et les combinaisons nitrées peuvent souiller les préparations. Les préparations d'arsénobenzol contiennent de l'alcool méthylique, dont la proportion reste inférieure à 2 o/o dans les bonnes préparations. On peut compter parmi les impuretés, les impuretés dissoutes dans l'alcool (acide sulfaninique), qui ne sont pas à négliger.

D'autre part, dans la synthèse de l'hydralit, se forment des produits de mono- et de disubstitution. La substitution peut porter sur l'un ou les deux groupes aminés. Les produits de disubstitution sont les moins actifs. Ces notions se rattachent à la toxicologie générale des composés arsénobenzoliques. On connaît aussi d'autres toxiques mieux définis qui agissent sur le foie. Un rapport entre la structure chimique et la toxicité

existe d'autant plus, que la substitution de NH^2 dans la chaîne benzolique diminue la toxicité du composé d'après le nombre de groupes NH^2 fixés. Mais l'efficacité spirillicide diminue dans la même mesure.

Ehrlich connaissait déjà la toxicité de l'acide diméthylpyrrholphénylarsinique qui produit une nécrose centrale du lobule hépatique et un ictère intense ; la nécrose est suivie de cirrhose hépatique. Il est constant en outre, que les arsénobenzols à substitution halogène peuvent, à faibles doses, déterminer des lésions hépatiques avec ictère. Or la préparation de l'arsénobenzol nécessite l'emploi d'halogènes, qui sont ensuite remplacés par le radical hydroxyle, mais cette substitution peut être incomplète et partie des composés halogènes persister.

Comme on le voit, nombreuses sont les substances nocives pour le foie qui apparaissent dans la préparation des arsénobenzènes. On s'est demandé à quel groupe de la molécule d'arsénobenzol sont imputables les lésions hépatiques. Il est probable qu'elles sont dues à l'action totale de la molécule (As et chaîne benzol) et de ses souillures éventuelles.

Il n'en reste pas moins que le diagnostic étiologique d'un ictère survenu au cours d'un traitement antisyphilitique est toujours délicat. S. a voulu étudier expérimentalement les effets des composés arsénobenzoliques sur le foie (néosalvarsan). Il a injecté à des lapins de fortes doses : de 0,60 à 2,40 par kilo. Dans le foie, les lésions vont de la stase circulatoire à la nécrose, selon les doses injectées. Aux doses faibles, correspond l'hyperémie par stase (dilatation des veines centrales du lobule, petites hémorragies interstitielles). A un degré de plus, apparition dans les cellules hépatiques de fines granulations graisseuses. Enfin, gonflement trouble et dégénérescence graisseuse, puis incolorabilité des noyaux. Les dégénérescences frappent un grand nombre de cellules. Il se forme des îlots de dégénérescence séparés du parenchyme sain par une barrière leucocytaire. On rencontre des embolies dans les petites artères hépatiques, d'où les nécroses par infarctus. Dans le parenchyme, par suite des lésions cellulaires, se forment des boules biliaires. Pas de destruction toxique des globules rouges. Les lésions ne sont jamais totales ; il reste toujours des zones saines. Le salvarsan ne détermine pas de lésions graves de la vésicule. Les dégénérescences s'y voient avec les doses fortes et peuvent arriver jusqu'à la nécrose en foyer, avec altérations graisseuses.

De tous ces faits et notions, que résulte-t-il pratiquement ? C'est question d'espèces. Quand c'est la syphilis seule qui est en jeu, on peut continuer le traitement arsenical avec prudence, en se rappelant que la syphilis rend le foie sensible aux intoxications. Quand à l'ictère se joignent d'autres signes d'intoxication arsenicale et quand il s'agit d'un ictère catarrhal intercurrent, il vaut mieux suspendre.

L. CHATELLIER.

Sur le principe de la guérison des verrues par suggestion (Zur Wesen der suggestiven Warzenheilung), par J. Samek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 48, 28 novembre 1931, p. 1853.

Après avoir rappelé les faits connus de guérison spontanée des verrues, la nature infectieuse de cette affection et les constatations anatomiques de Unna, Lipschütz, Martinotti, Jadassohn et Majocchi, S. insiste sur les modifications que subissent les verrues disparaissant par suggestion. Il y a une irritation inflammatoire se traduisant par de l'hyperémie et une augmentation de l'infiltration cellulaire. L'irritation dure longtemps après la disparition de la verrue, sous forme d'une macule. Dans les verrues planes, on voit apparaître une bordure squameuse, puis une desquamation de toute la papule. A ce stade, les mitoses, dans les couches inférieures du stratum épineux, sont plus isolées, les dégénérescences cellulaires de la granuleuse et de la corne en diminution. Au moment de la disparition, outre la desquamation réticulée, on note de l'œdème du corps papillaire, envahi par des leucocytes et des cellules rondes ; la couche épineuse est réduite à quelques cellules et infiltrée de leucocytes. Mêmes processus dans les verrues vulgaires. Une influence psychique peut donc provoquer une inflammation cellulaire à distance. Ce fait concorde avec l'hypothèse de Jadassohn et Biberstein qui voient dans la guérison spontanée ou suggestive des verrues une sorte de réaction d'Herxheimer déclanchée par l'antigène verrue.

L. Chatellier.

Sur l'oblitération des verrues par la glycérine (Zur Verœdungsbehandlung der Krampfadern mit Glyzerin), par G. Nobl et M. Wolf. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 48, 28 novembre 1931, p. 1859, 1 fig.

Les auteurs ont suivi 310 malades traités par les injections de 5, 10 et même 20 centimètres cubes de glycérine diluée à raison de 126 grammes de glycérine pour 200 centimètres cubes d'eau distillée. 197 succès ; dans 113 cas, l'oblitération a été complétée par des injections de sucre. N. et W. concluent que la glycérine, à cette concentration, détermine, dans un grand nombre de cas, une oblitération solide, mais son action irritante est modérée ; d'où la fréquence des échecs et les oblitérations incomplètes. Ils donnent toujours la préférence aux solutions hypertoniques de saccharose et de sucre interverti.

L. Chatellier.

Zona et varicelle (Ein Kasuistischer zur Frage Zoster und Varizellen), par L. Guth. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 47, 28 novembre 1931, p. 1857.

Un homme de 40 ans se présente, le 28 mai, avec un zona dorso-pectoral (D5-D7). Le 13 juin, explosion de varicelle chez son fils, un garçon de 23 mois, qui venait dans son lit ; aucune autre source d'infection connue.

Ch. Audry.

The British Journal of Dermatology and syphilis (*Londres*).

Les possibilités de la bismutho-thérapie dans les dermatoses (The possibilities of bismuth therapy in the treatment of cutaneous diseases), par Mac Kenna. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, novembre 1931, p. 565.

Dans une série d'expériences, M. K. a étudié les divers modes d'action des sels de bismuth afin d'en élargir les applications.

L'ingestion de 10 grammes par jour de salicylate ou de carbonate de Bi pendant 6 semaines n'a amené aucune amélioration dans 3 cas de lupus érythémateux qui, ultérieurement, furent guéris par des injections d'oxychlorure colloïdal de Bi. Ce n'est donc pas en temps qu'antiseptique intestinal que le bismuth agit sur le lupus érythémateux.

Par contre, l'action locale du bismuth a paru manifeste : 17 lupus érythémateux ont été traités par des applications de pommade contenant 10 o/o d'oxychlorure de Bi et 76 o/o furent guéris.

L'action bactéricide du bismuth est d'ailleurs plus grande qu'il n'est généralement admis ; toutes les espèces microbiennes communes sont atteintes ou tuées *in vitro* par des solutions faibles d'oxychlorure de Bi colloïdal après contact d'un quart d'heure à une heure. Les staphylocoques dorés et les streptocoques sont tués par des solutions à 1 p. 2.000, les staphylocoques blancs, plus sensibles, par des solutions à 1 p. 8.000. Le bacille de la tuberculose s'est montré particulièrement sensible à l'action du bismuth. Le développement des cultures du bacille de la tuberculose bovine était arrêté par des solutions à 1 p. 16.000, celles du bacille humain par des solutions à 1 p. 64.000 après contact d'une demi-heure.

Cliniquement, on a pu constater l'efficacité de la pommade à l'oxychlorure de Bi à 10 o/o dans l'impétigo, les folliculites, les mycoses unguéales, le chancre mou.

Les injections d'oxychlorure de Bi (Bisoxyl) ont amélioré un certain nombre de lupus vulgaires sans amener leur guérison radicale. Celle-ci a cependant été obtenue dans 10 cas par Pond, de Liverpool, qui a employé des doses très élevées de médicament. Tout récemment, M. K. a entrepris de traiter 6 cas de lupus vulgaire par des injections de Bivatol ; il constate une amélioration progressive et constante.

M. K. pense que le champ d'action du bismuth en dermatologie s'élargira considérablement. Il espère qu'une nouvelle préparation bismuthique, analogue au salvarsan, permettra d'agir sur les manifestations tuberculeuses comme celui-ci agit sur les lésions syphilitiques.

S. Fernet.

Une nouvelle méthode d'inoculation montrant la virulence du sperme au cours de la syphilis latente (A new method of inoculation to prove the infectivity of the semen in latent syphilis), par Kertsez (Hongrie). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, novembre 1931, p. 588, 5 fig.

Alors même qu'une syphilis est ancienne et latente et que le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, l'inoculation du sperme à la cornée du lapin donne lieu à une ophtalmie spécifique, suivie d'une généralisation syphilitique. La spécificité de cette ophtalmie n'est pas douteuse, car la spirochétose *cuniculi* ne touche pas l'œil, des tréponèmes peuvent être décelés dans la cornée ou l'iris, le traitement bismuthique ou arsenical arrête l'évolution des lésions.

K. cite l'observation d'un homme dont la syphilis, datant de 7 ans, avait été traitée par 8 séries d'injections et qui présentait un Bordet-Wassermann négatif ; l'inoculation du sperme à la cornée du lapin donna lieu à l'ophtalmie caractéristique. Lorsque 12 jours après, on tenta d'inoculer le second œil de ce lapin, il ne se produisit aucune réaction ; la superinfection était donc impossible.

Des inoculations positives du sperme peuvent ainsi être obtenues au cours des syphilis bien traitées, latentes depuis des années et présentant des sérologies négatives. K. pense qu'il s'agit de transmission du virus infra-visible. S. Fernet.

La Semana Medica (Buenos-Aires).

Coefficient d'absorption des rayons lumineux visibles par les éléments cytologiques ; en particulier par les cellules pigmentaires. Nouvelle technique de microspectrophotométrie pour sa détermination (Coeficiente de absorción de rayos luminosos visibles por elementos citológicos ; en special células pigmentarias), par Miguel Eduardo Jörg. *La Semana Medica*, 28e année, n° 37, 10 septembre 1931, p. 821.

Le pigment fait varier les caractéristiques de la peau vis-à-vis de l'énergie radiante. Il modifie la quantité d'énergie réfléchie, la production de chaleur, l'effet photo-électrique des téguments, leur fluorescence.

M. E. J. étudie la capacité d'absorption des cellules pigmentaires des tissus humains par la micro-spectro-photométrie dans le double but de mettre en évidence des faits biologiques nouveaux et d'établir un coefficient pouvant servir de base mathématique à un système de mesures applicable à la photothérapie.

Après avoir rappelé les notions relatives à la formation et à la nature du pigment cutané, il décrit l'appareil qu'il a utilisé et qui se compose essentiellement d'un microscope et d'un spectro-photomètre de König et Martens.

Des diverses déterminations pratiquées, se déduit (par l'application de formules mathématiques spéciales) la valeur des coefficients d'absorption et de réflexion de la lumière par les cellules pigmentaires de la peau humaine.

Le premier coefficient est de 7,015 dans la partie rouge du spectre. Il augmente progressivement dans le jaune, le vert, le bleu, pour atteindre 10.341 dans le violet. Par contre, le coefficient de réflexion diminue du rouge au violet et passe de 0,160 à 0,012.

Ces coefficients permettent de calculer quelle est l'épaisseur de pigment nécessaire pour que soient absorbés tous les rayons lumineux d'une région du spectre. Elle est de 20 microns pour les rayons rouges et de 12 microns pour les rayons violets. Il suffit par suite qu'il y ait dans la peau 2 ou 3 couches de cellules pigmentaires remplies de mélanine pour que cette absorption totale se réalise.

J. MARGAROT.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Dégénérescence carcinomateuse d'un rhinophyma et remarques sur le traitement de ce dernier (Ein Fall von carcinomatœser Degeneration eines Rhinophyma mit Bemerkung zur Behandlung des Rhinophyms), par EISENKLAM. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 44e année nº 45, 6 novembre 1931, p. 1407.

Un homme de 61 ans, malade depuis 6 ans, présente sur le bord d'un rhinophyma une ulcération croûteuse qui est formée par un épithélioma lobulé vulgaire. Novy a rapporté un cas pareil et il en existe un petit nombre d'autres observations, qui sont très rares. E. recommande l'emploi du perchlorure de fer comme hémostatique après décortication.

CH. AUDRY.

Le cancer secondaire de la peau (Das sekundære Karzinom der Haut, par A. MATRA. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 44e année, nº 45, 13 novembre 1931, p. 1408.

Dans le cancer du sein, les métastases cutanées sont relativement fréquentes sous forme de cuirasse et de lenticules de type lymphangitique dans la plupart des cas ; cependant, dans un cas accompagné d'alopécie circonscrite, on peut conclure qu'il s'agissait de métastase par voie sanguine. Le cancer secondaire de la peau peut aussi accompagner celui de l'estomac, de l'intestin, du pancréas et, dans ces cas, c'est aussi par infection et propagation lymphatique. De plus, les cancers génitaux de la femme et même ceux du rectum peuvent donner lieu à des greffes cancéreuses, à des cancers d'implantation de la peau de la paroi abdominale.

Le cancer secondaire de la peau ne doit pas être considéré comme exceptionnel et il doit supposer un examen clinique général très soigné.

CH. AUDRY.

Traitement par les ondes courtes d'un furoncle de la lèvre supérieure chez un diabétique de 75 ans (Kurzwellenbehandlung eines Oberlippen furunkels bei einem 75 jæhrigen Diabetiker), par W. LOWENSTEIN et L. H. STIEBOCK. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 44e année, nº 48, 27 novembre 1931, p. 1502.

Chez un vieillard de 75 ans, diabétique, hypertendu avec myocardite, un furoncle de la lèvre supérieure, vieux de 8 jours et accompagné d'un deuxième du sillon nasolabial, est traité pendant 5 jours de suite

par les ondes courtes, en irradiations de 16 et 12 minutes. Dès la première irradiation, on assiste à la diminution de volume du furoncle ; dès le deuxième jour, sédation de la douleur ; à la cinquième irradiation, guérison des deux furoncles. Les auteurs font suivre l'observation de considérations techniques et physiologiques sur l'appareillage, le dosage et l'action de ces ondes. L. CHATELLIER.

Bruxelles Médical.

L'effet curatif du choc anaphylactique sur les manifestations syphilitiques, par A. BESSEMANS, R. WELLEM et de POTTER (Gand). *Bruxelles Médical*, 12e année, nº 5, 29 novembre 1931, p. 136.

En provoquant, chez le lapin, un choc-anaphylactique local, c'est-à-dire un phénomène d'Arthus plus ou moins prononcé, les auteurs ont observé une amélioration, parfois une guérison de certains syphilomes testiculaires bien développés, avec une rapidité beaucoup plus grande que normalement. On réussit d'autant mieux qu'on utilise des produits riches en protides, que l'animal a été préalablement sensibilisé et que les injections destinées à provoquer le choc local englobent de toutes parts la lésion que l'on tâche de guérir. Il ne faut pas attribuer l'effet curatif par choc anaphylactique local à l'augmentation durable de la température des lésions. Selon toute vraisemblance, la vitalité, ou du moins, la virulence du virus syphilitique est victorieusement combattue par les modifications dites allergiques, survenues dans le tissu anaphylactisé sous l'influence du phénomène d'Arthus. Mais il s'agit là d'une action purement locale.

Dans quelle mesure cette méthode pourra-t-elle être appliquée à l'homme ? Les auteurs se rallient à l'opinion de Holf qui est convaincu que la protéinothérapie non spécifique sous l'une ou l'autre de ses formes est active dans la syphilis et pourrait être associée avantageusement aux médicaments spécifiques dans certains cas rebelles à l'action de ceux-ci. H. RABEAU.

Actas dermo-sifiliograficas (Madrid).

Métabolisme basal et réserve alcaline dans les dermatoses. Essais thérapeutiques (Metabolismo basal y reserva alcalina en las dermatosis. Ensayos terapéuticos), par R. Gonzales MEDINA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 23e année, nº 9, juin 1931, p. 686 et 24e année, nº 1, octobre 1931, p. 4.

Après quelques considérations générales sur le métabolisme basal et la réserve alcaline, R. G. M. apporte une statistique de 40 cas, relatifs à diverses dermatoses.

Dans l'acné, le métabolisme basal est le plus souvent élevé. Chez 5 malades étudiés, il est normal 2 fois et supérieur à la normale 3 fois.

Trois sujets atteints de psoriasis ont un métabolisme basal élevé.

Chez l'un d'eux, on trouve + 44 o/o et on note la coexistence de signes cliniques d'hyperthyroïdie.

Sur 12 cas d'eczéma, les chiffres sont abaissés chez 2 malades, normaux chez 4 et augmentés chez les 6 derniers.

Une érythrodermie subaiguë du type Wilson s'accompagne d'un métabolisme normal.

Bien que l'ichtyose ait été considérée comme une affection en rapport avec une insuffisance thyroïdienne, la valeur du métabolisme basal s'élève à + 32 o/o dans le seul cas étudié par l'auteur.

Il trouve des chiffres élevés dans un cas d'érythème induré, dans deux cas de vitiligo, dans un cas d'érythème polymorphe et au cours d'un prurit. Le métabolisme basal n'est pas modifié chez une malade atteinte d'érythrocyanose sus-malléolaire. Il est abaissé dans un lichen plan.

En ce qui concerne la réserve alcaline, exception faite d'un lichen plan, de deux psoriasis, d'une érythrodermie et d'une dermite artificielle, R. G. M. observe de l'acidose dans les affections cutanées. Elle est quelquefois franche (dans un cas d'érythème induré et dans presque tous les eczémas).

L'emploi systématique de l'hyposulfite de soude *per os* comme médication anti-acide n'a jamais modifié une dermatose, dans laquelle on avait constaté une réserve alcaline faible.

Tous les malades ayant un métabolisme basal élevé ont été traités avec un sérum antithyroïdien sans que l'on ait noté d'amélioration clinique. Il est curieux de constater dans quelques-unes de ces observations un abaissement très net du taux du métabolisme.

Seuls, deux cas de vitiligo ont présenté une heureuse évolution sous l'influence de ce traitement. Plusieurs placards achromiques ont disparu, tandis que les autres se sont partiellement repigmentés.

J. MARGAROT.

Un exemple à suivre dans la lutte anti-lépreuse (Un ejemplo a seguir en lucha antileprosa), par P. MONTANES. *Actas dermo-sifiliograficas*, 24e année, nº 1, octobre 1931, p. 8.

Trois congrès internationaux de la lèpre ont proclamé à l'unanimité la nécessité de recommander aux gouvernements les moyens mis en œuvre par la Norvège dans la lutte antilépreuse. Ils se révèlent à la fois comme les plus humanitaires et les plus efficaces.

Un lépreux ne peut être relégué dans un hôpital contre sa volonté. Il est uniquement tenu de se conformer aux mesures que le Conseil de la Santé lui indique. S'il ne les observe pas, il est l'objet d'un avertissement et si plusieurs avertissements sont sans effet, l'hospitalisation devient obligatoire et, au besoin, peut être imposée par la force.

En 1856, on comptait en Norvège 2.858 cas de lèpre pour une population d'un million et demi de sujets, soit une proportion de

2 o/oo. A l'heure actuelle, sur 3 millions d'habitants, il n'y a que 68 lépreux, soit 0,02 o/oo. J. MARGAROT.

Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades (Madrid).

L'allergie cutanée dans les adénopathies inguinales d'origine vénérienne (La alergia cutánea en las adenopatías inguinales de origen Venereo), par Eduardo de GREGORIO ET GARCIA SERRANO. *Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades*, nº 528, 1931, p. 3.

L'auteur continue les recherches dont les premiers résultats ont été donnés dans son travail sur l'allergie cutanée dans les maladies vénériennes.

Les malades étudiés se répartissent en trois groupes : les premiers sont atteints de lymphogranulomatose inguinale subaiguë, les deuxièmes d'adénopathies dues au bacille de Ducrey et les troisièmes d'adénopathies en rapport avec une syphilis récente.

On fait, aux uns et aux autres, des intradermo-réactions avec des antigènes différents et de provenances diverses.

Vingt sujets atteints de lymphogranulomatose inguinale, ont une réaction de Frei positive. Sept d'entre eux réagissent fortement au Dmelcos, mais chez deux de ces malades existe une infection mixte et chez les cinq autres, on trouve les commémoratifs d'une chancrelle antérieure.

49 malades atteints de bubons chancrelleux offrent une intradermo-réaction au Dmelcos fortement positive. Sur ce nombre, 25 ont une réaction faible et 8 une réaction forte avec un autre antigène chancrelleux. L'un d'eux a une intradermo-réaction positive avec un antigène de lymphogranulomatose.

Sur 22 syphilitiques récents, 6 réagissent fortement au Dmelcos. Il s'agit de sujets ayant eu antérieurement un chancre mou ou présentant un chancre mixte. Avec l'antigène de Frei, on note une réaction positive, 2 réactions fortement positives et 7 réactions faiblement positives.

L'auteur conclut que l'intradermo-réaction de Frei, à la condition d'être bien interprétée, peut aider efficacement au diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre. Elle n'a de valeur spécifique certaine que lorsqu'elle est intense et se caractérise par des éléments papulo-vésiculeux. Les réactions de moindre intensité n'ont aucune spécificité et peuvent être considérées comme co-allergiques.

J. MARGAROT.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifilografia (Madrid).

Pratique dermatologique. Cas clinique. Leucémie aiguë (Práctica dermatológica. Caso clínico. Leucemia aguda), par Firmin CUBERO. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, nº 74, nov. 1931, p. 67, 4 fig.

Un malade présente sur la tête, et plus particulièrement sur le cuir chevelu de nombreuses tumeurs de volume variable, séparées par des sillons qui serpentent dans des directions diverses. Le voile du palais, l'arrière-gorge, les amygdales sont le siège de grosseurs volumineuses qui gênent la déglutition.

Des tuméfactions analogues, mais en petit nombre, sont éparses sur le tronc et les membres.

On trouve quelques petits ganglions dans la région du cou. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire, ni sus-épitrochléenne. Par contre, les aines sont le siège d'une énorme hypertrophie ganglionnaire.

L'évolution est rapide. Les tumeurs augmentent de volume. L'état général devient mauvais. La mort survient au bout de quelques semaines.

Le premier diagnostic porté est celui de sarcomatose hémorragique de Kaposi. Les examens ultérieurs permettent de conclure à des leucémides lymphoïdes ou à une leucémie lymphatique aleucémique.

Une biopsie montre une infiltration lymphocytique très abondante, d'origine hématogène, sans le moindre indice de métaplasie du tissu conjonctif.

L'examen hématologique révèle une légère oligocythémie avec une diminution de la valeur globulaire. Le nombre des leucocytes est normal. On note une lymphocytose relative avec éosinophilie. Le schéma d'Arneth fait ressortir une légère augmentation du nombre global des noyaux. J. MARGAROT.

Orientation moderne dans la prophylaxie individuelle des maladies vénériennes (Orientación moderna en la profilaxis individual de las enfermedades Venéreo sifiliticas), par Cordero SOBOA. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, n° 74, novembre 1931, p. 99.

C. S. rappelle les recherches expérimentales qui servent de base aux pratiques actuelles de la prophylaxie individuelle et fait une étude critique des opinions contradictoires qui ont été émises sur leur valeur. Il conclut que seules peuvent être conseillées des applications médicamenteuses locales faites avant le coït. Celui-ci doit être suivi d'un lavage au savon immédiat, prolongé et très méticuleux. Les sels de potasse et de soude du savon ont une valeur supérieure à celle des solutions ou des pommades à base de salvarsan et de bismuth. Les solutions très concentrées de sels mercuriels ont une action directe sur le tréponème, mais ne sont pas toujours inoffensives pour la peau et les muqueuses.

La prophylaxie médicamenteuse générale présente des garanties d'efficacité. Il est cependant préférable de ne traiter que les sujets dont la contamination est certaine.

De toutes façons, le meilleur moyen de diminuer le nombre des

transmissions consiste à traiter méthodiquement les sujets atteints. La prophylaxie sociale a une valeur incomparablement plus grande que la prophylaxie individuelle. J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

La compression des jugulaires comme adjuvant au traitement de la syphilis du système nerveux central (Jugular compression ; an adjunct in the treatment of syphilis of the central nervous system), par SMITH et WADDELL. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, n° 5, novembre 1931, p. 727.

Nombreux sont les procédés qui ont été imaginés pour franchir la « barrière hémato-encéphalique » et favoriser la pénétration des médicaments dans les centres nerveux. S. et W. ont pensé que la compression des veines jugulaires en augmentant la pression intracrânienne et la circulation du liquide céphalo-rachidien, favoriserait la chasse du sérum salvarsanisé dans les ventricules, les espaces sous-arachnoïdiens et le parenchyme. De plus, l'étude de la méthode de Bier a montré que l'hyperhémie locale augmentait l'afflux des leucocytes et la perméabilité vasculaire. De nombreux autres travaux ont montré que toute dilatation des vaisseaux s'accompagnait d'une augmentation de la perméabilité. L'injection intraveineuse d'une petite dose de bactéries chez le chat ne produit pas de méningite ; si l'injection est suivie de compression des jugulaires pendant 2 minutes, la méningite se produit dans 50 o/o des cas.

Pour réaliser la compression des jugulaires chez l'homme, les auteurs se sont servis d'une sangle portant deux pelotes. On juge d'après l'engorgement des veines et l'augmentation des pulsations temporales si les pelotes ont été bien appliquées. La gêne éprouvée par le malade est insignifiante. La méthode est inoffensive à condition de n'être appliquée qu'à des cas sélectionnés ; il faut écarter tout sujet présentant une maladie hémorragique, un néoplasme, du glaucome, un décollement de la rétine, de l'œdème de la papille, etc.

Les auteurs ont pratiqué la compression des jugulaires pendant 30 minutes chez 21 malades immédiatement après les injections arsenicales. Simultanément, 18 sujets-contrôle recevaient des injections aux mêmes doses, non suivies de compression. On fit alors le dosage de l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien de tous ces malades et l'on constata que le liquide des individus ayant subi la compression contenait 55 o/o d'arsenic de plus que celui des sujets-contrôle. On trouvait exactement chez 16 d'entre ces derniers 0 mg. 002 d'As par 5 centimètres cubes de liquide et aucune trace d'As chez 2 d'entre eux ; au contraire, chez les premiers, on trouvait constamment 0 mg. 0031 par 5 centimètres cubes.

Les auteurs se proposent de doser l'arsenic dans le cerveau et la moelle

d'animaux traités par cette méthode et d'étudier cliniquement la valeur thérapeutique de la compression des jugulaires chez l'homme.

S. FERNET.

La présence de quantités inégales de bismuth dans les suspensions huileuses de sels bismuthiques (The presence of uneven quantities of bismuth in oily bulk suspension of bismuth salts), par COLE, HENDERSON, ŒTTINGEN et SOLLMANN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 5, novembre 1931, p. 739.

Le dosage des sels de bismuth dans les suspensions huileuses extraites des ampoules suivant la technique médicale a montré que les quantités qui sont injectées aux malades varient dans des proportions insoupçonnées, jusqu'à 166 o/o.

La suspension huileuse étant difficile à maintenir homogène, la répartition des sels bismuthiques est inégale dans les ampoules ; de plus, malgré l'agitation, même en présence de billes de verre, une partie du sel n'est pas aspirée par la seringue. Il y a donc grand avantage à employer les sels lipo-solubles. S. FERNET.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan)

Recherches sur le pouvoir lipolytique et la quinino-résistance de la sérolipase du sang dans l'infection luétique, par Vittorio LEIGHEB. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, fasc. 5, octobre 1931, p. 1133. Bibliographie.

L'auteur rappelle les notions sur les lipases, résumant rapidement les travaux qui ont été faits sur cette question. Il expose ensuite les résultats de ses recherches sur le pouvoir lipolytique de la lipase du sérum sanguin de l'homme, dans l'infection luétique.

Ses recherches ont eu pour but :

1° Chercher s'il existe des modifications du pouvoir lipolytique du sérum du sang chez les sujets atteints de syphilis, par comparaison avec ceux qui en sont indemnes.

2° Étudier le comportement de la résistance à la quinine de la sérolipase, pour la démonstration éventuelle dans le sérum du sang d'une lipase quinino-résistante.

Les expériences furent conduites parallèlement sur des sujets sains de contrôle et sur des sujets atteints de syphilis à ses différents stades, avec ou sans manifestations en activité.

Les résultats de la première série de recherches amènent l'auteur à cette conclusion que, dans les cas qu'il a étudiés, il n'existe pas de modifications manifestes et constantes du pouvoir lipolytique du sérum du sang dans l'infection luétique, par comparaison à ce que l'on observe chez les sujets indemnes de luès, et qu'on n'observe pas de variations caractéristiques selon les diverses périodes de l'infection.

La seconde série de recherches, celles sur la quinino-résistance de la séro-lipase, a démontré avec évidence, que la lipase des sujets indemnes de syphilis, est arrêtée nettement dans son action par des quantités minimes de l'alcaloïde (0 mgr. 01), tandis que, pour la même dose, le sérum des luétiques montre encore une capacité lipolytique.

Ce fait se manifeste indépendamment du stade de la maladie (les expériences ont été faites dans la syphilis secondaire et tertiaire) et indépendamment de l'absence ou de la présence de manifestations de l'infection en activité.

Il existerait donc, chez les luétiques, par comparaison avec les sujets sains, une sensibilité moindre de la sérolipase à la quinine, qui peut éventuellement être interprétée comme due à la présence dans le sérum du sang, d'une lipase quinino-résistante.

L'auteur, bien qu'il ne puisse exclure la possibilité de la provenance du ferment quinino-résistant d'autres organes, incline cependant à penser que la lipase quinino-résistante est d'origine hépatique, prenant en considération l'atteinte très précoce du foie dans l'infection luétique. Une telle origine présenterait un intérêt tout particulier, parce que, dans les cas étudiés, manquaient ces altérations fonctionnelles et anatomiques du foie qui, selon d'autres auteurs, seraient la condition nécessaire de la présence dans le sang de lipase quinino-résistante d'origine hépatique. BELGODERE.

Hémoglobinurie paroxystique à frigore, par Luigi CATTANEO. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, fasc. 5, octobre 1931, p. 1159. Bibliographie.

Dans cette copieuse et consciencieuse revue générale de la question, l'auteur rappelle les notions connues sur les hémoglobinuries en général et sur hémoglobinuries *a frigore* en particulier et fait suivre cet exposé de l'étude d'un cas clinique personnel. L'analyse détaillée de ce travail nous entraînerait même en la résumant, à de trop longs développements et nous nous bornerons à en donner les conclusions :

1° L'étiologie de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* est à rechercher exclusivement dans la syphilis, que l'on doit considérer comme la cause initiale de la maladie, alors même que font défaut des données anamnestiques certaines. Cette assertion est confirmée par les résultats du traitement antiluétique qui, depuis Murri, et ensuite de l'avis de tous les auteurs, s'est montré l'unique moyen d'efficacité certaine pour améliorer et souvent guérir ce syndrome rare.

2° Le facteur pathogénique est en général le refroidissement. Le refroidissement met en liberté dans le plasma sanguin des substances jusqu'ici inconnues et sur la nature desquelles se sont concentrés les plus grands efforts des chercheurs dans ce domaine. Ces substances provoquent un choc auto-anaphylactique, avec une hémolyse intense et une phénoménologie bien définie. Au point de vue clinique, la symp-

tomatologie est le plus souvent bien déterminée, très manifeste, mais dans quelques cas, elle peut être larvée ou manquer complètement bien que le choc soit révélé par l'examen des urines et par les recherches hématologiques. Le paroxysme détermine des altérations notables tant du côté du sang que du côté des urines.

Du côté du sang, on trouve les hémolysines, qui donnent lieu à la caractéristique réaction de Donath et Landsteiner, réaction qui s'est montrée appartenir en propre aux hémoglobinuriques *a frigore* et s'est montrée exceptionnellement positive chez de vieux luétiques. Cette réaction est négative dans toute autre forme d'hémoglobinurie. Dans le sang lui-même, on rencontre l'hémoglobinémie, des altérations importantes de la formule leucocytaire, une diminution prononcée des hématies et des variations de nombre des globules blancs.

Du côté des urines, le caractère le plus important consiste dans la présence d'une quantité plus ou moins grande d'hémoglobine, qui parfois peut être transformée dans ses dérivés. On y trouve, en outre, de l'albumine avec des éléments pathologiques du rein dans les attaques larvées, dans lesquelles la symptomatologie peut être complètement muette et même l'hémoglobinémie peut faire défaut, il y a toujours trace d'albumine dans les urines. Enfin, il peut y avoir une importante modification dans l'élimination de l'urée et des chlorures, la première augmente avec le développement de l'attaque, tandis que la seconde substance, au contraire, diminue.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'un syndrome clinique bien défini, qui peut être reproduit d'une manière complète sur le malade lui-même à volonté, étudié largement dans son évolution clinique, hématologique et dans l'élimination urinaire.

Mais il y a lieu maintenant de rechercher quelles sont les substances déchaînantes mises en liberté par le froid chez ces malades ou, par quel processus physico-chimique, qui se produit dans le plasma sanguin, survient la dissolution des hématies.

En outre de ces recherches, il convient d'étudier également l'élimination hémoglobinurique et l'indice hémolytique qui n'ont pas encore été déterminés dans l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*.

BELGODERE.

Contribution à l'étude de la pseudo-pelade de Brocq, par F. LISI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, fasc. 5, octobre 1931, p. 1249, 5 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte deux cas de l'affection dite pseudo-pelade de Brocq.

Chez l'un, il s'agissait d'un ouvrier de 46 ans qui, à l'examen clinique général ne présentait aucune particularité notable, à part un rhumatisme chronique, de l'excitabilité psychique et un éclaircissement diffus de la chevelure de la région frontale, ayant débuté dans la jeunesse et arrêté depuis longtemps dans son évolution. Aucune altéra-

tion n'existait du côté des autres annexes cutanées. La pseudo-pelade avait débuté silencieusement au vertex et à l'occiput avec les caractères de la forme dite « forme mixte » par la coexistence de nombreuses petites taches alopéciques et de quelques grandes taches. Au cours de plusieurs mois, il a été possible de suivre avec attention les modalités d'apparition, l'évolution et l'issue du processus. A l'examen microscopique, la gaine péripilaire n'a jamais montré la présence de spores ou de filaments mycéliens. La culture répétée des poils sur les terrains communs (bouillon, agar, Sabouraud) et sur les viscères de rat prélevés aseptiquement, est restée stérile ou bien n'a donné que des staphylocoques, dans un seul cas, un champignon.

Ni ce champignon, ni les staphylocoques, ne se sont montrés pourvus de pouvoir pathogène sur les animaux (cobaye, lapin) ou capables de reproduire par voie expérimentale la lésion (d'animal à malade). L'examen histologique a montré un processus d'alopécie cicatricielle avec les particularités suivantes par comparaison avec les autres chutes de poils du cuir chevelu : rares signes de dégénérescence du stroma, respect du tissu élastique, légers faits d'infiltration à caractère principalement lymphocitoïde autour des vaisseaux des parties superficielles et moyennes du derme et dans la portion de la gaine conjonctive du follicule placée au-dessus du point d'implantation du muscle érecteur ; expulsion définitive, cicatricielle des poils, disparition de la glande sébacée.

Dans le second cas — homme de 42 ans, propriétaire — la pseudo-pelade se présentait à sa période d'état sous la forme de plaques plutôt grandes, localisées au vertex. Dans l'anamnèse personnelle, on relevait une pleurésie tuberculeuse ; chez les collatéraux, une calvitie précoce chez un frère, une pelade de la barbe chez un second, une canitie circonscrite du cuir chevelu chez la fille.

Après une discussion détaillée de la symptomatologie, du diagnostic différentiel et des caractères microscopiques de la pseudo-pelade, avec références abondantes de la littérature publiée jusqu'ici, l'auteur passe à la discussion étio-pathogénétique.

En raison de la négativité constante des examens microbiologiques, par des critères déduits de l'étude de la question, tels que la non-contagiosité clinique, la prédilection pour le sexe masculin (notablement prédisposé aux chutes dystrophiques des cheveux), l'âge (20-45 ans) qui ne coïncide pas avec l'âge de prédilection des altérations du cuir chevelu de nature infectieuse, la coexistence dans quelques cas de lésions dystrophiques unguéales, de troubles subjectifs et objectifs de sensibilité sur les plaques, de nervosisme des sujets, d'hérédité familiale et de sexe, l'auteur croit plutôt à une origine non parasitaire de la pseudo-pelade, bien que plus d'un, encore aujourd'hui, considère une telle étiologie comme vraisemblable (Sabouraud, Rost, Photinos).

La coexistence d'un éclaircissement des poils, à type de calvitie précoce dans le premier cas et la disposition familiale à la pathologie de

l'appareil pilaire dans le second, font pencher en faveur d'une dystrophie locale particulière gouvernée certainement par une altération de l'activité du système végétatif sous l'influence d'excitations toxiques, diathésiques, endocrines, nerveuses, de nature variée.

BELGODERE.

Nævus de Pringle, forme fruste de maladie de Pringle (Nouvelle contribution à l'étude des nævi symétriques médio-faciaux), par V. NICOLETTI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, fasc. 5, octobre 1931, p. 1278, 7 fig. Bibliographie.

L'auteur après avoir rappelé une précédente observation personnelle, décrit un nouveau cas de maladie de Pringle.

Il s'agissait d'un jeune garçon de 14 ans, sans tares familiales ou personnelles et sans affections nerveuses antérieures ou en évolution, qui présentait (en outre d'un psoriasis vulgaire discret), une soixantaine d'élevures papuloïdes sur la peau du centre du visage, de couleur semblable à celle de la peau normale ou un peu plus foncée, de consistance plutôt dure, de dimensions variables allant de celles d'une pointe d'épingle à celles d'un pois.

L'examen histologique de trois de ces petites tumeurs a permis de faire les constatations suivantes :

dans la première, existence dans le derme d'un disque fibromateux très pauvre en fibres élastiques, avec des vaisseaux sanguins ectasiques et entourés de groupes cellulaires composés de fibroblastes et de cellules épithélioïdes ;

dans la seconde (outre une légère hyperplasie des follicules du duvet dans la partie basale) : atrophie épidermique par distension, altérations de la couche basale avec libération des cellules et dissémination de celles-ci sous la forme de cellules nævriques dans le derme sous-jacent ; dans celui-ci, lésions de type fibromateux et ectasie modérée des vaisseaux sanguins ;

dans la troisième, épiderme un peu aminci, avec bourgeons interpapillaires extrêmement réduits et dérivés épidermiques également très réduits avec de nombreux points typiques, dans la partie basale de libération et de métaplasie cellulaire et disséminations consécutives de cellules nævriques dans le derme ; dans celui-ci : absence absolue du tissu élastique, augmentation de nombre et de calibre des vaisseaux sanguins, présence de nids cellulaires mixtes, nævico-conjonctifs, dans la zone sous-épidermique et autour des vaisseaux sanguins.

Après avoir formulé le diagnostic, déduit, beaucoup plus que des données cliniques, des constatations histologiques, qui orientaient décidément vers le nævus de Pringle, permettant d'exclure l'épithélioma adénoïde cystique ou nævus de Brooke, l'auteur expose quelques considérations qui lui sont inspirées par le cas décrit.

En premier lieu, il propose que, dans ce cas et dans les autres cas du même genre, dans lesquels, à côté du nævus de Pringle, *on ne ren-*

contre pas les concomitances morbides qui, avec le nævus lui-même constituent la maladie de Pringle (et l'auteur insiste sur l'importance de la distinction de nomenclature entre le nævus et la maladie de Pringle), on emploie la dénomination de *formes frustes* de la maladie de Pringle, car on peut supposer raisonnablement que, dans ces cas aussi, de telles concomitances existent mais ne se manifestent cliniquement par aucun signe.

En second lieu, l'auteur fait ressortir la constatation histologique décrite dans deux tumeurs sur trois, de nombreux et typiques points de métaplasie nævique des cellules malpighiennes, constatation qui permet d'affirmer qu'une partie des cellules qui se rencontrent dans le derme des petites tumeurs sont d'origine épidermique, bien que mélangées à des éléments conjonctifs.

Enfin, l'auteur croit pouvoir utiliser cette constatation elle-même pour établir une distinction entre le nævus de Pringle et le nævus de Brooke ; une telle constatation étant l'expression d'un mouvement épidermique très actif sans doute, mais de nature et de forme complètement différentes de celles que l'on observe dans le nævus de Brooke.

BELGODERE.

Sur les ferments dans le liquide de bulle, par Alberto MIDANA. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, fasc. 5, octobre 1931, p. 1294. Bibliographie.

La recherche des ferments dans les extraits cutanés, qui a fourni des données intéressantes en ce qui concerne la qualité des ferments, n'offre pas une base sûre pour la détermination quantitative des ferments eux-mêmes, étant donné les grandes oscillations des résultats dans des recherches parallèles qui démontrent que la méthode d'extraction ne donne pas des garanties constantes.

L'intérêt que présente la détermination des valeurs normales des diastases cutanées, pour pouvoir consécutivement établir les déviations éventuelles dans les conditions pathologiques, a conduit l'auteur à instituer une série de recherches avec l'idée de déterminer, avec une méthode qui garantisse la constance des conditions expérimentales, le contenu en ferments de la peau, chez des sujets normaux.

Dans ce but, l'auteur se basant sur les conclusions des auteurs qui considèrent que le liquide de bulle réflète clairement les conditions biochimiques du milieu ambiant et que les recherches chimiques sur le liquide de bulle ont de la valeur pour l'étude des caractéristiques cutanées, a examiné le contenu en lipases, gélatinases, amylases et catalases du liquide de bulle, chez un certain nombre d'individus normaux et parallèlement, il a recherché leur taux hématique pour surprendre les influences réciproques éventuelles des deux systèmes de ferments.

De l'ensemble de ses recherches, il peut tirer les conclusions suivantes :

1° Le pouvoir lipolytique du liquide de bulle est très élevé, constant, sensiblement voisin et parallèle à celui du sérum ; la lipase dans le liquide de bulle est arséno- et quinino-labile.

2° Dans le liquide de bulle, on ne rencontre pas ou presque pas, de traces de ferments tryptiques (gélatinase).

3° Le liquide de bulle contient des ferments amylolytiques en quantité correspondante à des valeurs comprises entre le 50 et le 75 o/o du taux hématique de ces mêmes ferments.

4° Le pouvoir catalasique du liquide de bulle, inférieur de beaucoup au pouvoir catalasique du sang, présente des valeurs plus basses que celles qui sont obtenues dans les extraits cutanés.

5° L'absence de parallélisme entre le pouvoir amylolytique du liquide de bulle et le pouvoir amylolytique du sang et respectivement entre les pouvoirs catalasiques des deux liquides, confirme l'hypothèse de l'existence d'amylases cutanées vraies et propres, indépendantes de celles du sang.

6° Le contenu, les variations, le comportement des ferments du liquide de bulle, comparativement au sang ; les résultats en partie concordants avec ceux obtenus sur les extraits cutanés, rendent admissible l'hypothèse que les caractéristiques du liquide de bulle reproduisent sur un ton mineur, celles du milieu ambiant et que, par conséquent, ces résultats représentent, avec une grande approximation, les conditions physico-chimiques de la peau au niveau de laquelle a été recueillie la sérosité.

7° Il en résulte donc que la peau est un organe considérablement riche en ferments et, par suite, doté d'une nutrition propre, particulièrement active. BELGODERE.

L'étude du sang dans la lèpre (groupes sanguins, formule hémoleucocytaire), par Pino PINETTI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, fasc. 5, octobre 1931, p. 1319. Bibliographie.

L'auteur a examiné 31 lépreux sardes, dont 10 atteints de lèpre anesthésique, 8 de lèpre tubéreuse, 9 de lèpre mixte et 4 de lèpre au début. Sur la base de ces recherches, il conclut que, chez les lépreux examinés, existe un léger degré d'anémie, que la formule leucocytaire ne présente rien de caractéristique et que le schéma d'Arneth est très souvent dévié à droite.

L'auteur met, en outre, en évidence, par des recherches systématiques, des oscillations d'une ampleur normale dans les valeurs centésimales de la formule, obtenues par des examens pratiqués à des périodes différentes (intervalles de 2 ans à 2 heures).

Les groupes sanguins, selon l'auteur, n'auraient aucun rapport avec la lèpre et ses formes cliniques. BELGODERE.

Sur la perspiration insensible dans diverses dermatoses, par Elio SECHI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, fasc. 5, octobre 1931, p. 1336. Bibliographie.

Depuis trois bons siècles, depuis Santorino qui, le premier, décrivit le phénomène de l'élimination de l'eau à travers la peau, cette question a attiré l'attention des physiologistes et des pathologistes, mais on discute encore s'il s'agit d'un phénomène physique de pure et simple diffusion et évaporation, ou d'un processus physiologique particulier de la peau, et par suite de ses rapports avec la distribution et les modifications vasculaires et avec la sécrétion sudorale vraie et propre, ou bien si la transpiration et la perspiration sont deux phases d'un même processus.

L'auteur, après avoir résumé dans une courte synthèse les tendances opposées qui se sont affrontées sur cette question de la perspiration insensible, expose les résultats de quelques observations personnelles sur diverses dermatoses, commentant chacun des divers résultats obtenus sur la base des dernières recherches expérimentales.

Il est d'avis que les glandes sudoripares ne prennent pas part au mécanisme de la perspiration, que celle-ci est, au contraire, sous la dépendance d'une altération fonctionnelle des cellules des diverses couches qui constituent la peau, pour le cas envisagé, celle-ci étant par suite dans l'incapacité de maintenir le taux hydrique normal.

BELGODERE.

Japanese Journal of Medical Sciences (Tokyo).

A propos de la substance photosensibilisante dans le xeroderma pigmentosum (On the photosensitizing substance in xeroderma pigmentosum), par USUBA. *Japanese Journal of Medical Sciences*, vol. I, n° 2, mars 1931, p. 139.

L'étude de quatre cas de *xeroderma pigmentosum* a permis à U. de faire les constatations suivantes. Le sang et le sérum des malades ne contiennent ni porphyrine ni porphyrinogène. La substance sensibilisante se trouve dans la peau et passe dans la sérosité des bulles obtenues par l'application d'une substance vésicante. Cette sérosité, injectée dans la peau d'un sujet sain, augmente localement sa sensibilité aux rayons ultra-violets ; à la suite de l'irradiation, il se produit à l'endroit de l'injection une réaction érythémato-ortiée précoce et intense.

La substance sensibilisante est d'autant plus abondante que le *xeroderma* est plus jeune. Lorsque la maladie est ancienne, la sensibilité à la lumière diminue et arrive même à être inférieure à celle d'un sujet normal. La sérosité d'une bulle d'un sujet jeune atteint de *xeroderma* depuis peu de temps, injectée dans la peau d'un *xeroderma* ancien, devenu insensible à la lumière, augmente à nouveau localement sa sensibilité. Inversement, la sérosité d'un sujet sain, injectée dans la peau d'un *xeroderma* jeune et hypersensible, diminue localement sa sensibilité.

S. FERNET.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

A propos des formes suppurées et eczémateuses de la diphtérie cutanée, par Straszynski. *Przeglad Dermatologiczny*, nº 2, 1931.

Dans un établissement pour enfants assistés, sur 42 nourrissons porteurs de bacilles diphtériques sur la muqueuse nasale, 11 présentaient des lésions cutanées dans lesquelles l'examen bactériologique révélait également la présence de bacilles de Löffler. Il s'agissait dans 9 cas d'épidermites eczématiformes ou de pyodermites d'apparence banale (sillon rétro-auriculaire, sous-narinaire, cou, etc.) et dans 2 cas, de lésions ulcéreuses.

Il ne paraît pas possible de déterminer le rôle exact du bacille diphtérique dans ce genre de lésions ; est-il l'agent pathogène primitif et dominant ou bien vient-il infecter secondairement des pyodermites préexistantes ? L'étiologie diphtérique est probable lorsqu'il s'agit d'ulcérations aiguës ou de sphacèle et surtout lorsque le sérum antidiphtérique se montre efficace. Il est probable que dans les cas de dermite eczématiforme chronique, il s'agit plutôt d'infections secondaires. Il n'en est pas moins vrai, qu'en dehors des porteurs de germes sains à localisation naso-pharyngée, il existe des porteurs à localisation cutanée. En raison de l'apparence banale des lésions, la présence du bacille diphtérique à leur niveau reste insoupçonnée. Ces faits, entièrement méconnus des praticiens, ont cependant une grande importance au point de vue épidémiologique. S. Fernet.

Le rôle du streptocoque dans les dermatoses, par Krzysztalowicz. *Przeglad Dermatologiczny*, nº 2, 1931, p. 148.

K. élargit considérablement le cadre des streptococcies cutanées. En dehors de l'impétigo, de l'ecthyma, de la perlèche, il attribue au streptocoque un rôle pathogène dans la maladie de Duhring, la dermatite bulleuse des nouveau-nés, l'érythème polymorphe, l'acrodermatite continue, la pyodermite végétante, etc. L'origine exo- ou endogène du streptocoque, les conditions constitutionnelles des malades, les infections secondaires interviennent pour donner à ces dermatoses des morphologies et des allures différentes. S. Fernet.

A propos du traitement de la pelade, par Reiss. *Przeglad Dermatologiczny*, nº 2, 1931, p. 173.

R. a pratiqué des injections de lait au centre et au pourtout des plaques peladiques. Chez 13 malades sur 19, des duvets précurseurs de la guérison ont apparu rapidement. S. Fernet.

Aylik Tip Gazetesi (Stamboul).

Les infections focales, par Pertev Ata. *Aylik Tip Gazetesi*, nº 7, 1931.

Après un court aperçu historique, l'auteur traite les infections focales en général et s'étend tout particulièrement sur les infections ayant

comme source les dents. Le travail clôture par la démonstration de quelques cas typiques pris à Boenncken de Prague.

ABIMÉLEK.

La vie et la mort de la cellule, par Ihsan SÜKRÜ. *Aylik Tip Gazetesi*, nº 8, 1931.

Travail intéressant surtout l'histologiste.

ABIMÉLEK.

Les ondes de radio employées en médecine, par Ahmet SÜKRÜ. *Aylik Tip Gazetesi*, nº 8, 1931.

L'auteur se rapporte aux expériences faites en Amérique, expériences tentées sur les animaux et qui consistent à les exposer à l'action des ondes courtes.

ABIMÉLEK.

La cellule nerveuse et sa pathologie, par Ihsan SÜKRÜ. *Aylik Tip Gazetesi*, nº 9, 1931.

Intéresse surtout le neurologiste.

ABIMÉLEK.

Deux cas guéris par le vaccin polyvalent antipyogène Bruschettini, par ADNAN. *Aylik Tip Gazetesi*, nº 9, 1931.

Le premier cas concerne une dermite érythémato-bulleuse siégeant au visage et à la gorge. Guérison après trois injections de vaccin, sans aucun traitement local.

Le second cas est une dermite streptococcique aiguë de toute l'extrémité inférieure droite, avec œdème énorme. Guérison après la sixième ampoule, également sans autre traitement local.

ABIMÉLEK.

Inflammation ulcéro-gangréneuse de la muqueuse buccale due à des spirilles et bactéries, accompagnée d'une éruption pemphigoïde de la peau, par Mükerrem EMIN. *Aylik Tip Gazetesi*, nº 13, 1931.

Jeune homme âgé de 18 ans. Mal de gorge 3 jours après un rhume. Au bout d'une semaine, macules sur la peau. Ces macules disparaissent en partie, spontanément, tandis que d'autres grandissent pour devenir des vésicules, remplies d'un liquide purulent. L'éruption siège sur la poitrine, le ventre et les extrémités. Les conjonctives sont injectées ; elles laissent couler un liquide purulent. Les narines sont obstruées par un pus sanguinolent. Les lèvres ulcérées, sont de même couvertes d'un pus sanguinolent. Les amygdales congestionnées saignent facilement. La langue n'est qu'une plaie très douloureuse.

La sécrétion de la bouche, examinée sur frottis, montre la présence de spirilles, de staphylocoques et de diplocoques (Dans le travail, il n'est pas question de bacilles fusiformes, Dr A.). L'hémoculture, l'agglutination, la déviation du complément ainsi que l'inoculation au cobaye ont donné un résultat négatif. Le traitement a consisté en collyres au

collargol et à l'argyrol à 3 o/o. Chaque heure, grands lavages à l'irrigateur avec un litre d'une solution de rivanol à 1 o/o alternés de perborate de soude à 1,5 o/o. Attouchements au néosalvarsan. Le soir, attouchements avec du Lugol + Perhydrol. Urotropine *per os*. Le malade a quitté l'hôpital, guéri, au bout de 4 jours.

ABIMÉLEK.

Pratik Doktor (Stamboul).

Un cas d'apoplexie séreuse à la suite de néosalvarsan, par Nuri OSMAN. *Pratik Doktor*, nº 4, 1931.

Malade âgé de 21 ans. Entre à l'hôpital pour une syphilis secondaire. Adénopathie, plaques muqueuses, syphilides sur le scrotum. Il lui fut administré d'abord 2 injections de mercure soluble, puis une injection de 0,30 de néosalvarsan. De nouveau, 2 injections de mercure et 0,60 de néosalvarsan. Les deux injections de néosalvarsan ont été faites à 6 jours d'intervalle.

Le troisième jour après la seconde injection de néosalvarsan et sans autre symptôme précurseur qu'une céphalée, accès apoplectiforme, convulsions, salive sanguinolente, fièvre 39°5. Le malade est mort dans les 12 heures. A l'autopsie, rien qu'une congestion de l'estomac, des intestins et du cerveau. ABIMÉLEK.

L'antivirus et le traitement par l'antivirus, par O. NUREDDIN. *Pratik Doktor*, nº 6, 1931.

Après un court aperçu sur sa préparation, l'auteur donne les indications de l'antivirus de Besredka. Parmi les maladies de la peau, il note les pyodermites, l'acné, l'intertrigo. Dans les furoncles et l'anthrax, l'antivirus est employé non seulement en pansements, mais encore en injections autour de la lésion. Dans l'érysipèle, l'antivirus streptococcique est d'une grande utilité. L'antivirus préparé avec le bacille de Ducrey a été employé dans le traitement du chancre mou et surtout des bubons ; en chirurgie, dans les infections post-opératoires, dans les ostéomyélites ; en gynécologie, dans les pertes blanches, les vulvo-vaginites, les salpingites, les ulcères du col ; en ophtalmologie, dans les orgelets, les conjonctivites, les dacryocystites ainsi que dans les maladies de l'oreille et des voies urinaires.

ABIMÉLEK.

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostic et traitement des affections du cuir chevelu, par R. Sabouraud. 1 vol. de 578 p., nombreuses figures. Prix : 85 fr. Masson et Cie, éd., Paris.

Tous les dermatologistes ont lu les cinq beaux volumes de S. sur les maladies du cuir chevelu. Ils constituent un véritable *Traité* qui, depuis Cazenave, n'avait tenté aucun auteur. Ceux qui nient les progrès des Sciences médicales n'ont, pour changer d'opinion, qu'à comparer les deux ouvrages que sépare un intervalle de quatre-vingts ans. Le *Traité* de S., on s'en souvient, se divise en : Maladies séborrhéiques (Séborrhée, acnés, calvitie) ; Maladies desquamatives (Pityriasis et alopécies pelliculaires) ; Maladies cryptogamiques (Teignes) ; Maladies suppuratives et exsudatives (Pyodermites et eczémas) ; Syndromes alopéciques (Pelade et alopécies en aires).

Le sixième volume qui paraît aujourd'hui, ne ressemble pas à ses aînés. Il en est à la fois comme un résumé et un complément. Un résumé parce qu'on y trouve toutes les affections précédemment décrites mais dans une présentation écourtée quoique complète ; un complément parce qu'y prennent place nombre de dermatoses peu importantes ou rares qui n'entraient pas dans les cinq grandes divisions.

Il est évident que les grandes questions, telles que celles des teignes, de la pelade et de la séborrhée, par exemple, n'ont pas ici le développement qu'elles eurent dans les précédents volumes, surtout au point de vue des recherches de laboratoire. Le dernier livre s'adresse donc plutôt aux médecins non spécialisés qui trouveront, rédigé avec l'art le plus fin, dans la forme la plus élégante et la plus attrayante, un manuel complet des maladies du cuir chevelu.

Les spécialistes aimeront à lire une synthèse des travaux de S. et ils admireront une fois de plus non seulement ses travaux, qu'ils connaissent, mais le talent de l'auteur fait de facilité, de simplicité et de précision. Ils trouveront aussi la description de certaines dermatoses qui, comme nous l'avons dit, n'entraient pas dans le grand cadre antérieur et aussi les maladies des ongles, les affections de l'aisselle, de la région pubienne, etc.

Le livre est curieusement divisé. S. étudie successivement les dermatoses du nourrisson, de l'âge scolaire, de la puberté, de l'âge adulte, de l'âge mûr, de la vieillesse et il termine par une sorte de Dermatologie topographique des ongles et des régions velues.

Ce plan a des inconvénients : il oblige à des redites, ce qui n'est que demi-mal ; il oblige aussi le lecteur désireux de se documenter complètement sur une question, de lire plusieurs chapitres dispersés dans l'ouvrage : la pelade, par exemple, s'observant, quoique avec une fré-

quence variable, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse. Ces inconvénients, S. nous en avertit lui-même, mais il pense qu'ils sont largement compensés par la facilité qu'une telle division donne au praticien de se documenter dans un cas donné. De plus, on suit ainsi la nature qui fait que « l'âge règle l'apparition et l'évolution des maladies cutanées comme le soleil fait les saisons ».

Ce dernier volume termine le grand *Traité* des maladies du cuir chevelu dont la Dermatologie française peut s'enorgueillir. Il est écrit par un homme dont on peut dire qu'il a sinon créé, tout au moins renouvelé chacun des chapitres de la pathologie du cuir chevelu. Homme de laboratoire à la fois et clinicien, S. est, en outre, servi par un talent d'écrivain hors de pair. En le lisant, on pourra penser que quelquefois, bien que fort rarement, ce sont les mêmes hommes qui font la Science et qui l'écrivent. CLÉMENT SIMON.

La maladie de Boeck. Sarcoïdes cutanées multiples bénignes, avec 67 illustrations et planches, par A. KISSMEYER, médecin de l'Institut Finsen (Préface du Dr J. Darier). 1 vol. in-8 de 147 p. Prix : 45 fr. Masson et Cie, éd., Paris.

Depuis 1897, année de la communication de Cæsar Boeck à la Société de Médecine de Christiania, de très nombreuses publications ont paru sur les Sarcoïdes. Aucune n'a l'importance de la monographie que nous donne K., le très distingué médecin de l'Institut Finsen, à Copenhague. Trente-quatre ans de recul suffisent, semble-t-il, non seulement à consacrer la maladie de Boeck, mais à essayer de lui donner une place dans le cadre nosologique. K. a tenté cet essai et il est arrivé à une conviction qui n'est certes pas encore universellement admise, mais qui repose, on doit le reconnaître, sur des arguments solides. Il base son étude sur 28 cas personnels et 250 cas publiés dans la littérature médicale.

Le sujet est bien limité. Sous le nom de Sarcoïdes cutanées ou plutôt de maladie de Boeck, il faut entendre une maladie universelle dont les manifestations cutanées sont les plus visibles, peut-être les plus fréquentes, mais non les seules. Les os, les ganglions, les viscères mêmes peuvent être atteints. L'histologie en est très spéciale : c'est un plasmome, lobulé par des fibrilles conjonctives et à prédominance importante de cellules épithélioïdes. Cette définition exclut les sarcoïdes sous-cutanées de Darier-Roussy, les « huilômes » et diverses autres tumeurs ou tuméfactions qui n'ont que des ressemblances lointaines avec la maladie de Boeck.

Quelle est sa nature ? On sait que Boeck avait beaucoup varié à ce sujet. Il avait pensé d'abord à des tumeurs proches des sarcomes ou des tumeurs leucémiques (d'où le nom de sarcoïdes) ; ensuite à une prolifération conjonctive de nature inconnue, à une forme singulière, atténuée de tuberculose, enfin à un granulome infectieux à virus inconnu mais spécifique.

C'est cette dernière opinion que soutient K. avec beaucoup de talent. Il faut lire notamment le chapitre où il accumule les arguments contre l'origine tuberculeuse qui est cependant soutenue par les principaux champions de la Dermatologie contemporaine.

Tous les dermatologistes doivent lire le beau livre de K. auquel on ne peut faire qu'un reproche : l'absence de deux planches en couleur pour montrer, l'une, la couleur si particulière des sarcoïdes et l'autre, pour mieux faire ressortir leurs lésions histologiques si particulières. Malgré cette légère lacune, la monographie est la plus complète sur la question, si bien que M. Darier, dans sa préface, et j'y souscris sans réserve, écrit que, désormais, le nom de K. doit être réuni à celui de Boeck quand on parle de Sarcoïdes cutanées.

CLÉMENT SIMON.

Les multiples emplois de l'hyposulfite de soude en syphilithérapie, par Pierre TALON. *Thèse de Paris*, 1931, 1 vol. 156 p. Jouve, éditeur.

Dans cet important travail, consacré à l'hyposulfite de soude, que Ravaut préconise depuis 1920, l'auteur a étudié les nombreuses indications de ce produit dans le traitement curatif et préventif des accidents de l'arsénothérapie, principalement ictères et érythrodermies, et des réactions de Wassermann irréductibles.

Dans la première partie, l'auteur analyse les modes d'action de ce médicament et montre que son action réductrice s'oppose à l'oxydation des arsénobenzènes, cause de la plupart des accidents toxiques ; ensuite, il essaie de dégager le rôle de l'élément soufre et celui de l'ion sodium du complexe hyposulfite. Le soufre non oxydé qu'il apporte à l'organisme a peut-être pour effet de corriger les troubles de la thiémie sur lesquels on insiste beaucoup depuis quelques années. Il est certain qu'il favorise l'élimination de l'arsenic, comme il le fait pour d'autres métaux à poids atomique élevé et ainsi protège le foie et le rein. Quant à l'ion sodium, il s'oppose à l'hypo-alcalinité de l'organisme dont le rôle est bien connu dans la genèse des accidents de l'arsénothérapie et dans une certaine mesure, il lutte contre l'acidose qui accompagne toute atteinte hépatique.

Enfin T. insiste sur l'action remarquable de l'hyposulfite de soude sur beaucoup de troubles humoraux et dans maintes affections cutanées (Ravaut), son rôle désensibilisateur et son pouvoir antichoc.

Dans la deuxième partie consacrée à l'emploi de l'hyposulfite de soude en clinique, T., après avoir indiqué la posologie de ce sel par voies buccale et veineuse, signale que plusieurs auteurs l'ont utilisé avec succès dans les empoisonnements par le mercure et le plomb. Il apporte des observations d'érythrodermies arsenicales et mercurielles qui ont rapidement guéri sans séquelles, de nombreux cas d'ictères parathérapeutiques arsenicaux dont l'évolution a été notablement raccourcie et rendue bénigne par l'hyposulfite de soude intraveineux ; il s'est montré, en

outre, efficace dans le traitement des réactions de Wassermann irréductibles.

Enfin l'auteur montre les avantages de la solution d'hyposulfite de soude comme dissolvant du novarsénobenzol à la place d'eau distillée. La partie originale de son travail est en effet une importante statistique montrant les heureux résultats de cette technique en syphilithérapie. Du dépouillement de plusieurs milliers de dossiers, du service de Ravaut à l'Hôpital Saint-Louis, il conclut par comparaison avec les sept années précédentes que l'on observe, depuis trois ans que cette méthode est systématiquement employée, six fois moins d'ictères, deux fois moins d'érythrodermies, trois fois moins de gros malaises par intolérance simple. Ce procédé est donc excellent pour la prophylaxie de la plupart des accidents de l'arsénothérapie.

A. BOCAGE.

Gonorrhée (Blennorragie). Le mal le plus répandu. Défense sociale et personnelle, par Felice MARTA. Vol. de 275 p., avec 3 tableaux et 30 fig. Milan. Ulrico Hœpli, éditeur, 1932. Prix : 12 lire.

Le nouveau Code pénal italien n'y va pas de main morte avec les cas de contamination vénérienne. Ceux qui sont convaincus d'avoir transmis sciemment la blennorragie, on les fourre en prison pour 1 à 3 ans. Voilà un gouvernement qui gouverne. Tout Français est censé connaître la loi ; tout Italien aussi sans doute. Il faut donc que les blennorragiens, ou les candidats, soient avertis des dangers pathologiques et pénaux, dont ils sont menacés ou qu'ils font courir à autrui. C'est le but du livre du Dr M., petit volume très bien présenté, très bien compris, ni trop long ni trop court, écrit en un langage pas trop technique, volontiers familier et même populaire, mettons si l'on veut « populiste », pour être à la page.

Il a surtout le mérite de bien montrer au public que la blennorragie n'est pas ce qu'un vain peuple pense trop souvent, c'est-à-dire une bagatelle, une maladie qu'on peut traiter par dessous la jambe, c'est le cas de dire.

Ce petit livre rendra donc de grands services, et nous n'en connaissons point de semblable en France, du moins qui soit au point, car notre Maître Louis Jullien en avait publié un jadis, à la confection duquel nous avions même contribué. Pourtant les malades nous en demandent souvent ; mais le grand inconvénient de ces livres de vulgarisation et qui gêne un peu les médecins pour les recommander à leurs clients, c'est peut-être qu'ils sont signés par un confrère (je ne sais si je me fais bien comprendre). De tels livres sont très utiles pour donner satisfaction aux nombreux malades, ou candidats, qui « cherchent à comprendre » ce dont on ne saurait trop les louer, à la condition toutefois qu'ils en soient capables.

BELGODERE.

Folliculitis sycosiformis atrophicans corporis, par Panagiotis B. Photinos. Berlin, 1931, Ihager, éditeur.

Le Dr P. B. P., d'Athènes, élève de Sabouraud, et assistant à la clinique de l'Hôpital Saint-Louis, à Paris, avait étudié très minutieusement à Paris la pseudo-pelade de Brocq, mettant au point cette question si intéressante, recueillant tous les cas trouvés dans la littérature internationale, y ajoutant plusieurs observations personnelles et ses expériences. Son beau livre, publié en français à Paris l'année dernière (485 pages et 90 figures) a été analysé ici même.

A Bonn, à la clinique du professeur Hoffmann, P. a pu étudier en détails un cas de cette forme si rare de folliculites que Arnozan et Dubreuilh ont décrit, les premiers, en 1894, sous le nom de *folliculite dépilante des parties glabres.*

Cette folliculite s'observe sur les membres inférieurs, elle commence par quelques petites papules coniques folliculaires plus ou moins grosses, surmontées assez souvent d'une pustule ou d'une croûte. Après quelques semaines, les lésions s'affaissent et laissent des cicatrices lenticulaires, d'abord d'une couleur rouge bleuâtre, puis brunes ; les poils tombent et on ne voit plus que des petites cicatrices punctiformes. Les lésions s'étendent et forment une grande plaque, qui n'a plus au centre que des lésions guéries (cicatrices et macules), mais à la périphérie des lésions pustulo-papuleuses persistent encore en pleine activité marquant la zone d'extension.

Dans une monographie (publiée en allemand) avec une préface du professeur Hoffmann, P. fait une étude systématique et complète de cette folliculite : clinique, histologie, etc., non seulement du cas nouveau si intéressant qu'il vient d'observer, mais aussi des *six cas* réunis dans la littérature internationale.

Il a fait cette étude avec toute la compétence que lui donnait ses travaux antérieurs sur les folliculites et comparant la folliculite d'Arnozan-Dubreuilh avec les processus voisins et son travail remarquable à tous points de vue met au point cette difficile question.

H. Gougerot.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

SUR LE PROBLÈME BIOLOGIQUE DE LA SYPHILIS INAPPARENTE EXPÉRIMENTALE

Par MM. P. GASTINEL et R. PULVENIS

La syphilis inapparente ou asymptomatique est une des acquisitions les plus captivantes des recherches expérimentales récentes.

Sous cette dénomination on entend les cas où, malgré l'absence de tout symptôme consécutif à l'inoculation, l'animal est indubitablement syphilitique ainsi qu'en témoigne l'infectiosité de ses organes.

A vrai dire, et il est banal de le rappeler ici, les moyens toujours limités dont nous disposons dans nos procédés d'investigation donnent un caractère relatif à l'absence de symptômes constatables.

Cependant, lorsqu'après l'inoculation d'un matériel virulent, l'animal ne présente aucune manifestation clinique, et qu'il est toutefois possible de retrouver par passages successifs le virus infectant, on est en droit de conclure que l'on a réalisé ainsi une infection inapparente ou asymptomatique.

*
* *

Le terme *d'infection inapparente* a été employé pour la première fois par Charles Nicolle et Lebailly (1) en 1919 lorsqu'ils ont décrit cette modalité d'infection à propos de l'étude du typhus exanthématique du cobaye.

(1) Nicolle et Lebailly. Les infections expérimentales inapparentes. Exemples tirés de l'étude du typhus exanthématique. *C. R. Acad. Sc.*, t. CLXVIII, 1919, p. 800; Ch. Nicolle. Contribution à l'étude des infections inapparentes. Le typhus exanthématique inapparent. *Arch. Inst. Past.*, Tunis, t. XIV, avril 1925, p. 149.

C'est aux auteurs de Tunis que revient donc le mérite d'avoir mis en évidence une grande notion de pathologie générale particulièrement féconde dans les applications ultérieures qui en ont été faites. Ils ont montré, en effet, que certains cobayes inoculés de virus exanthématique ne présentaient aucune élévation de température (symptôme traduisant habituellement l'infection exanthématique de cet animal) ; le diagnostic clinique était donc impossible, et cependant le sang de ces animaux apyrétiques est virulent ainsi qu'en témoigne l'inoculation d'épreuve.

Nicolle a insisté sur les caractères de cette infection qu'il a défini comme une « septicémie qui a son incubation, son évolution, sa « guérison, et qui laisse après, une immunité plus ou moins durable. « Elle se distingue de l'infection du type ordinaire par l'absence de « symptômes cliniques, mais elle s'y rattache par toutes les formes « de gravité intermédiaire et elle n'en est que le type le plus « réduit ».

La précision que Nicolle a donné à l'infection inapparente décrite par lui ne se trouve pas toujours dans l'usage qui a été fait de ce mot.

Pour Breinl (1), l'infection asymptomatique (« *Symptomlose Infektion* ») est une infection dans laquelle le virus est distribué comme dans la maladie cliniquement typique, mais sans déterminer de symptômes cliniques et de lésions anatomiques.

Reiter (2) trouvant cette définition trop étroite, entend sous la dénomination d'infection muette (« *Stumme Infektion* ») tous les cas d'infections latentes ou abortives où sans déterminer de manifestations cliniques, le virus survit dans l'organisme.

En réalité, pour qu'il y ait « maladie » sans symptômes, il faut trouver les témoignages au moins humoraux des réactions de l'organisme vis-à-vis du virus introduit.

C'est dans ce même sens, en tous points conformes à la définition

(1) F. Breinl. Betrachtungen über die immunität bei einigen Erkrankungen mit ultravisiblem Erreger. *Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 7, 13 février 1925, p. 264 ; Die Symptomlose Infektion. *Klin. Wochenschr.*, 24 sept. 1929, p. 1793.

(2) Reiter. Die Bedeutung der Symptomlosen « Stummen Infektion » fur die Immunität. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 3 juillet 1925, p. 1102 ; Versuche über die erzengung einer Stummen Infektion mittels aktiver immunisirung. *Klin. Wochenschr.*, 12 août 1928, p. 1539.

de Charles Nicolle que tout récemment Teissier, Reilly, Rivalier, Stéfanesco (1) ont fait l'étude des infections varioliques inapparentes et ont montré que cette modalité infectieuse est la règle chez le lapin.

La notion d'infection asymptomatique a été introduite dans la syphilis expérimentale par Kolle et Evers (2) en 1926 ; et sous cette appellation (« Nüller ») ils entendent les cas où aucune lésion ne s'étant produite au siège d'entrée du virus, l'animal est néanmoins infecté ainsi que l'affirme le passage de ses ganglions à un animal neuf.

Matsumoto (3) reproche à cette définition de ne pas suffisamment tenir compte des possibilités de lésions tardives généralisées telles que kératite, orchite, etc... Il est donc indispensable de conserver le plus longtemps possible l'animal. Toutefois, la remarque de Matsumoto n'a toute sa valeur que lorsqu'on utilise une souche tréponémique susceptible de déterminer des accidents de généralisation.

Les circonstances variées dans lesquelles s'observe, du point de vue expérimental, la syphilis sans symptômes, expliquent la complexité de son interprétation. Il ne s'agit pas, en effet, d'un type univoque réductible à une seule formule.

Pour envisager dans son ensemble la syphilis inapparente, nous l'étudierons successivement chez le lapin primo-infecté, chez le lapin réinfecté, et enfin, chez les animaux jusqu'ici réputés réfractaires ; il nous sera possible d'aborder alors le problème biologique de cette forme d'infection syphilitique.

(1) Teissier, Reilly, Rivalier et Stéfanesco. Les infections varioliques inapparentes. *C. R. Soc. Biol.*, t. CVIII, n° 37, 1931, p. 1039.

(2) Kolle et Evers. Experimentelle Untersuchungen über Syphilis und Rekurrensspirochætose III. Experimentelles über syphilis infektion ohne symptome. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1926, LII, pp. 559-577 ; Kolle et Schlossberger. Ueber symptomlose Infektion von Maüsen und Ratten, sowie symptomlose superinfecktionen syphilitischer Kaninchen mit Spirochæta pallida. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1926, LIII, pp. 1245-1247.

(3) Matsumoto. Experimental syphilis and Frambœsia, etc. *Monographiæ Actorum Dermatologicorum.* Kyoto, 1930, p. 92.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE ANALYTIQUE DE LA SYPHILIS INAPPARENTE

A. — LA SYPHILIS INAPPARENTE DU LAPIN PRIMO-INFECTÉ

I. — *Sa délimitation.*

Il n'est pas inutile, pour la clarté des faits que nous avons à exposer, de délimiter avec le plus de précision possible, le cadre de la syphilis inapparente ou asymptomatique.

Il faut avant tout éviter des confusions de terminologie qui créent des confusions d'idées.

Voyons d'abord ce que la syphilis asymptomatique n'est pas.

a) L'évolution de la syphilis expérimentale du lapin peut présenter comme celle de la syphilis humaine de longues périodes pendant lesquelles l'infection est latente. Telles sont, par exemple, les phases silencieuses prolongées qui s'observent dans les syphilis généralisées consécutives à l'inoculation intracardiaque ou intratesticulaire d'un virus particulièrement adapté (Uhlenhuth et Mulzer (1), Uhlenhuth et Grossmann (2), Brown et Pearce (3).

Nous ne rappelons ici ces faits que pour les éliminer (*); il ne

(1) Uhlenhuth et Mulzer. *Beitr. exp. Path. Th. Syph.*; Mulzer. *Handb. der Haut. und Geschlechtskrankeiten*, t. XV, 1re partie p. 272.

(2) Uhlenhuth et Grossmann. Beobachtungen über schwere Allgemeinsyphilis bei kaninchen nach testicularer, intravenöser und subcutaner Impfung. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1926, t. CLII, pp. 708-736. Untersuchungen über das Haften der intravenosen Infektion bei der experimentellen syphilis der Kaninchens. *Med. Klin.*, 1926, t. XXII, p. 217.

(3) Brown et Pearce. The production of generalized syphilis in the rabbit by local inoculation. *Proc. Soc. Exper. Bio. and. Med.* N. Y., 1919-1920, t. XVII, pp. 167-169; *Med. Rec.* N. Y. 1920, t. XCVIII, p. 288; *Tr. Ass. Am. Physicians.* Philad., 1920, t. XXXV, pp. 291-298; *J. Exp. Med.*, 1925, t. XLI, p. 795.

(*) Il sortirait du cadre de cet article de décrire ici ces manifestations rappelant les accidents des périodes secondaires et des périodes tertiaires susceptibles d'évoluer par poussées à répétitions pendant un temps que les auteurs ont pu suivre jusqu'à trois années.

s'agit pas là de la syphilis asymptomatique que nous voulons étudier.

b) De même, il est indispensable de rejeter les cas où la généralisation infectieuse ne se produit qu'après une très longue période de silence et en l'absence même de toute lésion initiale au point de l'insertion virulente. De telles observations peuvent être faites lorsqu'on utilise des souches tréponémiques déterminant des accidents de généralisation.

c) Semblable discrimination s'impose en ce qui concerne la survivance latente du spirochète dans les ganglions lymphatiques du lapin au cours d'une syphilis expérimentale à manifestations cliniques caractérisées. On sait que Truffi (1) en 1913, établit que les ganglions sont virulents très peu de temps après l'inoculation sous-scrotale expérimentale. Ultérieurement Kolle et Evers (2) affirmèrent que cette invasion peut être réalisée dans un laps de temps extrêmement court : chez le lapin, 30 minutes; chez le cobaye, 5 minutes. Tout récemment Levaditi, Lépine et Vaisman (3) ont repris les recherches de Kolle et Evers, et n'ont pu déceler le virus syphilitique dans les ganglions excisés, 10, 30 et 60 minutes après la greffe sous-scrotale. Ils concluent que la dispersion du tréponème dans un délai aussi bref et tel qu'il est admis par les auteurs allemands, est tout au plus un phénomène exceptionnel. Il n'en reste pas moins que la généralisation virulente dans un laps de temps de 2 à 5 jours est habituellement confirmée par l'expérimentation.

Mais déjà Truffi et Ossola établissent que dans ces ganglions précocement virulents, on ne peut déceler le tréponème par l'imprégnation argentique. Ce contraste a été retrouvé par tous les auteurs qui se sont à nouveau occupés de la question et qui ont montré la virulence persistante des ganglions chez l'animal en apparence guéri de sa lésion. C'est ainsi que Brown et Pearce (4), Uhlenhuth

(1) Truffi. *Pathologica*, 1913, p. 316.

(2) Kolle et Evers. Sur la rapidité de pénétration du tréponème de l'endroit infecté aux ganglions régionaux. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1926, p. 1075.

(3) Levaditi, Lépine et Vaisman. Est-il exact que le virus syphilitique envahisse rapidement les ganglions lymphatiques tributaires du point d'inoculation. *Soc. franç. de Sérologie appliquée.* Séance du 14 janv. 1932.

(4) Brown et Pearce. A note on the dissemination of Spirochæta pallida from the primary focus of infection. *Arch. dermat. and Syphil.* Chicago, 1920, n. s. t. II, pp. 470-472 ; *Journ. of exp. med.*, 1922, t. XXXV, p. 39.

et Grossmann (1), Mulzer et Nothaas (2), Worms (3), Levaditi, Schœn et Sanchis-Bayarri (4), ont montré que les ganglions lymphatiques, chez des lapins ayant spontanément achevé l'évolution de leur chancre depuis longtemps (148 jours dans les expériences de Levaditi), restaient virulents par transfert dans le testicule d'un lapin neuf. Mais ici encore, malgré les recherches les plus répétées on ne retrouve pas le tréponème par les examens microhistologiques. Ce fait corrobore les recherches de Eberson et Engmann (5), et celles plus récentes encore de Saleeby et Greenbaum (6), Warthin et Olsen (7), qui observèrent la virulence des ganglions humains en l'absence de tout spirochète.

Une double conclusion peut donc être formulée :

1° L'animal inoculé expérimentalement demeure d'une façon *latente* infecté par le virus syphilitique qui survit longtemps à toute manifestation clinique.

2° Ce virus existe en dehors de la forme spirochétienne morphologiquement décelable par les techniques habituelles ; aussi peut-on envisager, selon l'opinion soutenue par Levaditi (8) et ses collaborateurs, qu'il comporte un cycle évolutif avec phase d'invisibilité.

d) Il est évident qu'à aucun des faits qui précèdent ne doit convenir la dénomination de syphilis asymptomatique. Elle est réservée à tous les cas où l'animal en expérience ne présente à aucun moment

(1) Uhlenhuth et Grossmann. Nouvelles expériences sur la syphilis expérimentale du lapin. *Klin. Wochenschr.*, 1927, p. 293.

(2) Nothaas. Neuere Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung. *Zentr. f. Haut- u. Geschlechtskr.*, 1928, t. XXVI, pp. 441-458.

(3) Worms. Erscheinungslos verlaufende experimentelle Syphilisinfektion beim Kaninchen und Affen. *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipzig, 1926, t. LII, p. 785.

(4) Levaditi, Schœn et Sanchis-Bayarri. Le virus syphilitique comporte-t-il un cycle évolutif dont le *Treponema pallidum* n'est qu'une des phases connues. *Ann. Inst. Past.*, 1928. t. XLII, pp. 475-494.

(5) Eberson et Engmann. An experimental study of the latent syphilitic as a carrier. *Abotr. Bacteriol.* Balt., 1921, t. V, p. 19 ; *J. exp. Med. Ass.*, 1921, p. 160.

(6) Saleeby et Greenbaum. *Jour. Amer. Med. Assoc.*, 1931, t. XCVI, p. 98.

(7) Warthin et Olsen. *Amer. Jour. Syphilis*, 1931, t. XV, p. 146.

(8) Levaditi, Schœn et Sanchis-Bayarri. *Loc. cit* ; Lépine. A propos du cycle évolutif du virus syphilitique. Le tréponème pâle est-il virulent ? *La Presse Médicale*, n° 66, 1931, 1233. Lépine. Forme visible et forme invisible du virus syphilitique. *Revue de Médecine*, 1931, n° 10, p. 721-740.

des symptômes susceptibles de déceler cliniquement l'infection dont il est porteur.

La notion de cette syphilis fut démontrée par Kolle lorsqu'il rechercha si les lapins inoculés apparemment sans succès ne pouvaient néanmoins héberger le tréponème.

Un certain nombre d'animaux ne donnent en effet aucune réponse clinique à l'insertion d'un matériel virulent (10 o/o environ). Kolle prouva que beaucoup de ces lapins sans symptômes sont bien infectés, en mettant en évidence le virus dans leurs ganglions (jusqu'à 200 jours après l'inoculation),

Il suffit pour cela de transporter un fragment des ganglions inguinaux ou poplités (*) sous le scrotum d'un lapin neuf. Un chancre typique peut en résulter; dans certains cas cependant, aucun symptôme clinique ne sera observé et il faudra des passages successifs des ganglions pour extérioriser l'infection ainsi transmise en série.

La syphilis asymptomatique était découverte.

Elle se produirait avec une telle fréquence que presque tous les lapins inoculés seraient en réalité infectés.

Non seulement les premiers travaux de Kolle ont été amplement confirmés, mais encore a-t-on pu préciser, en quelque mesure, les modalités qui règlent la survenue de ce type particulier de l'infection syphilitique expérimentale.

Uhlenhuth montre que des modifications du liquide céphalo-rachidien peuvent traduire l'état occulte d'une syphilis.

D'autre part, Kolle et Evers (1) donnent une élégante démonstration de la syphilis asymptomatique. Ces auteurs injectent du bismuth dans l'oreille d'un lapin et l'inoculent ensuite sous le scrotum avec un matériel syphilitique virulent; aucune manifestation ne se produit, mais l'animal est atteint d'une syphilis asymptomatique comme en témoigne le résultat positif de l'inoculation de ses ganglions à des lapins neufs; enfin, l'excision du dépôt bismuthique est suivie de la survenue d'un chancre typique.

On peut rapprocher de cette expérience l'artifice par lequel Prigge

(*) Le choix du ganglion poplité chez le lapin est dû à l'extrême facilité avec laquelle on en opère le prélèvement. C'est cette technique que nous avons utilisée dans toutes nos expériences.

(1) KOLLE et EVERS. *Loc. cit.*

et Rothermundth (1) ont provoqué une syphilis asymptomatique. Ils inoculent les testicules d'un lapin et pratiquent leur excision quatre heures après. L'animal ne présente aucun accident syphilitique, mais l'infectiosité de ses ganglions fut constatée au 190e jour.

II. — *Voies d'inoculation et syphilis asymptomatique.*

Ce n'est pas seulement l'inoculation scrotale, la plus fréquemment employée au cours des recherches de syphilis expérimentale qui est susceptible d'infecter sans symptôme le lapin.

a) *Système nerveux.*

S'il est un fait curieux en syphiligraphie expérimentale, c'est assurément l'absence de lésions spécifiques *in situ* lorsqu'on inocule dans le cerveau du lapin des produits riches en tréponèmes. Tous les auteurs ont enregistré à cet égard une longue suite d'échecs (Bertarelli (2), Levaditi et Banu (3), Uhlenhuth et Mulzer (4), Vanzetti (5), Fontana et Sangiorgi (6), etc...). Nous-mêmes, infectant le cerveau des lapins avec un matériel hautement virulent n'avons jamais pu provoquer de lésions encéphalitiques.

Le tréponème inoculé dans le canal rachidien du lapin n'y survit que très peu de temps : 24 heures environ (Levaditi, Lépine et Sanchis-Bayarri); aussi ces auteurs concluent-ils que « le névraxe du lapin offre une résistance manifeste, efficace, voire souvent irréductible à l'égard du virus syphilitique inoculé par voie intra-névraxique ».

En effet, chez les animaux inoculés, aucun segment du système nerveux n'est virulent lors d'une transmission ultérieure au lapin neuf.

(1) Prigge et Rothermundth. Sur l'infection syphilitique sans symptômes. *Derm. Ztschr.*, 1927, p. 169.
(2) Bertarelli. *Centr. für Bakt.*, 1913, t. LXX, p. 187.
(3) Levaditi et Banu. Cités par Levaditi, Lépine, Sanchis-Bayarri. *Paris Med.*, 1929, 236.
(4) Uhlenhuth et Mulzer. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1917, 645.
(5) Vanzetti. *Pathologica*, 1912, t. IV, 221.
(6) Fontana et Sangiorgi. *Pathologica*, 1913, t. V, 677.

Dans des recherches récentes, Levaditi Vaisman et Schœn (1) démontrent que le virus syphilitique inoculé dans le cerveau du lapin disparaît du névraxe dès la 17e heure. Cependant, le spirochète qui ne végète pas dans le système nerveux après y avoir été directement inoculé, est susceptible de se disséminer dans l'organisme ainsi qu'en témoignent les expériences de Uhlenhuth et Mulzer, de Levaditi, Lépine, et Sanchis-Bayarri, de Tani, Saito et Funada (2), Tashiro, Asai, Ohya (3), etc...

Matsumoto (4) signale également que les inoculations intra-neurales peuvent être suivies d'une généralisation tréponémique. Hoffmann et Strempel (5) observent enfin récemment que l'injection intra-rachidienne chez le lapin, provoque une syphilis complètement asymptomatique, mais que les ganglions poplités des animaux ainsi infectés, déterminent des manifestations typiques chez l'animal neuf.

Ainsi donc, l'animal inoculé dans le névraxe ne présente aucune lésion syphilitique *in situ*, mais peut offrir tardivement des signes de syphilis métastatique (kératite, orchite), ou simplement, comme nous l'avons observé au cours de nos recherches, une généralisation inapparente du virus, décelée par l'infectiosité des ganglions et la résistance ultérieure à la réinoculation d'épreuve, même plusieurs fois pratiquée.

b) *Capsule surrénale.*

Les résultats de nos expériences nous ont permis de montrer (6) que la capsule surrénale se trouvait à l'égard du tréponème de la syphilis, dans les mêmes conditions que le névraxe du lapin. En effet, l'inoculation intra-capsulaire d'un matériel virulent ne provo-

(1) Levaditi, Vaisman et Schœn. Neurotropisme du virus syphilitique *C. R. Soc. Biol.*, 1931, t. CVII, p. 948.

(2) Tani, Saito et Funada. *Centr. f. Bakt.*, 1930, t. CXIX, p. 201.

(3) Tashiro, Asai, Ohya. Cités par Matsumoto. *Loc. cit.*, p. 36.

(4) Matsumoto. *Loc. cit.*

(5) Hoffmann et Strempel. Gehirn infektion und metastatic Erkrankung von Hoden und Skrotalhaut (Pseudo-Primaraffekt) nach intrazisternaler Impfung von Kaninchen mit syphilis. *Dermat. Ztschr.*, 1929, t. LVI, p. 1.

(6) P. Gastinel et R. Pulvenis. Sur l'étude comparative de l'inoculation du tréponème pâle dans le cerveau et la capsule surrénale du lapin. *C. R. Soc. Derm. et Syph.*, déc. 1931, p. 1490.

que aucune lésion histologique de l'organe infecté. De plus, le virus disparaît de la glande en deçà du 55e jour. Toutefois, cette absence de végétabilité du tréponème à l'intérieur de la surrénale n'en empêche pas moins l'infection de l'organisme, infection qui se manifeste par des accidents de métastase (orchite, chancre scrotal) ou qui demeure seulement asymptomatique.

Ce n'est pas le lieu ici de tirer de cette expérience les conclusions qu'elle comporte à propos des similitudes réactionnelles du cerveau et de la capsule surrénale, similitude que l'un de nous avait déjà signalée lors de ses travaux avec Teissier et Reilly (1) sur le virus herpétique.

c) *Voie endo-veineuse.*

Il n'est pas jusqu'aux inoculations par voie intra-veineuse qui ne soient susceptibles de déterminer l'infection sans symptômes; on en serait volontiers quelque peu surpris quand on songe à la quantité massive de matériel virulent introduit, et à la rapidité du contact entre les germes et les différents tissus. Alors même que l'on utilise une souche d'une virulence connue, provoquant par voie circulatoire les symptômes de syphilis généralisée, il n'est pas exceptionnel d'observer quelques cas négatifs. Ce ne serait là, cependant, qu'une fause interprétation, car l'animal est infecté ainsi qu'en témoigne le transfert de ses organes, et notamment de ses ganglions lymphatiques (Uhlenhuth et Grossmann, Kolle, Evers et Eberson, Matsumoto, etc...).

Quand on utilise d'autre part, une souche ne donnant habituellement que des manifestations localisées (chancre scrotal), l'introduction endo-veineuse n'aboutit généralement qu'à la seule syphilis asymptomatique que permet de déceler la virulence des ganglions lymphatiques. Ajoutons aussi, que dans ces cas, les réactions humorales, et notamment la réaction de Meinicke accompagnent cette syphilis muette.

d) *Voie cutanéo-muqueuse.*

Des résultats analogues ont été obtenus par l'inoculation sous-cutanée qui n'aboutit souvent qu'à une syphilis que rien ne décèle

(1) Teissier, Gastinel, Reilly. *C. R. Soc. Biol.*, 10 nov. 1923, t. LXXXIX, p. 231.

cliniquement et dont, ici encore, on fait la preuve tant par les réactions humorales que par les passages d'organes (Kolle, Uhlenhuth et Grossmann, Kolle et Eberson, etc...).

Nous en avons également observé quelques cas.

Certaines conditions d'expériences paraissent d'ailleurs faciliter la réalisation d'une syphilis asymptomatique. C'est en effet, ce qui ressort des expériences de Uhlenhuth et Grossmann, Mulzer, qui déposent sur une muqueuse vaginale sans la scarifier, des produits syphilitiques et observent une généralisation infectieuse jugée par le transfert ultérieur des ganglions. Il est à peine besoin de souligner ici toute l'importance de semblables constatations pour la clinique humaine.

Des recherches du même ordre ont été faites par Brown et Pearce (1) sur la muqueuse conjonctivale.

e) *Voie oculaire.*

Nous citerons à cet égard l'intéressante expérience rapportée par Grigoriew (2) en 1929, sur la syphilis asymptomatique qui peut succéder à l'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil. Elle a un intérêt tout particulier parce que la lapine ainsi inoculée, et qui présentait seulement une réaction humorale positive mit bas, trois mois après, deux lapereaux porteurs de kératite.

Le passage des organes démontra l'infection spécifique de ces animaux ainsi issus d'une mère atteinte de syphilis inapparente.

Il serait souhaitable que cette curieuse expérience puisse trouver confirmation.

f) *Rein.*

Les inoculations intra-viscérales du virus syphilitique ont été jusqu'à présent peu étudiées. Bornons-nous à signaler la recherche

(1) Brown et Pearce. Experimental syphilis in the rabbit. V. Syphilitic affections of the mucous membranes and mucocutaneous borders. *J. Exp. Med.*, Balt., 1920, t. XXXII, pp. 497-512; The penetration of normal mucous membranes of the rabbit by Treponema pallidum. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, N. Y., 1920-1921, t. XVIII, p. 200.

(2) Grigoriew. Augeborene durch ein in die Vordere Augenkammer infizientes Kaninchen übertragene syphilis. *Derm. Wochenschr.*, t. XXXIX, 1er août 1929, p. 1122.

de Friedmann (1) qui injecta une émulsion de tréponèmes dans le parenchyme rénal sans y déterminer aucune localisation spirochétienne ; l'animal, néanmoins, était atteint d'infection muette.

Il est intéressant de rapprocher ce résultat de ceux que nous avons personnellement obtenus par l'inoculation virulente dans la capsule surrénale.

En résumé, il ressort de cette brève énumération que les voies les plus diverses permettent d'obtenir chez l'animal des syphilis que rien ne permet de déceler du seul point de vue clinique, alors que le transfert des organes affirme que le tréponème survit et conserve toute sa virulence.

B. — SYPHILIS ASYMPTOMATIQUE ET RÉINOCULATIONS

Pour comprendre l'intérêt de la syphilis asymptomatique au point de vue biologique, il est nécessaire de rappeler en quelques mots certaines données expérimentales sur l'immunité des animaux syphilitiques.

Si un lapin porteur de chancre et n'ayant subi aucun traitement, est infecté à nouveau, on peut obtenir des résultats positifs jusqu'au 90e jour, mais à partir de cette date, il devient réfractaire (Kolle); toutefois ce délai est prolongé bien au delà lorsqu'on utilise une souche hétérologue pour la deuxième inoculation virulente : 150e jour (Kolle) et 500e jour (Adachi), 230e jour (recherches personnelles) ; aussi le terme de *mono-immunité* a-t-il été employé pour bien marquer que l'état réfractaire n'est acquis qu'à l'égard d'une souche donnée.

Si l'animal a été atteint d'une syphilis asymptomatique, il reste plus longtemps réceptif, et il n'est pas exceptionnel de voir une nouvelle inoculation provoquer un chancre chez lui, à un moment où un animal témoin ayant présenté des manifestations de première inoculation serait devenu réfractaire pour une souche homologue (Prigge et Rothermundth, Uhlenhuth et Grossmann). Il apparaît donc que l'immunité s'installe d'autant plus rapidement qu'une lésion locale a évolué.

(1) Friedmann. Experimentelle Beitrag zur Nierensyphilis. *Wiener. Klin. Wochenschr.*, n° 29, 10 juillet 1930, p. 909.

Kolle (1) donne la dénomination d'*immunité-chancre* à cet état réfractaire vis-à-vis d'une nouvelle inoculation, acquis dans les délais que nous avons indiqués chez l'animal non traité ou chez celui qui n'a reçu la médication antisyphilitique qu'après le 45e jour de l'inoculation. Or, il est à se demander si pareille immunité est vraiment suffisante pour protéger l'organisme de l'animal contre l'invasion des spirochètes de la nouvelle inoculation.

A en juger par le seul test local, c'est-à-dire par l'absence d'un nouveau chancre, on répondrait volontiers que l'état réfractaire est acquis ; et dans ce sens, plaideraient également les faits expérimentaux décrits par Matsumoto, à savoir :

Que chez l'animal ayant l'*immunité-chancre*, les inoculations endoveineuses ne produisent pas de syphilis généralisée ; et que de même, chez ces animaux, l'inoculation dans les veines crée une spirochétémie de durée plus courte que chez l'animal neuf.

Cependant, la notion de la syphilis asymptomatique va éclairer ce concept d'une immunité totale, et montrer qu'il ne peut être soutenu, car l'inoculation tréponémique cutanée ou endoveineuse peut être suivie d'un envahissement des ganglions par les spirochètes. Ainsi l'animal présentant une *immunité-chancre* est incapable d'empêcher l'invasion de son organisme par les tréponèmes de réinoculation (*superinfection asymptomatique* de Kolle et Schlossberger (2).

On voit combien la connaissance de la syphilis asymptomatique a modifié la valeur des tests auxquels on s'était habitué pour juger de la réceptivité on non de l'animal déjà infecté.

Nous indiquerons un peu plus loin les données qui doivent en être déduites quant à l'interprétation du mécanisme de l'immunité syphilitique.

C. — LA SYPHILIS ASYMPTOMATIQUE CHEZ LES ANIMAUX DITS RÉFRACTAIRES

Depuis les travaux de Schlossberger et Kolle (3) en 1927 et 1928, on sait que la souris blanche est sensible à l'infection syphi-

(1) Kolle. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1er janvier 1926, p. 11.
(2) Kolle et Schlossberger. *Loc. cit.*
(3) Schlossberger. Syphilis und Frambœsie bei Maüsen. *Centrabl. f. Bakt.*, 1927, t. CIV, p. 237 ; Ueber das Verhalten der Syphilisspirochäten im

litique, contrairement à l'opinion ancienne qui la considérait comme réfractaire. Mais il s'agit d'une infection asymptomatique seulement décelable par l'inoculation des tissus : foie, rate, cerveau, ganglions, à un animal réceptif tel que le lapin.

La souris peut ainsi conserver d'une façon muette le virus pendant de longs mois (16 mois 1/2 : Kolle et Schlossberger). Cette découverte fut confirmée par plusieurs auteurs, notamment Yahnel et Prigge (1), Lépine (2), Levaditi, Lépine et Schœn (3), Mulzer et Hahn (4), Matsumoto (5), Li Yuan Po (6).

Quelles que soient les voies d'inoculation : sous-cutanée, intracérébrale, endoveineuse, ou testiculaire, l'animal ne présente aucun symptôme pathologique. Le greffon inséré sous la peau du dos de la souris blanche se résorbe en 14 jours environ ; mais déjà, dès la 48e heure, les tréponèmes en disparaissent et aucune méthode ne permet de les déceler même dans les tissus avoisinants.

Cependant, Levaditi (7) et ses collaborateurs ont montré que ce greffon, en apparence stérile, contient le virus syphilitique ainsi que le démontre le passage à un lapin.

Quant aux organes de la souris ainsi inoculée, on admet très généralement que toute recherche du tréponème demeure sans succès. Toutefois Kato (8) a pu retrouver le tréponème dans les ganglions jusqu'au 66e jour, et Yahnel et Prigge (9) jusqu'au 120e jour après l'inoculation. Par contre, ces derniers auteurs ne

Maüseorganimus bei Passagen. *Med. Klin.*, 1929, t. XXV, pp. 303-304 ; Kolle et Schlossberger. Die Persistenz der Syphilisspirochäte in Maüsen während langer Zeiträume. *Deustche med. Wochenschr.*, 1928, t. LIV, pp. 129-130.

(1) Yahnel et Prigge. Ueber den histologischen nachweis der Spirochæte pallida in Organem syphilisinfizierter Maüse. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 26 avril 1929, t. LV, pp. 694-695.

(2) Lépine. Infection syphilitique inapparente de la souris. Infectiosité comparée de la rate et du cerveau. *C. R. Soc. Biol.*, 29 juin 1929, t. CI, p. 777.

(3) Levaditi, Lépine et Schœn. Relation entre le cycle évolutif du *Treponema pallidum* et la genèse des lésions syphilitiques. *C. R. Soc. Biol.*, 3 mai 1930, t. CIV, p. 72.

(4) Mulzer et Hahn. Zur experimentellen Maüse- und Meerschweinsyphilis. *Arch. f. Hyg.*, 1930, t. CIII, pp. 95-106.

(5) Matsumoto. *Loc. cit.*, p. 151.

(6) Li Yuan Po. Syphilis inapparente de la souris. *C. R. Soc. Biol.*, 22 novembre 1930.

(7) Levaditi, Lépine et Schœn. *Loc. cit.*

(8) Kato, *in* Matsumoto. *Loc. cit.* Cf. Kato. *C. R. Réunion Syphilologie de Kyoto*, 17 mai 1930.

(9) Yahnel et Prigge. *Loc. cit.*

l'ont qu'exceptionnellement décelé dans les organes, et notamment dans le rein.

Le point important dans la syphilis des Muridés est la longue conservation de la virulence des organes, capable de transmettre un chancre syphilitique par inoculation scrotale au lapin, ou de déterminer chez ce dernier une syphilis asymptomatique seulement traduite par des réactions sérologiques positives. Il apparaît que l'infectiosité du cerveau de la souris survient plus tardivement que celle des autres viscères, et Lépine (1) fixe au delà du 104e jour le moment où elle peut être décelée.

Cette syphilis asymptomatique de la souris a été surtout étudiée en partant de souches depuis longtemps adaptées au lapin.

Nous avons montré (2) qu'avec une souche récemment isolée, et n'ayant subi qu'un seul passage sur cet animal, on pouvait également syphiliser la souris blanche d'une manière analogue. Il est donc logique que des tréponèmes provenant directement de l'homme puissent être infectants pour l'organisme des Muridés. C'est d'ailleurs ce qu'ont constaté Mulzer et Hahn (3) en inoculant à la souris des lésions de syphilis secondaire.

Ces auteurs ont observé aussi qu'il n'est pas utile d'attendre longtemps pour que les organes de la souris infectée de façon asymptomatique deviennent virulents ; ils ont pu en effet, réduire à 48 heures le *temps d'enrichissement* nécessaire pour obtenir des résultats positifs lors du transfert au lapin des organes de la souris.

Ces notions suffisent à montrer toute la portée que peut avoir l'étude de la syphilis muette de la souris. Ne permettrait-elle pas, par la généralisation spirochétienne qui se produit dans l'organisme de cet animal, de déceler la présence de tréponèmes là où des examens bactériologiques répétés sont vainement effectués (liquide céphalo-rachidien, sperme, sang, cerveau, etc...)*.

(1) Lépine. *Loc. cit.*

(2) P. Gastinel et R. Pulvenis. A propos de la syphilis expérimentale de la souris. *Bull. Soc. Derm. et Syph.*, 11 juin 1931, n° 6, p. 890.

(3) Mulzer et Hahn. *Loc. cit.*

(*) Les travaux de Bessemanns et de de Potter (*C. R. Soc. Biol.*, 1930, t. CIV, p. 818 ; 1931, t. CVII, p. 279) ont démontré qu'à côté de cette syphilis asymptomatique de la souris blanche, il serait possible, exceptionnellement, d'observer au point d'inoculation, des lésions ayant l'aspect typique d'un chancre avec tréponèmes abondants. La syphilis de la souris ne sortirait donc pas entièrement, suivant ces auteurs, du cadre de nos connaissances sur la syphilis expérimentale.

Dans la littérature on trouve une série d'observations concernant la syphilis expérimentale d'une longue suite d'animaux variés (chèvre, porc, renard, lama, etc...) qui auraient présenté des manifestations cliniques spécifiques, mais les expériences de contrôle n'ont pas donné des résultats probants. La connaissance de la syphilis asymptomatique, et la faiblesse de nos tests d'investigation ne nous permettraient peut-être plus désormais de considérer ces expériences comme n'ayant fourni que des résultats absolument négatifs.

CHAPITRE II

INTERPRÉTATION DU PROBLÈME BIOLOGIQUE DE LA SYPHILIS ASYMPTOMATIQUE

Il est complexe et malaisé d'essayer d'interpréter le problème biologique de la syphilis asymptomatique. Nous allons nous efforcer de le schématiser sous ses différents aspects.

A. — SYPHILIS INAPPARENTE ET RÉINOCULATION

La syphilis inapparente réalisée au cours d'une réinoculation expérimentale, pose toute la question de l'immunité syphilitique ; il sortirait du cadre de cet article de l'envisager ici. Nous voulons seulement en situer les grandes lignes bien connues déjà de tous les lecteurs de ces Annales.

On a vu plus haut que chez l'animal déjà infecté, la réinoculation pratiquée après certains délais n'aboutit plus à la formation d'un syphilome, mais qu'elle s'accompagne seulement de l'infectiosité des ganglions (*superinfection-asymptomatique* de Kolle) (1).

(1) KOLLE. *Loc. cit.*

Cet auteur ne reconnaît donc à l'immunité de la syphilis qu'un domaine restreint, celui de l'immunité-chancre (*schanker-Immunität*), c'est-à-dire l'état réfractaire vis-à-vis du seul test local dont on peut juger aisément : la survenue ou non du chancre de réinoculation. Mais pour Kolle, semblable immunité n'empêche en rien l'organisme d'être envahi par des tréponèmes d'un nouvel apport ; le substratum de cette *immunité-chancre* tiendrait dans la persistance d'une infection latente et chronique qui ne peut être vaincue que si le traitement est effectué d'une *façon précoce*, soit avant le 45e jour après l'inoculation expérimentale. Après cette date, et quelle que soit l'activité thérapeutique employée, l'infection subsiste ; dès lors toute réinoculation échoue en en jugeant le résultat par l'apparition d'une lésion locale.

Ainsi cette immunité-chancre serait une *immunité d'infection* (1) ; elle suffirait à empêcher le développement de manifestations cliniques au point inoculé, et la colonisation tréponémique à ce niveau, mais elle serait incapable de former une barrière pour empêcher le spirochète de gagner les ganglions, créant une syphilis asymptomatique de réinoculation.

A l'opposé de la doctrine de Kolle, Chesney et Kemp (2) soutiennent que l'impossibilité de réinoculer la syphilis au lapin ne provient pas de la persistance de l'infection à l'état latent, et ils affirment la réalité d'une stérilisation totale même par un traitement tardivement effectué. Cet échec de toute tentative d'une nouvelle insertion virulente serait dû à un état d'*immunité active vraie*, acquise avant le début du traitement, et, persistant après la guérison obtenue.

C'est ce qui expliquerait l'insuccès des réinoculations chez les animaux traités tardivement comme l'a vu Kolle.

Au contraire, chez ceux traités précocement, cette immunité n'a pas eu le temps de s'installer, et dès lors, la réinfection est possible.

A l'appui de la conception de Chesney, on peut invoquer les

(1) Kolle et Prigge. Gibt es eine echte aktive Immunität bei Syphilis. *Deutsche med. Wochenschr.*, 14 juin 1929, LV, pp. 985-986.

(2) Chesney et Kemp. Observations on the possibility of cure of experimental syphilis in the rabbit. *Tr. Ass. Am. Physicians*, Phila., 1925, XL, pp. 189-194 ; Chesney. Immunity in syphilis. *Med. Balt.*, 1926, V, pp. 463-547 ; Chesney. Immunity in syphilis, Baltimore, 1927 ; Chesney. Present day conceptions of immunity. *Vener. Dis. Inform.*, 20 octobre 1927, VIII, pp. 389-393.

expériences de Prigge et Rothermundth et de Richter et Manteufel montrant que « des animaux atteints d'une infection asymptomatique n'acquièrent pas toujours l'immunité antichancreuse. De tels animaux, quoiqu'hébergeant des spirochètes dans leurs ganglions, réagissent souvent par des accidents primaires typiques ».

D'autre part, une notion capitale a été récemment apportée par Matsumoto. Cet auteur a montré que l'immunité acquise par le lapin dans les conditions où se place Chesney, ne serait à vrai dire, qu'éphémère, et ne dépasserait pas 230 jours (1).

Dès lors, les expériences de superinfection asymptomatique de Kolle seraient justiciables de la critique d'avoir été faites à un moment où la phase d'immunité « vraie » est achevée.

Il ne s'agirait plus de superinfection, mais de réinfection, selon un mode particulier.

Mais il est à se demander si la syphilis asymptomatique obtenue par Kolle chez les animaux réinoculés tardivement après un traitement lui-même tardif, est bien la seule forme d'infection qui puisse être observée. Les recherches de Matsumoto (2) montrent la possibilité de réaliser dans de pareilles conditions des lésions manifestes.

A cet égard, les expériences de l'auteur japonais sont particulièrement suggestives, et il nous semble, avec lui, Uhlenhuth et Grossmann (3), que l'opposition entre la doctrine de Kolle et celle des auteurs américains est moins profonde qu'il ne le paraît au premier abord. Ne peut-on considérer que les deux théories en présence s'affrontent simplement sur la double face d'un même problème ?

(1) A l'appui de l'opinion de Matsumoto, et quoi qu'il s'agisse de faits quelque peu différents, nous pouvons rapporter l'observation d'un animal qui fût inoculé le 15 janvier 1931, et présenta un syphilome. Sans avoir subi aucun traitement, il fut réinoculé avec une souche hétérologue, de virulence vérifiée, le 6 octobre 1931, soit 260 jours après la primo-infection. Le résultat fut négatif. Le 22 janvier 1932, nouvel échec d'une seconde tentative de réinoculation. Enfin, le 25 février 1932, une troisième insertion virulente détermina un chancre typique. Ainsi donc, l'immunité avait cédé au 405e jour après la première inoculation.

(2) MATSUMOTO. *Loc. cit.*

(3) UHLENHUTH et GROSSMANN. Zur Fräge der Immunität bei syphilis, mit besonderer Berücksichtigung experimenteller Untersuchungen am Kaninchen. *Ztschr. f. Immunitætforsch. u. exp. Therap.*, 1928, t. LV, p. 380.

B. — SYPHILIS INAPPARENTE CHEZ LES ANIMAUX PRIMO-INFECTÉS

L'interprétation de la syphilis asymptomatique doit être essentiellement envisagée lorsqu'elle survient chez un animal primo-infecté. Plus n'est besoin ici de faire intervenir les problèmes complexes qui résultent du premier contact du virus syphilitique avec l'animal, et nous avons seulement laissé entrevoir toute l'ampleur du débat ainsi soulevé.

Si la modalité de l'infection syphilitique inapparente que nous étudions maintenant est théoriquement plus simple, l'analyse de son déterminisme n'en reste pas moins malaisée.

Des conditions favorisant la survenue de la syphilis asymptomatique

a) *Quantité de virus.*

Il n'est pas douteux qu'un des facteurs conditionnants de la syphilis asymptomatique est, au point de vue expérimental, la faible quantité de virus introduit. Déjà, lorsqu'on emploie un matériel virulent peu riche en tréponèmes, on observe constamment une incubation beaucoup plus longue que si on inocule un fragment de syphilome jeune abondamment pourvu de spirochètes.

C'est ainsi qu'utilisant comparativement un matériel de même souche, mais différent par sa richesse en spirochètes, d'après l'âge plus ou moins ancien du syphilome prélevé pour le transfert, nous avons obtenu les résultats suivants :

Lorsque les inoculations sont pratiquées avec un chancre ancien (dans notre expérience : 2 mois 1/2 après son début clinique), l'incubation s'échelonna de 30 à 50 jours ; au contraire, quand les passages furent effectués en partant d'un syphilome jeune prélevé au 20e jour de son début, cette période fut réduite à une quinzaine de jours.

Encore et surtout faut-il ajouter que dans le premier cas nous avons eu 40 o/o d'échecs en ce qui concerne la lésion locale ; dans le second, au contraire, les succès ont été à peu près de 100 o/o.

On peut rapprocher cette expérience de celle où par un artifice technique on diminue la quantité de virus introduit à tel point qu'aucune lésion locale n'est plus obtenue. Telle est l'observation déjà citée de Uhlenhuth et Grossmann, et de Mulzer qui portèrent le matériel virulent au contact de la muqueuse vaginale non sacrifiée. Aucune lésion locale ne survint, mais l'animal n'en fut pas moins atteint de syphilis asymptomatique.

Corroborant ces expériences, nous pouvons citer celles de Matsumoto qui montre bien dans le déterminisme des lésions cutanées le rôle d'une certaine quantité de virus au-dessous de laquelle la manifestation clinique n'est pas obtenue.

Cet auteur pour étudier le degré de l'immunité a, en effet, pratiqué des dilutions successives du matériel virulent et les a injectées dans le derme de la région para-vertébrale du lapin (*) Il pouvait ainsi noter le seuil de la dilution qui provoquait la lésion locale.

Dans le même ordre d'idées, signalons entre autres expériences le résultat que nous avons obtenu en faisant le passage du ganglion inguinal d'un lapin dont la lésion primaire remontait à 4 mois. Bien que le transfert ne provoquât aucune lésion apparente l'animal inoculé offrit un mois après, une réaction de Meinicke et Hecht fortement positive, et à l'expiration d'un nouveau délai de 2 mois 1/2, résistait à une inoculation d'épreuve avec un matériel qui syphilisait les animaux témoins avec 100 o/o de succès.

b) *Qualité et variabilité de la souche.*

On ne saurait limiter à la seule notion de la quantité de virus introduit la raison de la syphilis inapparente. Il est bien certain que la qualité de la souche joue un rôle de haute importance. Nous entendons par là, l'adaptation à l'organisme du lapin par des passages depuis plus ou moins longtemps répétés.

On sait tous les échecs que subissent les expérimentateurs pour obtenir une souche de tréponèmes en partant d'une lésion humaine.

(*) Nous rappelons ici que l'inoculation sous la peau du dos est une technique élective, et Matsumoto en conseille l'emploi au même rang que l'inoculation sous-scrotale ; elle aurait sur cette dernière une commodité plus grande et permettrait de faire sur une seule région cutanée des insertions comparatives de plusieurs virus.

Sans doute n'est-il pas exceptionnel de provoquer par inoculation d'un syphilome humain un chancre chez un lapin ; mais la difficulté réside essentiellement à en obtenir les passages en série. Souvent en effet, vers le deuxième ou troisième les tentatives d'inoculation échouent. Il faut franchir ce seuil pour adapter la souche à l'organisme du lapin, et à partir de ce moment elle acquiert une virulence relativement fixe pour cet animal. Or, au moment où la souche s'avère comme malaisément transmissible de lapin à lapin, à en juger par l'absence de lésion chancreuse typique, elle n'en est pas moins capable de déterminer parfois chez lui une syphilis inapparente.

Nous avons pu dans ces conditions l'obtenir pour une souche isolée d'un malade de l'hôpital Saint-Louis en décembre 1930, souche qui a donné seulement un chancre de premier passage chez le lapin. Enfin, pareille souche non encore adaptée à cet animal déterminait aussi une syphilis asymptomatique chez la souris, dont les organes (foie et rate) inoculés au lapin fournirent des lésions les plus caractéristiques.

Il est donc possible de décrire, avant la phase d'adaptation clinique, une période pendant laquelle les souches isolées en partant de l'homme sont susceptibles de déterminer, pendant quelque temps au moins, une infection asymptomatique seulement traduite par des réactions humorales ou la virulence des ganglions, et parfois même l'acquisition d'un état réfractaire.

Nos recherches confirment les conclusions de Perkel, Israëlson et Oretchkine (1) qui ont également observé que les souches jeunes fournissent un pourcentage élevé de syphilis asymptomatique. Mais, à mesure que l'adaptation de la souche se poursuit chez le lapin, le nombre de cas de syphilis inapparente va en diminuant. Enfin, lorsque l'expérimentation est faite avec un virus syphilitique ayant subi un nombre assez grand de passages, sans être toutefois d'une virulence aussi stabilisée pour cet animal que la souche Truffi par exemple, il n'est pas exceptionnel d'observer de brusques fléchissements dans l'activité de ce virus. C'est ainsi qu'en utilisant une souche envoyée du laboratoire du professeur Hoffmann de Bonn, iso-

(1) Perkel, Israëlson et Oretchkine. Contribution à l'étude de la syphilis « asymptomatique » ou « muette ». *Sovietsky Vestnik Dermatol.*, t. IX, n° 3, mars 1931.

lée de l'homme le 5 décembre 1925 (1), nous avons obtenu les différences de résultats suivants :

En mai, juin, juillet 1931, nos résultats positifs avoisinaient 100 0/0 ; en septembre et octobre, ils tombent à 25 0/0 pour atteindre à nouveau en décembre 100 0/0. Il eut été intéressant certes, d'étudier d'une façon systématique si les animaux non porteurs de chancre au cours de ces inoculations négatives étaient tous néanmoins infectés de manière asymptomatique ; nous n'avons pu cependant, faute de matériel, faire, à notre volonté, les passages ganglionnaires nécessaires. Nous ne tirerons argument en faveur de cette hypothèse que des modalités dont ces animaux ont réagi à une nouvelle inoculation.

Poursuivant d'autres recherches sur l'immunité, nous avons réinoculé plusieurs de ces lapins, du 45e au 71e jour après l'inoculation apparemment négative.

Chez ces animaux, nous avons été frappés de la très courte incubation de leurs lésions qui se constituaient déjà en une moyenne de 12 jours, alors que les mêmes souches utilisées au même moment, chez des animaux neufs, ne fournissaient des chancres qu'après une incubation moyenne de trois semaines. Nous ne déduirons de ces faits expérimentaux aucune conclusion définitive sur la syphilis inapparente des animaux inoculés sans succès manifeste, mais nous pensons néanmoins qu'ils devaient se trouver dans un état d'infection muette susceptible d'expliquer le mode allergique selon lequel évoluait la seconde inoculation.

Ici encore nous nous rencontrons avec les constatations analogues faites par les auteurs russes précédemment cités et dont nous venons de connaître le travail. Eux aussi ont observé que du fait de son passage par l'organisme de certains lapins, une souche syphilitique peut subir un abaissement de sa virulence ; ce caractère s'exagérera progressivement lors des inoculations faites en série, aussi voit-on augmenter dans ce cas le nombre des syphilis muettes. On comprend aisément toute l'importance de ces données expérimentales si on les transporte dans le domaine de la pathologie humaine. Et n'est-il pas à se demander en effet, si une souche tréponémique ne peut subir par passages sur tel homme des modifications de sa

(1) Renseignements fournis par le docteur Photinos, assistant de la clinique du professeur Hoffmann.

virulence dans un sens ou dans l'autre. Il serait intéressant de poursuivre plus avant l'étude des facteurs qui peuvent provoquer la dégradation des souches, ou au contraire, l'exaltation de leur virulence. A vrai dire il s'agit là d'un problème biologique qui ne concerne pas le seul virus syphilitique.

Au cours de nos recherches antérieures sur le virus herpétique, nous avions été frappés des longues périodes pendant lesquelles le contenu des vésicules d'herpès inoculé au lapin ne provoque que des lésions oculaires ou cutanées, tandis qu'à d'autres moments, ces lésions sont régulièrement suivies d'encéphalite.

Levaditi (1) a insisté sur la variation saisonnière des microbes pathogènes, et notamment du streptocoque moniliforme. A propos de la communication de cet auteur, M. Netter a signalé les modifications de virulence du virus poliomyélitique conservé à la glacière par Flexner.

Rappelons enfin que Madsen a constaté que le bacille diphtérique offre des variations très grandes dans sa production de toxines : avec une même souche, l'activité toxique peut à certains moments, devenir cent fois plus forte, et Mac Conkey observe que la toxine obtenue d'une même race augmente de virulence en automne, garde un pouvoir très haut pendant les mois d'hiver, tandis que la souche devient plus ou moins atoxique l'été.

Nous pouvons rapprocher de ces notions les très intéressantes recherches de Domon et Shimoda (2) sur l'influence de la température ambiante dans la durée d'incubation et l'évolution des manifestations de la syphilis expérimentale du lapin.

Au cours de la période estivale, les résultats seraient, d'après ces auteurs, d'une fréquence moindre que pendant l'hiver ; l'été l'incubation aurait une durée plus longue, et les chancres offriraient un moindre développement. Hashiguchi (3) a également observé que pendant l'été les accidents syphilitiques généralisés

(1) Levaditi et Selbie. Variations saisonnières de la virulence du *streptobacillus moniliformis* chez la souris. *C. R. Soc. Biol.*, 1931, t. CVI, p. 25.

(2) Domon et Shimoda. The seasonal variation in the length of the incubation period in rabbit syphilis. A statistic study. *Ac. Derm.*, 1927, t. IX, p. 169.

(3) Hashiguchi. Relationship between the seasons and the generalized symptoms in rabbit syphilis. *Lues*, 1929, III, p. 155.

sont plus rares et moins accusés. Les constatations inverses seraient faites l'hiver.

Enfin l'auteur japonais Yamamoto (1), en modifiant artificiellement la température de ses clapiers, a pu reproduire les mêmes phénomènes.

Nous ne pensons pas qu'il soit possible de départager à l'heure actuelle ce qui appartient à une modification propre de la souche dans sa plus ou moins grande activité, et ce qui revient aux différents facteurs influençant la réceptivité de l'individu à l'égard du virus infectant.

C. — L'INFECTION TRÉPONÉMIQUE DES MURIDÉS

Nous avons vu que chez le lapin, la syphilis sans symptômes se constitue progressivement ainsi qu'en témoigne le moment d'apparition des réactions humorales, et elle a pour conséquence l'acquisition éventuelle d'un état réfractaire.

Il en va tout autrement chez les Muridés.

Jusqu'à présent rien ne permet d'affirmer que le virus introduit détermine chez l'animal la moindre réaction anatomique ou humorale.

Cependant, le spirochète semble chez son hôte, subir une évolution biologique. Rappelons que Levaditi et ses collaborateurs ont montré que dans le greffon introduit sous la peau du dos, le spirochète disparaît après la 48e heure. Malgré son apparente stérilité, on peut s'assurer de la virulence de ce greffon par passage au lapin en le prélevant sur la souris jusqu'au 14e jour.

Dès lors on est en droit d'affirmer que l'infection syphilitique de la souris *ne détermine pas une maladie même asymptomatique puisqu'on ne retrouve aucun témoignage de la réaction de l'animal vis-à-vis du spirochète.*

La souris est parasitée par le tréponème de la syphilis comme elle est porteur sain de virus à l'égard du spirochète ictéro-hémorragique ou de certains virus inoculés, tel celui de l'herpès, ou celui de la variole.

(1) YAMAMOTO. Der Einfluss der aüsseren Temperatur auf die experimentelle Kaninchen syphilis. *Ac. Derm.*, 1928, t. XII, p. 225.

La syphilis asymptomatique de la souris représente donc la forme la plus dégradée de l'infection tréponémique expérimentale puisque, cessant ici d'être pathogène, elle est seulement saprophytique.

*
* *

Nous voyons que l'étude de la syphilis inapparente pose, du point de vue biologique, toute une série de problèmes qui intéressent directement le médecin. Il n'est pas dans notre intention, à cet égard, de les retenir ici.

Nous formulerons seulement, à titre de remarque, deux hypothèses, non sans avoir au préalable souligné combien il faut être prudent dans toute comparaison entre la syphilis humaine et la syphilis expérimentale.

1° L'expérimentation nous apprend le rôle de la quantité de virus et de sa voie de pénétration dans l'organisme. N'est-il donc pas possible d'envisager qu'il puisse exister chez l'homme un seuil d'infection au-dessous duquel l'individu qui n'a pas fait de chancre pourrait être néanmoins infecté de façon muette ? La formule du *Tout ou Rien* apparaît de plus en plus contraire aux observations de la biologie expérimentale.

Déjà les constatations cliniques ont démontré l'existence de syphilis sans manifestation au niveau de la porte d'entrée, telles les syphilis cryptogénétiques (Audry (1)), les syphilis sans chancre (Gougerot (2), P. Renault (3)), les syphilis consécutives aux transfusions sanguines. Ici l'infection est latente jusqu'au moment où surviennent des accidents généralisés cliniquement évidents. La connaissance de semblables formes permet sans doute d'interpréter quelques-uns au moins de ces cas nombreux où la syphilis est avérée malgré les plus sincères dénégations du malade quant à l'existence antérieure d'un chancre.

Mais les acquisitions expérimentales autorisent encore à soupçon-

(1) Ch. Audry. Syphilis endogènes et cryptogénétiques. Leur fréquence. *Brux. Méd.*, 2 nov. 1922 ; Audry et Chatelier. Syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire. *Ann. Dermat. et Syph.*, 1921, t. II, pp. 305-311.

(2) Gougerot. La syphilis acquise sans chancre. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp.*, 11 nov. 1921, n° 33, p. 1522.

(3) P. Renault. *Bulletin et Mém. Soc. Méd. de Paris*, 7 mars 1930, n° 5, p. 138.

ner chez l'*homme* la réalité de syphilis muettes au même titre que chez l'animal. Peut-être est-ce dans ce groupe de faits qu'il faut situer ces syphilis humorales dont Bizard (1) a rapporté la statistiques chez les prostituées. N'apparaît-il pas d'ailleurs qu'un exemple vraiment typique de cette forme infectieuse est fourni par la syphilis héréditaire qui ne se traduit souvent par aucun symptôme clinique et qui n'est confirmée que par une réaction sérologique et la notion d'une syphilis chez les parents. On sait cependant que ces hérédo-syphilitiques sans symptômes apparents peuvent à leur tour être générateurs d'enfants porteurs de lésions évolutives.

2° La connaissance bien établie de l'infectiosité de certains organes du lapin ou de la souris, en dehors de toute forme spirochétienne visible, pose, comme l'a dit Levaditi, le problème du cycle du tréponème passant par une phase d'invisibilité.

On sait que Levaditi (2) a montré combien les cellules en état de prolifération régénérative ou de développement mitotique étaient réceptives pour les virus filtrants tels que la vaccine par exemple.

Si une assimilation peut être faite entre la biologie des virus filtrants et celle du virus syphilitique à un moment de son évolution, on comprendrait l'affinité que le spirochète peut avoir pour les ganglions lymphatiques, organes riches en centres germinatifs, où il végète, comme l'expérience le prouve, sans y déterminer de lésion, et, très souvent, sans pouvoir y être décelé microscopiquement.

Ne pourrait-on invoquer la même survie dans les glandes génitales pour expliquer la transmission héréditaire de la syphilis ? (3).

L'infection massive du fœtus trouverait peut-être aussi sa raison dans tout le mécanisme d'intensives divisions cellulaires d'un organisme en voie de formation.

On comprendrait dès lors que certains viscères dans lesquels le spirochète inoculé directement ne détermine pas d'altérations

(1) Bizard. Le résultat de la réaction de Wassermann chez les femmes des maisons de prostitution. *Bull. Soc. Derm. et Syphil.*, 1928, p. 574.

(2) Levaditi et Nicolau. Ectodermoses neurotropes. Étude sur la vaccine. *Ann. Inst. Past.*, 1923, t. XXXVII, p. 1 ; Vaccine et néoplasmes. *Ann. Inst. Past.*, 1923, t. XXXVII, p. 443.

(3) P. Gastinel. A propos de l'hérédité syphilitique unilatérale. XVIIIe Congrès de Médecine, Nancy, 1926. *Revue Méd. Franç.*, 1926, t. VII, p. 261.

(capsule surrénale), puissent être au contraire, chez le fœtus hérédo-spécifique, le siège d'une pullulation tréponémique.

*
* *

Nous voudrions conclure cet article en insistant sur la nécessité qu'il y a à introduire quelques précisions dans l'usage de termes trop souvent employés les uns pour les autres quand on parle de syphilis asymptomatique et de syphilis latente.

Les modalités de l'infection syphilitique expérimentale s'échelonnent progressivement selon une gamme dont on pourrait noter ainsi les différentes graduations :

1° La *syphilis avec symptômes* cliniques manifestes.

2° La *syphilis latente* vise l'état de l'animal qui a présenté un accident et qui conserve sans souffrance un virus susceptible, à un moment donné, de reprendre pour le porteur, son activité.

3° *Syphilis asymptomatique*, ou *syphilis inapparente*, ou *syphilis muette*, est une véritable *maladie* sans symptômes cliniques, mais qui a cependant une évolution propre dont témoignent la virulence des ganglions, le cycle des réactions humorales, l'acquisition possible, sinon fréquente de l'immunité et sa disparition sous l'effet du traitement.

4° C'est la dénomination de *porteur de virus* qui doit être réservée, par contre, à la souris inoculée d'une souche de spirochètes. Ici, *dans l'état actuel de nos connaissances*, il n'y a plus maladie syphilitique, aucune réaction clinique, humorale ou immunologique n'est décelable, et le tréponème évolue dans l'organisme des Muridés comme un simple *saprophyte*.

(Travail du Laboratoire de Bactériologie de la Faculté de Médecine).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LYMPHOGRANULOMATOSE INGUINALE (MALADIE DE NICOLAS-FAVRE) (1)

Par MM. S. NICOLAU et A. BANCIU.
(Travail de la clinique dermato-syphiligraphique de Bucarest).

Depuis quelques années la lymphogranulomatose inguinale semble avoir augmenté de fréquence dans notre milieu d'observation. Il se pourrait qu'il n'y ait là qu'une apparence, la véritable explication du phénomène se trouvant plutôt dans les progrès réalisés dernièrement dans le diagnostic de cette affection.

Quoi qu'il en soit, depuis le mois de septembre 1930 que nous nous occupons plus spécialement de la question, nous avons observé, aux consultations de notre clinique, 38 cas de lymphogranulomatose, dont 36 chez l'homme et 2 seulement chez la femme. Chez l'une des femmes, la maladie était conjugale.

Dans ce qui suit, nous nous proposons d'abord de donner, basées sur l'ensemble de nos observations, quelques dates cliniques concernant l'accident initial de la maladie et son adénopathie satellite ; un second chapitre sera consacré à l'étude de l'allergie cutanée, dans cette maladie, en faisant ressortir sa portée pratique comme moyen de diagnostic ; enfin dans un dernier chapitre nous exposerons les résultats de quelques essais que nous avons pu faire en vue de transmettre la maladie.

I. — DONNÉES CLINIQUES

1) *Chancre lymphogranulomateux.* — Comme il est de règle, l'accident initial lymphogranulomateux est passé inaperçu chez la moitié environ de nos malades (18 cas), l'adénopathie étant le premier symptôme ayant attiré leur attention ; 11 seulement affirmaient avoir eu, au début, une ulcération de courte durée ; enfin, chez

(1) Mémoire remis à la Rédaction le 10 juin 1931.

9 autres, le chancre était encore présent quand ils vinrent consulter.

L'accident initial de la maladie de Nicolas-Favre étant une lésion qu'on n'a pas souvent l'occasion de rencontrer en clinique, il nous semble intéressant d'esquisser ici les particularités que nous avons observées dans nos cas, où la lésion était encore en activité.

Comme siège, le chancre occupait 2 fois le frein, 2 fois le sillon balano-préputial, 1 fois le gland, 2 fois la face interne du prépuce et 2 fois, chez la femme, la face interne des petites lèvres.

La lésion affectait, dans la majorité des cas, l'aspect d'une ulcération de petites dimensions, ne dépassant généralement pas la grosseur d'un grain de mil ou d'une lentille, assez régulièrement arrondie, ou parfois légèrement denticulée, de niveau avec le tégument, à bords taillés en pente douce et non décollés ; le fond de l'ulcération, légèrement déprimé en cupule, présentait une surface lisse, d'un rouge-luisant et secrétait à la pression une abondante sérosité claire. Dans un seul cas, le fond de la petite perte de substance était couvert d'une mince pellicule pseudo-membraneuse gris-jaunâtre. La lésion reposait généralement sur une base souple, sauf une fois (Obs. V : chancre de la face interne du prépuce) où les tissus sous-jacents étaient légèrement infiltrés et surélevés en papule et où l'on observait en même temps une légère rougeur autour de l'ulcération.

Dans 2 autres cas, l'aspect du chancre s'écartait encore davantage du tableau décrit. Une fois (Obs. XXV : chancre de la région balanique) il s'agissait d'une ulcération, toujours petite, mais à bords irréguliers et légèrement décollés, à fond sale, granuleux, saignant facilement et secrétant une sérosité louche, rappelant ainsi, jusqu'à un certain point, l'aspect d'un chancre mou. La réaction de Frey fortement positive, d'une part, et d'autre part la négativité de la réaction de Ito, jointe à l'absence de bacilles de Ducrey, permettaient cependant d'établir la véritable nature de la lésion.

Dans le second cas (Obs. VIII), il s'agissait d'une ulcération superficielle située dans le voisinage du frein, à cheval sur le sillon, parfaitement arrondie, un peu plus petite qu'une pièce de 50 cent., sans bords, à fond lisse et rouge, recouverte, dans sa partie centrale, d'une fine pellicule grisâtre, le tout reposant sur une base surélevée et indurée. La lésion ressemblait tellement à un

syphilome primaire que ce fut là le diagnostic auquel nous nous arrêtâmes au premier moment, cela d'autant plus que l'adénopathie, encore à son début, n'avait pas acquis de caractères nettement inflammatoires. L'ultramicroscopie, négative à plusieurs reprises, jointe à la négativité des réactions sérologiques, nous fit abandonner ce diagnostic. Un peu désorientés, la recherche des bacilles de Ducrey étant également négative et comme la lésion ne ressemblait à rien autre chose, nous nous décidâmes, à tout hasard, à pratiquer la réaction de Frey, qui se montra fortement positive. L'évolution de l'adénopathie vers la suppuration en foyers multiples est venue d'ailleurs confirmer, peu de temps après, les données de l'intradermodiagnostic. Ajoutons encore que le pus retiré du bubon de ce malade nous a donné un de nos meilleurs antigènes.

A quelques exceptions près, l'on peut dire que le chancre lymphogranulomateux, sans posséder de caractères pathognomoniques, présente néanmoins une physionomie assez spéciale, capable de permettre, dans la majorité des cas, sa différenciation d'avec les autres lésions génitales.

Le chancre lymphogranulomateux est une lésion petite et de courte durée, ce qui explique qu'il passe si souvent inaperçu. Chez la plupart de nos malades, sa durée a varié entre 5 et 10 jours. A cette règle il existait cependant des exceptions. Nous citons à ce propos le gros chancre, simulant un syphilome, dont il a été question plus haut, qui ne mit pas moins de 37 jours pour se cicatriser, et un autre chancre de la petite lèvre, celui-ci petit, qui dura néanmoins 30 jours. Signalons encore un autre cas, observé tout récemment, de chancre géant balano-préputial, mesurant 4 cm. sur 2, avec tuméfaction œdémateuse du prépuce et de la moitié inférieure du fourreau, qui évoluait, depuis 8 mois, sans aucune tendance à la cicatrisation. Il existait, en plus, chez ce malade, dans les deux aines, une adénopathie non inflammatoire, constituée par quelques ganglions isolés et durs. La nature de cette lésion insolite fut déterminée grâce à la réaction de Frey, qui donna un résultat fortement positif et à la négativité de tous les autres tests caractérisant les ulcérations génitales d'autres sortes. Il s'agissait donc là d'un véritable *ulcère chronique lymphogranulomateux* de la verge, le premier, à notre connaissance, signalé chez l'homme, et qui constitue, comme tel, le pendant de l'*ulcère chronique vulvaire*, bien connu,

de la femme, dont la nature lymphogranulomateuse vient d'être également démontrée depuis peu.

La durée de l'incubation du chancre lymphogranulomateux est difficile à préciser, vu l'impossibilité où l'on se trouve, en pratique, de fixer la date du rapport contaminant. Dans le seul cas de lésion conjugale que nous ayons observé, l'ulcération de la femme est apparue une dizaine de jours environ après celle du mari.

Après l'étude consacrée à la porte d'entrée de l'infection, il nous reste à dire quelques mots sur l'adénopathie consécutive. Sur les 38 cas de lymphogranulomatose inguinale étudiés, l'adénopathie était 5 fois double et 33 fois unilatérale, à savoir, 16 fois à gauche, et 17 fois à droite.

Comme phase de la maladie, chez 20 malades, l'adénopathie, encore à son début, se traduisait par un paquet légèrement reliéfé, constitué de ganglions conglomérés, ayant ou non contracté adhérence avec la peau ; dans 13 autres cas l'adénite était arrivée à la phase de suppuration, présentant un ou plusieurs foyers de fluctuation et, dans 5 cas, le processus avait déjà atteint la phase de fistulisation.

La date d'apparition de l'adénopathie, par rapport au début du chancre, n'est pas toujours aisée à préciser, étant donné que la lésion initiale échappe souvent à l'attention des malades. Elle semble, d'ailleurs, assez variable. Dans les seuls 4 cas où nous ayons été à même de vérifier les dates, elle a été de 3 jours dans 1 cas, de 6 jours dans un autre, de 7 jours dans un troisième et de 3 semaines dans un quatrième.

Après ces quelques données générales, il nous semble superflu d'entrer ici dans des détails relativement à la symptomatologie des adénites, la question étant aujourd'hui des mieux étudiées. Nous voulons seulement mentionner le cas d'un malade chez lequel une adénite inguinale gauche suppurée (précédée d'un chancre fugace, actuellement cicatrisé), était accompagnée d'une *lymphangite dorsale du pénis*, dessinant dans le tiers supérieur de l'organe un cordon dur de l'épaisseur d'une plume d'oie, qui se perdait à la base du pénis, au milieu d'un nodule gros comme une noisette et fluctuant en son centre (*bubonocèle lymphogranulomateux*). Le diagnostic du cas a été vérifié par la positivité de la réaction de Frey, ainsi que par les propriétés antigéniques du pus du bubon. La réaction de Ito était négative.

II. — L'ALLERGIE CUTANÉE DANS LA MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

Pour la mise en évidence de l'allergie cutanée dans la maladie de Nicolas-Favre, nous nous sommes servis, comparativement, d'une douzaine d'antigènes préparés, suivant la méthode de Frey, avec le pus des bubons extrait par ponction et dilué à 1/5 dans l'eau physiologique.

Ce produit était injecté avec une aiguille très fine dans le derme du bras ou de l'avant-bras, en quantité de 0,1. La lecture des résultats était faite au bout de 48 heures.

Dans les cas positifs, il se développait toujours, à l'endroit piqué, une papule centrale, de la grosseur d'une lentille ou d'un petit pois, entourée d'une zone érythémato-œdémateuse, à infiltration parfois assez profonde, atteignant les dimensions d'une pièce de 50 centimes ou d'un franc et même, parfois, les dépassant. Le degré de la réaction était noté : positif intense, moyen ou faible, suivant l'intensité de la réaction déterminée. Ajoutons qu'avec la dilution employée, nous n'avons jamais observé le développement de bulles ou de nécrose au niveau de la papule centrale.

Dans les cas négatifs on n'observe rien, l'antigène de Frey ne possédant, en dehors de son action hautement spécifique, aucune propriété irritative pour les tissus.

L'intradermoréaction, pratiquée suivant la technique indiquée, nous a donné des résultats constamment positifs, chez tous les 38 malades, présentant des signes cliniques indéniables de lymphogranulomatose, que nous avons étudiés.

Cette réaction s'est montrée, par contre, toujours négative chez 46 personnes saines ou atteintes d'affections diverses, telles que syphilis (18 cas), bubons chancrelleux (11 cas), favus et trychophytie (10 cas), lupus tuberculeux (10 cas), adénite tuberculeuse cervicale (2 cas), érythème exsudatif (1 cas), eczéma séborrhéique (3 cas), gale (3 cas), echtyma (1 cas), sycosis de la barbe (2 cas) et prurigo chronique (1 cas).

A côté de ces faits, mentionnons encore l'épreuve de la réaction de Frey, que nous avons faite sur une série de 60 prostituées, internées à l'hôpital Colentina, pour des affections diverses, telles que

chancres mous, avec ou sans adénites ; syphilis secondaire ; urétrite gonococcique ; bartholinites suppurées; végétations vulvaires, etc. Sur le nombre, 53 ont réagi négativement et 7 positivement. Parmi les personnes ayant réagi positivement, 3 présentaient, dans leurs antécédents plus ou moins éloignés, des adénopathies inguinales, suppurées, indéterminées; 3 étaient atteintes de chancres mous avec bubon suppuré et 1 de chancre mou sans adénopathie ni actuelle, ni dans le passé. Ces quelques réactions, non justifiées, dans le présent, par les faits, pourraient être attribuées à des infections antérieures ignorées, ou bien au saprophytisme possible du germe de la maladie, chez la femme, ainsi que certains auteurs ont la tendance de l'admettre.

Parallèlement à l'antigène de Frey, nous avons été amenés par des considérations d'ordre théorique à éprouver, chez un certain nombre de malades, le pouvoir antigénique de la *sérosité recueillie à la surface de 2 ulcères chroniques génitaux*, dont un vulvaire et l'autre pénien. Après nettoyage de l'ulcère, la sérosité louche qui transsudait abondamment à la surface de ces lésions, était aspirée à la pipette capillaire, stérilisée au bain-marie, 2 jours de suite, à 60°, et injectée dans le derme, suivant la technique commune.

Les résultats obtenus avec ce produit furent, dans tous les cas éprouvés, tout à fait concordants avec ceux déterminés par l'antigène de Frey et se montrèrent tout aussi spécifiques.

Le fait nous semble intéressant à signaler, non seulement pour lui-même, mais aussi parce qu'il apporte une preuve de plus en faveur de la nature lymphogranulomateuse de l'ulcère chronique génital.

Afin de pénétrer plus intimement la nature de l'antigène lymphogranulomateux, nous avons essayé de voir les modifications éventuelles que la filtration pourrait lui imprimer. Dans ce but, le pus extrait par ponction des bubons, après trituration prolongée avec du verre pilé, dans un mortier, était dilué à 1/5 dans l'eau physiologique et filtré à travers une bougie Chamberland L^3. *Des expériences répétées nous ont démontré que le filtrat, ainsi obtenu, était dépourvu de toute propriété antigénique.* Injecté dans le derme des malades lymphogranulomateux, ayant fortement réagi à l'antigène de Frey, le filtrat se montra tout à fait inactif. Les résultats étaient les mêmes, quand le pus était mélangé, avant la filtration avec une partie égale d'alcool ou d'éther.

Ces expériences démontrent que le principe antigénique de la lymphogranulomatose ne passe pas à travers le filtre et, en même temps, qu'il n'est soluble ni dans l'alcool ni dans l'éther. La supposition d'une endotoxine, liée aux parasites, ne saurait être envisagée, Levaditi et Ravaut ayant démontré, par l'inoculation au singe, que le germe de cette maladie est un virus filtrable. On est conduit donc à admettre qu'il s'agit là d'un produit intimement lié à l'albumine des éléments cytologiques du pus.

La date d'apparition de l'allergie cutanée dans la lymphogranulomatose est assez difficile à préciser, étant donné la difficulté qu'on éprouve, en pratique, pour établir le début réel de l'affection. Chez 2 de nos malades, où nous pûmes surprendre la lésion initiale dès le début (obs. 3 et 25), l'intradermoréaction était déjà positive (faiblement) le 10e jour. Dans un autre cas (obs. 33) la réaction, négative le 3e jour, se maintint telle jusqu'au 15e jour, où elle commença à se positiver. Pour le reste des cas, nous ne pouvons tirer aucune conclusion quant au début de l'allergie, l'intradermoréaction ayant été pratiquée à des époques plus avancées de la maladie, à savoir, 22 fois entre le 20e et le 30e jour; 7 fois entre le 30e et le 40e jour; 6 fois entre le 2e et le 4e mois et 1 fois le 9e mois.

La conclusion qu'on peut tirer de ces faits est que l'intradermoréaction, dans la maladie de Nicolas-Favre, peut commencer, parfois, à se positiver d'une façon assez précoce, à savoir après 10 ou 15 jours. L'intensité de la réaction nous a semblé cependant augmenter progressivement avec l'âge de la maladie, pour n'atteindre généralement son maximum qu'à partir de la 4e ou 6e semaine.

Indépendamment du stade de la maladie, un rôle important dans le degré de la réaction semble aussi revenir à la qualité de l'antigène employé. Comme d'autres auteurs, nous avons pu de même remarquer que tous les bubons lymphogranulomateux ne fournissent pas des produits doués de propriétés antigéniques égales, chose dont on peut facilement se convaincre par leur essai simultané chez un même malade. Il est donc utile, en pratique, de se servir, surtout dans les cas récents, de plusieurs antigènes à la fois.

Ainsi que Frey, Hellerström et d'autres l'ont démontré, l'allergie cutanée lymphogranulomateuse, une fois développée, devient, comme celle du chancre mou, une propriété permanente, ou, dans tous les cas, de très longue durée, du tégument. Personnellement,

nous avons obtenu des réactions rétrospectives, fortement positives, 7 ans et 22 ans (le dernier cas concernait un confrère), après la maladie. Cette longue survivance possible de l'état allergique enlève à la réaction de Frey un peu de sa valeur diagnostique « actuelle ».

A cette seule réserve près, on peut dire que la réaction de Frey constitue un moyen de diagnostic biologique des plus sûrs, qui permet de différencier, d'une façon pour ainsi dire infaillible, la maladie de Nicolas-Favre de toutes les autres affections, avec lesquelles on peut si facilement la confondre. Cela représente un grand progrès dans le dépistage clinique de cette affection, dont on ne connaît pas l'agent pathogène et dont, auparavant, le diagnostic n'était guère possible avant que l'adénopathie ne fut arrivée à la phase fistuleuse.

Grâce à l'emploi de cette réaction, Frey, Hellerström et Jersild ont pu, en plus, élargir le cadre primitif de la maladie de Nicolas-Favre, en lui rattachant d'autres manifestations morbides dont la pathogénie était restée si longtemps obscure, tels que l'*ulcère chronique vulvaire*, accompagné ou non d'état éléphantiasique (l'ancien esthiomène) et le soi-disant *syphilome ano-rectal* de Fournier.

Nous avons pu confirmer les vues de ces auteurs, chez les 11 malades, atteints de l'une ou de l'autre de ces manifestations, que nous avons eu l'occasion d'examiner.

Voici, en résumé, l'observation de ces cas :

A. — Ulcères chroniques de la vulve.

Observation I. — Femme de 33 ans. Début de la maladie, il y a *7 ans*, par une petite ulcération de la face interne de la petite lèvre gauche, qui s'est étendue par la suite progressivement, en se cicatrisant par places.

Actuellement, on constate une ulcération, mesurant 4 centimètres sur 3, de contour irrégulier, à bords partiellement décollés, à fond lisse, rouge et luisant, occupant une bonne partie de la petite lèvre jusqu'au capuchon clitoridien. Œdème semi-dur des petites et grandes lèvres, qui sont presque triplées de volume. *Réaction de Frey fortement positive.* Réaction de Ito ainsi que les réactions sérologiques pour la syphilis, négatives.

Observation II. — Femme, 28 ans. Début de la maladie il y a *6 mois*. Actuellement, on constate, sur la face interne de la petite lèvre droite, une ulcération mesurant 3 cm. 1/2 sur 2, à contour irré-

gulier, envoyant, par places, vers les parties saines, de petits prolongements ulcéreux, ayant une forme linéaire sinueuse, à bords légèrement décollés. Aucune tendance à la cicatrisation. *Réaction de Frey fortement positive.* La réaction de Ito, ainsi que la recherche répétée du streptobacille, négative. De même, les réactions sérologiques pour la syphilis.

Observation III. — Femme, 26 ans. Début de la maladie il y a *1 an*, par une petite ulcération diagnostiquée, en ville, comme chancre mou. Actuellement, on constate, sur la face interne de la petite lèvre droite, une ulcération de la grosseur d'une pièce de 5 francs, à contour irrégulier et à bords partiellement décollés, qui se perd vers la portion correspondante de l'entrée du vagin. La petite lèvre droite hypertrophiée, comme un œuf de poule. *Réaction de Frey fortement positive.* La réaction de Ito et la recherche des bacilles de Ducrey, négatives. Les réactions sérologiques, également négatives.

Observation IV. — Femme, 35 ans. Ulcère étendu de l'entrée du vagin, datant de *7 ans*. Tuméfaction semi-dure des grandes lèvres, qui atteignent chacune les dimensions d'un œuf de poule. Guérison de l'ulcère par diathermo-coagulation. *La réaction de Frey, pratiquée une année après, fortement positive.* La réaction de Ito et les réactions sérologiques, négatives.

Observation V. — Femme, 42 ans. Début de la maladie il y a *3 ans*. Actuellement, on constate une vaste ulcération, qui occupe la fourchette, ainsi que les parties latérales attenantes, le tout s'étendant à l'intérieur du vagin sur une profondeur de 4 centimètres. Le fond de l'ulcération est lisse ou légèrement granuleux et sécrète, après nettoyage, un liquide séreux très abondant (1) ; ses bords, décollés par endroits, présentent quelques prolongements méniscoïdes. Immédiatement en dehors de l'ulcération décrite, il existe encore sur la face interne des petites lèvres, deux ulcérations superficielles, de la grosseur d'une lentille, à fond cupuliforme, lisse et rosé, qui représentent, selon toute apparence, des lésions jeunes d'auto-inoculation. Dans les aines un nombre de 4 à 5 ganglions isolés, non douloureux, durs, de la grosseur d'une amande. *Réaction de Frey fortement positive.* La réaction de Ito et la recherche du bacille de Ducrey, négatives. Les réactions sérologiques, négatives.

B. — Œdème éléphantiasique des organes génitaux externes sans ulcère.

Observation VI. — Femme, 35 ans. Depuis 8 ans, la vulve commença à se tuméfier, sans aucune ulcération préalable des organes

(1) C'est avec la sécrétion de cet ulcère que nous avons obtenu des réactions spécifiquement positives chez les lymphogranulomateux.

génitaux, suivant ses dires. Actuellement les petites lèvres atteignent les dimensions d'un œuf de poule, sont dures au toucher et recouvertes d'un tégument de couleur normale, mais légèrement granuleux. On ne constate aucune ulcération vaginale, Dans les deux aines, on sent quelques ganglions, gros comme des noisettes, isolés, durs, non douloureux. *La réaction de Frey fortement positive.* La réaction de Ito et les réactions sérologiques négatives.

Observation VII. — Femme, 32 ans. Il y a une année, adénite inguinale double suppurée, ouverte spontanément par des orifices multiples, ayant duré 4 mois. Nie l'existence de toute ulcération vaginale. Peu de temps après, les petites lèvres, ainsi que le capuchon clitoridien commencèrent à se tuméfier, pour atteindre, petit à petit, les dimensions actuelles, qui sont celles d'un quart d'orange. *Réaction de Frey fortement positive.* Réaction de Ito et les réactions sérologiques, négatives.

Observation VIII. — Femme, 28 ans. Œdème éléphantiasique des petites lèvres, qui atteignent les dimensions de la moitié d'un œuf de poule, développé depuis 6 mois, sans ulcération génitale, suivant ses dires. Dans l'aine gauche, on sent un ganglion dur, indolore, gros comme une petite noisette. *Réaction de Frey fortement positive.* Réaction de Ito et réactions sérologiques, négatives.

Observation IX. — Homme, 42 ans. Il y a 13 ans, ulcération passagère sous-préputiale, suivie d'adénite suppurée double, qui a nécessité l'extirpation des ganglions. Quelques mois plus tard, tuméfaction du pénis et du scrotum. Actuellement, le fourreau du pénis et le prépuce sont le siège d'un œdème semi-dur, non inflammatoire, qui double le volume de l'organe et lui donne l'aspect d'un battant de cloche. Le scrotum est également tuméfié, presque triplé de volume, recouvert d'une peau granuleuse, avec exagération du raphé. *Réaction de Frey fortement positive.* Réaction de Ito et les réactions sérologiques, négatives.

C. — Sclérose éléphantiasique ano-rectale.

Observation X. — Homme, 39 ans. La région péri-anale est le siège d'une tuméfaction dure, éléphantiasique, mamelonnée, axec exagération des bourrelets péri-anaux. Le toucher rectal montre une infiltration dure, irrégulière de la paroi rectale sur une hauteur de 7 centimètres, qui rétrécit considérablement le calibre de l'organe et gêne la défécation. La maladie, qui date de 16 ans, aurait commencé à la suite d'une opération d'hémorroïdes (?). Quelques semaines après il s'est développé une adénite inguinale droite, qui a suppuré et a été ouverte chirurgicalement. *Réaction de Frey, fortement positive.* Réaction de Ito et réactions sérologiques, négatives.

Observation XI. — Femme, 42 ans. Depuis 7 ans, sclérose éléphantiasique ano-rectale, avec stricture tellement prononcée de l'organe,

qu'elle nécessita, il y a 3 ans, un anus contre nature. Aucune réaction ganglionnaire dans les aines. *Réaction de Frey fortement positive.* Réactions de Ito et sérologiques, négatives.

La positivité constante de la réaction de Frey dans les cas d'ulcère chronique vulvaire, avec ou sans éléphantiasis, ainsi que dans la sclérose éléphantiasique du rectum, nous semble constituer un argument assez important pour justifier le rattachement de ces manifestations à la lymphogranulomatose. Il s'agit là, à n'en pas douter, d'une seule et même maladie revêtant, suivant des circonstances qu'il reste à préciser, des aspects cliniques différents. En ce qui concerne l'ulcère chronique vulvaire, nous croyons avoir apporté une preuve de plus en faveur de sa nature lymphogranulomateuse, en démontrant que la sécrétion récoltée à la surface de l'ulcère et injectée dans le derme des malades lymphogranulomateux, donne des réactions tout aussi constantes et caractéristiques, que l'antigène préparé avec le pus des bubons. Son identité avec le chancre lymphogranulomateux trouve, d'ailleurs, aussi une corroboration dans les faits cliniques, les lésions jeunes, d'autoinoculation, qu'on observe parfois autour de l'ulcère chronique reproduisant, point pour point, les caractères habituels de la lésion initiale de cette maladie (voir notre observ. V).

Il est sans doute étonnant de constater qu'une lésion, d'habitude aussi minime et éphémère, telle que le chancre lymphogranulomateux, puisse prendre, dans certaines circonstances, un tel développement et une allure aussi chronique. Le fait tient sans doute à des conditions locales individuelles, qu'il est impossible, pour le moment, de préciser.

Essais de fixation du complément. — Chez un nombre important de nos malades, parmi lesquels se trouvaient des cas ayant manifesté une forte réaction de Frey et chez lesquels la maladie évoluait depuis un temps suffisamment long, nous avons essayé de pratiquer la réaction de fixation du complément.

Nous nous sommes servis, dans ce but, de plusieurs antigènes (pus de bubons lymphogranulomateux), employés en dilutions variables de 1/10 à 1/40 et à la quantité de 0,1 cm^3 pour 0,1 cm^3 de sérum.

Les résultats ont été, dans tous les cas, *invariablement négatifs.* Ajoutons que certains antigènes étaient inutilisables, à cause de leu

propriété auto-fixatoire. Nos recherches concordant en partie avec celles des auteurs qui se sont occupés antérieurement de la question, tels que Frey, Musger, Kitschewatz, Schmidt-La Baume, etc., semblent montrer que, dans la lymphogranulomateuse, les phénomènes de sensibilisation intéressent uniquement le tégument, sans influencer dans un sens spécifique le milieu intérieur.

III. — INOCULATIONS EXPÉRIMENTALES

Cobaye. — Le pus extrait par ponction des bubons lymphogranulomateux de 2 malades a été injecté, à la quantité de 1 cm^3, chez 6 cobayes : sous la peau, dans le testicule et dans le péritoine.

L'inoculation intra-péritonéale ne donna rien d'appréciable. Les autres animaux présentèrent, au point d'inoculation, un nodule de la grandeur d'un grain de maïs, qui s'est résorbé en 5 jours. Aucun retentissement ganglionnaire. Tous les animaux inoculés, éprouvés à plusieurs reprises par la réaction de Frey, ont donné des résultats négatifs.

Lapin. — Une série de plusieurs lapins ont été inoculés, soit avec le pus des bubons, soit avec la sécrétion des chancres lymphogranulomateux : sur la cornée par scarification, dans l'épaisseur de la cornée, dans la chambre antérieure de l'œil, dans le derme de l'oreille, dans le tissu sous-cutané, sous le prépuce et dans le scrotum.

Sauf une légère réaction locale, d'ailleurs passagère, aucun des animaux n'a rien présenté d'anormal.

Devant ces échecs et guidés par les résultats positifs obtenus par Hellerström, Levaditi et Ravaut, chez le singe, par inoculation intracérébrale, nous avons été conduits à utiliser cette voie de transmission chez le lapin.

Deux lapins, inoculés le 25 mars 1931, dans la région frontale gauche du cerveau avec 0,3 cm^3 de pus de bubon, dilué à 1/5, présentèrent, au bout de 5 jours, une contracture généralisée des membres, rendant la marche impossible, des secousses cloniques et une tendance de rotation à droite. L'un des animaux est sacrifié le 3 avril et l'autre le 25 avril, ce dernier s'étant complètement remis entre temps. A l'autopsie, on constate, chez le premier seulement,

une congestion du cerveau et, microscopiquement, des foyers modérés d'infiltrations péri-vasculaires.

Deux autres lapins inoculés avec l'émulsion du cerveau des animaux précédents, ne présentèrent rien. Tous les lapins en expérience, éprouvés à l'oreille par l'antigène de Frey, ne donnèrent aucune réaction. Ceci nous oblige à faire des réserves quant à la spécificité des résultats obtenus, cela d'autant plus que l'émulsion cérébrale des lapins de la première série injectée, après tyndalisation, intradermiquement, chez 3 malades, qui réagissaient fortement à l'antigène de Frey, s'est montrée tout à fait inactive.

Homme. — Six malades dont 3 atteints de lymphogranulomatose et 3 de chancres mous sont injectés, le 8 mai 1931, dans le derme avec 0,2 cm^3 de pus, extrait par ponction d'un bubon lymphogranulomateux, provenant d'un malade dont les réactions sérologiques étaient négatives.

Tous les malades lymphogranulomateux présentèrent, 2 jours plus tard, à l'endroit inoculé, une petite papule entourée d'une zone érythémato-œdémateuse, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, et même plus grande (réaction allergique). Chez 2 d'entre eux, les lésions s'atténuèrent rapidement et disparurent au bout de 4 à 5 jours. Chez le troisième, il se développa au centre de la lésion, une ulcération cupuliforme, grosse comme un grain de mil, couverte d'un léger dépôt grisâtre, qui persista une dizaine de jours. Aucun des malades chancrelleux ne présenta rien.

Deux autres malades, dont un atteint de gommes tuberculeuses et l'autre de chancres mous en voie de guérison, inoculés par sacrification dans le sillon balanopréputial, avec la sécrétion d'un chancre lymphogranulomateux, suivis pendant une vingtaine de jours, ne présentèrent également rien.

Ces résultats négatifs, dans une maladie dont le caractère contagieux ne fait pas de doute, sont surprenants. Sommes-nous tombés sur des produits ayant perdu leur virulence ou bien s'agit-il ici d'une maladie à réceptivité conditionnée ?

UN CAS D'HYPERKÉRATOSE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES

Par J. A. Pires de LIMA,
Institut d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Porto (Portugal)
(Subventionné par la « Junta de Educaçao Nacional »).

M. le docteur Nicolau Gonçalves, chirurgien à l'Hôpital Saint-Marc, à Braga, a bien voulu m'envoyer l'observation sommaire d'un cas très curieux d'hyperkératose symétrique héréditaire des extrémités inférieures.

Joaquim F..., âgé de 22 ans, né à Braga, possédait à ses talons des productions kératiques extrêmement développées.

Elles avaient la forme d'un cône tronqué de 18 centimètres de hauteur et de 30 centimètres de circonférence maxima.

Elles étaient brunes, à surface très irrégulière et avaient l'aspect d'un talon de botte de style Louis XV (fig. 1).

Cette kératodermie était héréditaire, le père et le grand-père de ce sujet ayant des productions kératiques pareilles et placées aux mêmes régions.

Son père taille périodiquement ses talons et ce sujet suivait son exemple; mais depuis quatre ans il abandonna cette pratique, car cela finissait par produire des hémorragies.

La kératodermie se voit aussi à la partie antérieure des régions plantaires et un peu sur les fesses.

Joaquim P... marchait avec une grande difficulté, car il appuyait sur le sol seulement la face plantaire des orteils. Il marchait très courbé, ayant une cyphose lombaire.

On lui remarquait aussi une certaine hypotonie musculaire.

La kératodermie provoquait des douleurs insupportables aux talons et cet individu ne pouvait pas se coucher; il maintenait toujours ses jambes pendantes. Le système veineux superficiel des

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. No 4. AVRIL 1932.

pieds était très accusé et on remarquait de l'œdème des extrémités inférieures.

M. le docteur Gonçalves a réséqué les productions kératiques, en constatant que la peau des régions plantaires était richement irriguée.

L'opération, qui a produit une grande hémorragie, a été faite sans difficulté.

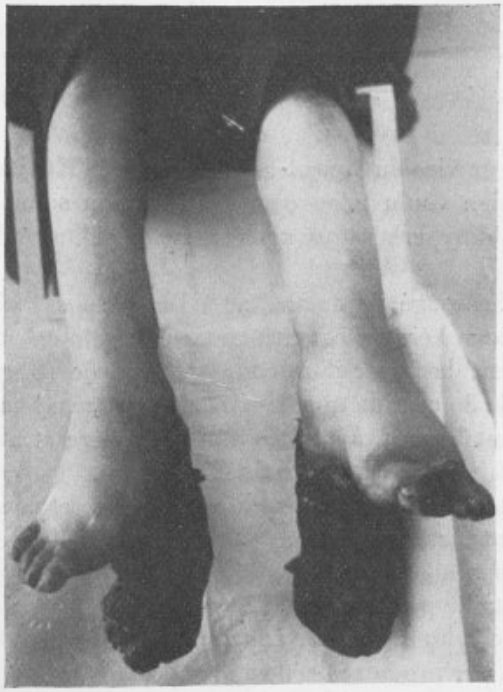


Fig. 1.

Après l'intervention, le malade a subi un traitement anti-syphilitique et on lui a fait des applications radiothérapiques locales.

La cicatrisation s'est faite régulièrement, les douleurs qui tourmentaient le malade ont disparu après l'opération.

Avant sa sortie de l'hôpital il marchait déjà, mais avec une certaine difficulté, à cause de l'hypersensibilité des régions plantaires,

non habituées au frottement sur le sol, en raison aussi de la rigidité des muscles des membres inférieurs et des difformités articulaires provoquées par une position vicieuse de longue durée.

Les figures 2 et 3 montrent l'aspect du squelette des pieds et de leurs productions kératiques, en reproduisant deux radiographies.

Brocq (1), Gougerot (2), Darier (3) et d'autres auteurs s'occupent largement des kératodermies palmo-plantaires, dont l'étiologie est très variée.

Le sujet que je présente est peut-être un hérédo-syphilitique, son



Fig. 2



Fig. 3.

liquide céphalo-rachidien ayant donné une réaction de Wassermann légèrement positive.

A la figure 1 on voit que le gros orteil gauche est atteint d'onychogryphose ; l'association de l'hypertrophie des ongles à l'hyperkératose n'est pas rare. J'ai étudié un cas remarquable d'onycho-

(1) Brocq. *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, Paris, 1907.
(2) Gougerot. *La dermatologie en clientèle*, Paris, 1927.
(3) Darier. *Précis de dermatologie*, Paris, 1923.

gryphose sur tous les ongles des deux pieds, dont les talons étaient très calleux (1).

Ce cas doit être bien extraordinaire, Gaté et Giraud (2) ont publié, en 1930, une observation où les régions plantaires étaient doublées d'une couche cornée *extrêmement épaisse*, arrivant ainsi à gêner la marche. La couche cornée avait seulement un demi-centimètre d'épaisseur et les auteurs ont dit que la kératodermie était « d'une intensité vraiment surprenante ».

Comme nous l'avons vu, les talons de mon cas avaient l'épaisseur de *dix-huit centimètres*.

La kératodermie plantaire symétrique est souvent familiale, comme dans mon cas. Delnay et Mlle Sainton (3) ont étudié une femme âgée de 26 ans, ayant dans sa famille 13 personnes affectées de la même dermatose.

(1) J. A. Pires de Lima. Onychogryphose (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, avril 1923).

(2) Gaté et Giraud. Kératodermie intense des régions plantaires (*Bull. de la Société française de dermatologie*, séance du 20 février 1930).

(3) Delnay et Mlle Sainton. Un cas de kératodermie palmaire et plantaire symétrique congénitale et héréditaire (*Bull.et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 14 février 1930).

UN CAS DE PARAPSORIASIS VARIOLIFORME

Par Mmes M. GOLDENBERG et D. BYCHOWSKY
(Institut Vénéréologique de Kieff. Directeur : Docteur J. Rawinsky.
Chef de service : Professeur A. Tischnenko).

Depuis 1916 on a commencé à noter des cas d'une forme atypique de parapsoriasis se différenciant, par son tableau morphologique et son évolution clinique, des trois aspects habituels, distingués par Brocq. L'éruption correspondant aux trois formes du parapsoriasis y est accompagnée d'éléments légèrement prurigineux, violemment inflammatoires, cerclés de rouge, de papules surmontées de vésicules et de pustules nécrosées au centre, surmontées d'une croûte laissant après elle une cicatrice varioliforme. L'évolution, habituellement chronique, est aiguë dans cette forme atypique et s'étend sur une période durant de quelques semaines à à 3 ou 4 mois.

Cette forme particulière du parapsoriasis a nécessité une extension de la nomenclature donnée par Brocq.

Rusch a proposé de la nommer *Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta*. Oppenheim, *Pityriasis lichenoides* débutant par un stade varioliforme, et enfin Habermann a proposé une dénomination, la plus heureuse selon nous, reflétant mieux les particularités de ce tableau clinique, à savoir celle de *Parapsoriasis varioliforme*.

Les auteurs viennois sont les premiers qui aient décrit cette forme de parapsoriasis, présentant à côté des éléments habituels des lésions plus profondes de la peau. Ainsi Mucha, Rusch, Oppenheim, Otto Sachs, Almquist ont montré à la Société Dermatologique de Vienne et Habermann à Bonn une série de malades, qui présentaient un tableau clinique semblable. Tous ces cas offraient une éruption de caractère polymorphe, présentant à côté d'éléments parapsoriasiques typiques des éléments pustuleux et nécrotiques,

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 4. AVRIL 1932.

entourés d'un anneau inflammatoire, quelques-uns surmontés au centre d'une croûte d'un brun noirâtre qui une fois tombée laisse après elle une cicatrice varioliforme. On peut rapporter à la même série les cas cités par Goldschlag et Blatt, Gray, Silbermann et Rossiansky et aussi par Lesczinzkys Krüger; Covisa et Bejarano décrivent une forme analogue, mais avec des vésicules en plus.

Paul Lefèvre et Sézary ont montré à la Société Dermatologique de Paris un cas cliniquement semblable aux susmentionnés, mais s'en distinguant par son caractère récidivant. Si nous y joignons encore quelques cas connus de la même forme de parapsoriasis, ce sera tout ce que nous aurons pu trouver sur ce sujet dans la littérature dont nous disposons.

Nous sommes donc en présence d'une forme relativement rare, dont le diagnostic clinique est souvent fort embarrassant. C'est pourquoi nous nous permettons de faire part de notre cas.

Mme W..., âgée de 35 ans, ménagère, a été envoyée le 14 octobre 1930 à l'Institut Vénéréologique de Kieff pour consultation avec le diagnostic provisoire : syphilides papulo-pustuleuses ou tuberculides papulo-nécrotiques.

Les parents, les frères et sœurs de la malade, aux dires de celle-ci, se portent bien.

Règles de type régulier apparues à l'âge de 14 ans. Dans l'enfance la malade a eu la diphtérie, à l'âge de 18 ans le typhus abdominal et le typhus récidivant, en 1923 une pleurésie. Celle-ci ayant abouti à un crachement de sang, la malade a été traitée dans un dispensaire antituberculeux. Mariée à l'âge de 16 ans.

9 grossesses, 2 avortements artificiels, 7 couches. Un des enfants est mort à l'âge de 3 mois d'une pneumonie. Le plus jeune, âgé de 2 ans, est atteint d'adénite cervicale tuberculeuse. Les 5 autres enfants se portent bien.

La malade est de taille moyenne. Système osseux : normal. Musculature faible. Couche cellulaire sous-cutanée suffisamment développée, muqueuses pâles, glandes lymphatiques non augmentées, cœur normal. Le système nerveux ne présente rien de particulier. La réaction de Bordet-Wassermann répétée : négative. Quant à la biopsie, la malade, à notre regret, a refusé catégoriquement de s'y soumettre. En 1925, faite au dispensaire, la réaction de Pirquet était positive : la tuberculine notamment a donné en solution à 100 o/o (++), à 30 o/o (+), à 10 o/o (+). Point d'altérations objectives en ce qui concerne les poumons.

En 1929, c'est-à-dire il y a un an, on diagnostique déjà chez notre malade une tuberculose stabilisée du sommet droit : expiration pro-

longée, inspiration rude au-dessus de la clavicule droite, respiration rude au-dessus du hile. La réaction de Pirquet avec les mêmes solutions de tuberculine est de nouveau positive.

L'affection actuelle se présente sous la forme d'une éruption cutanée assez abondante, consistant en efflorescences disséminées sur tout le tronc et les extrémités. Le visage, le cuir chevelu et les muqueuses sont exempts d'éruption. Les éléments dont la grosseur varie de celle d'une lentille à celle d'un pois et la couleur, du rose sombre au brun clair, nettement infiltrés, sont disposés plus ou moins symétriquement sur le tronc et les extrémités. L'éruption, de caractère varié, consiste en une quantité insignifiante de papules urticariennes, sans limites nettes, d'un rouge rosâtre, en papules entourées d'un cercle inflammatoire, en papulo-pustules, en papules nécrotiques et hémorragiques dont quelques-unes sont surmontées d'une croûte noirâtre adhérente. Par endroits, les éléments ont fait place à des taches teintes d'un jaune rosâtre à la périphérie, atrophiées et dépigmentées au centre. A côté de cela le cou, le dos et par endroits les extrémités supérieures, portent des éléments typiques de la forme ordinaire du parapsoriasis, le parapsoriasis en gouttes, couleur rose ou café au lait, recouvertes de squames se laissant détacher sous l'aspect d'un pain à cacheter.

En examinant la malade deux mois après le début de l'affection, nous avons constaté que l'éruption papulo-pustuleuse se trouvait toute entière à un stade régressif. Les éléments avaient fait place à des taches soit simplement pigmentées, soit munies de cicatrices atrophiques au centre et à des éléments pustuleux au stade régressif. Enfin, nous avons constaté au ventre et derrière l'oreille gauche quelques papules disséminées, de la grosseur d'un pois, de couleur rose, correspondant tout à fait à l'éruption observée ordinairement dans les cas de parapsoriasis en gouttes.

Lors du premier examen de la malade, le tableau rappela, il est vrai, la syphilis papulo-tuberculeuse ou les tuberculides papulo-nécrotiques. Cependant, l'absence d'autres manifestations syphilitiques, la réaction négative de Bordet-Wassermann répétée, de même que l'anamnèse et surtout la présence d'éléments papuleux typiques de parapsoriasis peu nombreux, il est vrai, on peut écarter dans ce cas le diagnostic de syphilis.

Prenant en considération le tableau morphologique susdit ainsi que la localisation de l'éruption, l'absence de prédominance sur les faces d'extension, on a pu écarter également les tuberculides. La température normale et l'évolution de la maladie éliminaient la varioloïde et la varicelle.

Le tableau clinique de notre cas et son évolution correspondent entièrement à la forme atypique du parapsoriasis, dite parapsoriasis varioliforme.

Quant à l'étiologie du parapsoriasis, elle reste jusqu'à présent obscure. Parmi les auteurs les uns en cherchent la cause dans une intoxication chronique, d'autres dans les troubles des échanges, quelques-uns la rattachent à l'altération des fonctions des glandes à sécrétion interne. Darier, Jadassohn, Brocq, Milian, Civatte la rattachent à la tuberculose. La littérature russe des dernières années cite deux cas de parapsoriasis avec étiologie tuberculeuse possible (Mmes Gavriloff et Besprosvannaja).

En ce qui concerne notre malade nous observons chez elle un envahissement progressif de l'organisme par les toxines tuberculeuses. Ainsi, nous avons en 1925 une réaction de Pirquet positive sans altérations objectives. En 1929 tuberculose stabilisée du sommet droit plus réaction de Pirquet positive. Au printemps 1930 mêmes phénomènes quant aux poumons, réaction de Pirquet positive plus éruption cutanée. Prenant en considération la façon dont certains auteurs susnommés envisagent l'étiologie tuberculeuse du parapsoriasis et l'anamnèse caractéristique de notre malade, nous ne pouvons nous empêcher de nous demander si l'infection tuberculeuse ne forme point un moment étiologique de la genèse de la dermatose en question.

En conclusion, ce qui fait l'intérêt de notre cas, c'est d'abord la forme atypique relativement rare du parapsoriasis, ensuite un rapport étiologique possible entre cette dermatose et la tuberculose qui est nettement accusée chez notre malade.

BIBLIOGRAPHIE

1. Almquist. — *Dermat. Zeitschrift*, 1926, Band XLYI, Heft 3-4, p. 157.
2. Sachs — *Ibid.*, Band XLYIII, Heft 1-2, p. 53.
3. Habermann. — *Ibid.*, 1925, Band XLY, Heft 1-2, p. 42.
4. Ehrmann. — *Ibid.*, 1925, 13 XLY, Heft. 1-2, p. 5.
5. Brocq. — *Annal. de Dermat. et Syphil.*, 1902, p. 433.
6. Covisa et Bejarano. — *Acta Dermat. et Syphil.*, 1923, p. 3.
7. Gray. — *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, v. XXII, n° 1, décembre 1928, p. 92; référ. *Annal. de Dermat. et Syphil.*, avril 1929
8. Goldschlag et Blatt. — *Przeglad Dermat.*, t. XXII, 1927, n° 4, p. 488 ; réf. *Annal. de Dermat. et Syphil.*, 1928, n° 4, p. 324,
9. Sézary et Paul Lefèvre. — *Bulletin de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil.*, avril 1929, p. 386.
10. *Handbuch der Haut und Geschlechtkrank*, Jadassohn, 1928, v. YII-1, p. 311.
11. Lesczinsky. — *Zentralblatt*, 1927.
12. Rossiansky et Silbermann. — *Venerol. et Dermat.*, avril 1927, p. 328.
13. Mme Besprovannaja. — *Ibid.*, p. 340.
14. Mme Gavriloff. — *Russky Wesnik Derm.*, avril 1926, p. 340.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en décembre 1931.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Le rein dans le traitement de la syphilis, par P. Blum. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 12, décembre 1931, p. 881.

La question de l'état du rein doit être au premier plan des préoccupations du médecin qui traite un syphilitique. B. étudie la nocivité respective des médicaments antisyphilitiques pour le rein, et la conduite à tenir suivant que le rein est sain, qu'il est suspect ou qu'il est malade. Il montre comment on doit établir le bilan du rein, et comme l'a dit Louste, le traitement doit être adapté à chaque cas particulier. Il faudra associer au traitement médical, le régime, les cures thermales.

H. Rabeau.

Hémiplégie syphilitique, avec réactions humorales négatives, simulant la sclérose en plaques, guérie par le traitement antisyphilitique, par E. Orphanidès (de Stamboul). *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 12, décembre 1931, p. 920.

A propos d'une observation de malade hémiplégique, dont les réactions humorales furent à plusieurs reprises négatives, l'auteur met en garde contre la tentation que l'on aurait d'écarter la syphilis sur la négativité des signes humoraux. Il faut se fier surtout à la clinique, et faire un traitement d'épreuve suffisamment énergique et prolongé. O. se demande si certaines scléroses considérées comme des maladies à part ne seraient pas dues à la syphilis héréditaire à début très reculé. L'échec du traitement spécifique, dit-il, ne peut écarter le diagnostic de la syphilis.

H. Rabeau.

Chancre syphilitique du col de l'utérus au quatrième mois de la grossesse. Père syphilitique primo-secondaire au moment de la conception, par R. Hissard. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 12, décembre 1931, p. 925.

Homme ayant eu un chancre peu de temps avant son mariage ; ce chancre est cicatrisé à ce moment. Il se présente à nous porteur de syphilides secondaires florides. Sa femme, au quatrième mois de la gestation, a un chancre syphilitique du col.

H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Arsenic et épithélioses, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 7e année, n° 12, décembre 1931, pp. 580-583.

L'auteur rappelle l'intensité et l'irrégularité de la prolifération épithéliale dans l'érythrodermie arsenicale révélées par l'examen histologique. En clinique, il a vu se produire une poussée extrêmement intense de *milium colloïd* à la convalescence d'une érythrodermie arsenicale ; chez une autre malade, dans les mêmes conditions, un nævus se mit à augmenter de façon inquiétante, ce qui motiva son exérèse chirurgicale et sept ans plus tard, la même malade fit un épithélioma du visage à évolution très rapide. Une autre femme fit un cancer du sein à la convalescence d'une érythrodermie.

Enfin le *molluscum contagiosum* peut se généraliser à tous les téguments à la suite du traitement novarsenical.

A. Bocage.

Syphilis congénitale des maxillaires, par M. Dechaume. *Revue Française de Dermatologie et de vénéréologie,* 7e année, n° 12, décembre 1931, pp. 584-604.

D'une dizaine d'observations qu'il rapporte en détails, l'auteur tire les conclusions suivantes qui ne concernent que les lésions de nature vraiment tréponémique. La syphilis des maxillaires se rencontre de quatre ans à l'âge adulte. Les types anatomo-cliniques sont : l'hyperostose, la gomme surtout au maxillaire supérieur, de diagnostic facile surtout avec la radiographie ; l'ostéo-périostite, localisée ou diffuse, d'un diagnostic fort difficile en raison de l'association fréquente d'infections banales surajoutées.

Les accidents dentaires chez les hérédo-syphilitiques évoluent souvent vers la nécrose.

Le traitement d'épreuve reste le meilleur critérium, bien supérieur à la biopsie pour le diagnostic.

A. Bocage.

Syphilides papulo-tuberculeuses multiples. Syphilide à type de nævus capillaire, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 7e année, n° 12, décembre 1931, pp. 607-609.

Chez un Marocain, porteur de syphilides banales, on trouve des lésions érythémateuses formées de fines varicosités capillaires, « *fait de passage typique entre la syphilide classique et la néoformation capillaire naviforme, le nævus capillaire* » dit l'auteur, qui insiste sur l'intérêt de cette notion étiologique en vue du traitement des nævi.

A. Bocage.

Archives de l'Institut Prophylactique (Paris).

Apercu de la lutte entreprise contre la syphilis à Madagascar, par R. Trautmann. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. XIV, n° 4, 4e trimestre 1931, p. 511.

T. montre les résultats déjà observés à Madagascar depuis 1928, résultats importants puisque plus de 20.000 sérums ont été examinés. Les traitements appliqués peuvent être ainsi judicieusement contrôlés. Cette vaste organisation rayonnera dans toute l'île où déjà existent cinq grands centres importants, d'autres sont en voie de formation. Cet organisme se transformera en un Institut de Prophylaxie générale : contre le paludisme, la tuberculose, la lèpre, la peste, les maladies vénériennes.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Agranulocytose bismuthique, par A. Sézary et S. Boucher. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 47 année, 3e série, n° 33, 7 décembre 1931, p. 1795.

Cette observation montre que, dans certaines conditions de prédisposition, l'usage très prolongé de suppositoires bismuthiques peut être suivi d'accidents toxiques. Un malade non syphilitique souffrant d'entérocolite rebelle pour laquelle il a fait plusieurs cures à Châtel-Guyon, est opéré d'appendicite en 1928 ; au cours de l'intervention, on aurait constaté une mésentérite rétractile avec granulations ayant fait craindre la tuberculose. Opéré aussi d'hémorroïdes et traité sans succès par la diathermie, il les soigne à l'aide de suppositoires bismuthiques qu'il applique 20 jours par mois. Ces suppositoires contiennent 5 cg. 5 de bismuth-métal. Depuis 3 ans, il utilise ces suppositoires. Le 14 avril, il consulte pour une stomatite ulcéreuse ayant les caractères d'une stomatite bismuthique. Celle-ci guérit par traitement local, mais le malade pâlit, s'affaiblit, la température s'élève et le 2 mai, un examen de sang montre une formule d'agranulocytose grave avec anémie aplastique d'intensité moyenne. Malgré le traitement institué et deux transfusions de sang, le malade succombe le 14 mai.

H. Rabeau.

Urticaire par le froid, traitement par l'accoutumance, par Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 47e année 3e série, n° 35, 21 décembre 1931, p. 1907.

Chez certains sujets, le refroidissement provoque l'apparition d'urticaire et en même temps une crise sanguine, mais cette crise semble s'effectuer le plus souvent sous l'influence du froid en même temps que la crise ortiée, sans être le facteur déterminant de celle-ci. Les auteurs rapportent une nouvelle observation de ce type d'urticaire. Les traitements médicamenteux ayant échoué, ils ont conseillé au malade d'im-

merger trois fois par jour ses mains pendant un quart d'heure dans l'eau froide. Au bout d'un mois, l'urticaire avait diminué beaucoup, au bout de deux mois, elle n'apparaissait plus.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

La tuberculino-réaction chez l'homme et chez l'animal au moyen de timbres-tests tuberculiniques, par P. Kfouri. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 17, séance du 11 décembre 1931.

Par ce procédé, on réalise l'imprégnation locale suffisante et efficace du derme par la tuberculine au moyen de l'application, suffisamment prolongée, sur la peau du malade d'un timbre-test tuberculinique individuel. Ce timbre est un tout petit carré de papier buvard convenablement imbibé de vieille tuberculine de Koch non diluée, stérilisée et conservée aseptiquement à l'abri de l'air et de la lumière dans de petits tubes de verre. Ce test est appliqué sur la peau du bras, soit après scarification « cuti-réaction », soit après grattage très superficiel sur quelques millimètres « dermo-réaction », soit après simple dégraissage de la peau à l'alcool « épidermo-réaction ». Il est maintenu par une petite bandelette gommée, au besoin par un pansement. Ce procédé permet de rechercher aisément l'allergie tuberculeuse, en se mettant à l'abri des causes d'erreurs par contamination extérieure. Les réactions sont franches et nettes, d'interprétation aisée. Il est applicable à l'animal : chez les grands animaux après rasage soigneux de la peau « dermo-réaction » ; chez les petits animaux, après grattages superficiels de la face interne du pavillon de l'oreille. H. Rabeau.

Lymphangiome diffus congénital de la langue. Essai de traitement par le radium, par A. Tardieu et M. Dechaume. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 18, séance du 26 décembre 1931.

Malade de 18 ans, atteint de macroglossie, avec poussées douloureuses depuis l'enfance. La langue est surtout hypertrophiée du côté droit, le maxillaire est élargi, supportant des dents inégalement plantées et écartées. Le massif facial est déformé, l'occlusion de la bouche impossible.

Un traitement radiumthérapique (application de 6 tubes pendant 45 heures) fut suivi d'une grosse réaction locale temporaire et ultérieurement d'une amélioration fonctionnelle considérable.

H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Sur l'intertrigo blastomycétique, par P. Negroni. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVIII, n° 30, 24 octobre 1931, pp. 495-496.

Un procédé de culture convenable a permis à l'auteur de constater que le *Cryptococcus* qu'il avait antérieurement isolé de certains inter-

trigos humides, de périonyxis et de mycoses unguéales, identique à *Cryptococcus interdigitalis* de Pollacci et Nannizzi est une *Monilia*. Le nom correct de la maladie est donc intertrigo blastomycétique.

A. Bocage.

Le rôle de la maladie de Nicolas et Favre dans l'étiologie du rétrécissement inflammatoire du rectum. Etude de 21 cas par l'intradermo-réaction de Frei, par R. Bensaude et A. Lambling. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVIII, n° 37, 18 décembre 1931, pp. 1050-1053.

Sur 21 cas, 19 réactions positives, 2 seulement négatives dans des rétrécissements inflammatoires simples ; les rétrécissements accompagnés d'œdèmes des grandes lèvres ou d'adénopathie suppurée ou des deux simultanément ont tous donné des réactions positives. Deux cas seulement de réaction positive au Dmelcos, dont une en même temps qu'à l'antigène de Frei.

Une telle proportion de résultats positifs sur l'ensemble des malades qui vient consulter pour rétrécissement rectal remet en question l'étiologie jusque-là si obscure de la plupart des cas de cette affection.

A. Bocage.

Sur la présence du bacille de Hansen dans des lésions d'érythème polymorphe, chez un lépreux, par Rabello fils et H. Portugal. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVIII, n° 37, 18 décembre 1931, pp. 1088-1089.

La recherche systématique dans tous les cas d'érythème polymorphe qu'ils rencontrèrent permit aux auteurs de mettre en évidence le bacille de Hansen dans un élément érythémato-papuleux d'érythème polymorphe typique chez un lépreux.

A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

Traitement des angiomes par la curiethérapie, par R. Coliez. *Journal de Médecine de Paris*, 51e année, n° 50, 10 décembre 1931, p. 1075.

Il faut les traiter le plus tôt possible, dit C., avant qu'ils n'aient atteint un grand développement, car ils sont beaucoup plus faciles à guérir sans cicatrice à leur début, non seulement en raison de leur moindre étendue, mais aussi en raison de leur plus grande sensibilité aux rayons du radium. On peut distinguer trois variétés : angiomes plans, tubéreux, caverneux. 1° Angiomes plans : la lésion étant superficielle, il est inutile d'employer le rayonnement fortement filtré ; on se servira d'appareils plats émaillés capables de donner la totalité des rayons β et γ émis par le radium. On filtrera par prudence sur 1 à 3 dixièmes de millimètre de plomb, ce qui permettra de prolonger la durée des applications qui seront répétées chaque 2 ou 3 semaines suivant la réaction. L'écueil est de vouloir faire « trop bien », il faut savoir s'arrêter à temps. 2° Angiomes tubéreux : on appliquera un petit appareil moulé en cire, à distance focale assez faible porteur de tubes de radium filtrés à 0,6 ou 1 millimètre de platine. La distance interfocale, ainsi que le nombre des tubes

nécessaires seront évalués à l'avance suivant la forme et les dimensions de la tumeur. 3° Angiomes tubéreux : on utilise des appareils moulés à distance focale plus élevée que précédemment (2, 3, 4 centimètres suivant la profondeur et l'étendue de la lésion) portant des foyers de 10 milligrammes. Rayons très fortement filtrés (1 à 2 millimètres de platine). Le débit horaire de l'appareil devra être mesuré afin de déterminer la durée de l'application. H. Rabeau.

Lyon Médical.

Quelques considérations sur la réaction de déviation du complément dans l'infection gonococcique. par F. Meersseman et V. Zeude. *Lyon Médical*, 63e année, t. CXLVIII, n° 50, 13 décembre 1931, p. 706.

La gono-réaction, application directe de la méthode de Bordet-Gengou, ne possède pas une spécificité absolue mais sa sensibilité est suffisante pour rendre des services dans le domaine pratique.

Les réactions pratiquées par les auteurs ont été au nombre de 400. 114 réactions au cours de l'uréthrite blennorragique aiguë ou chronique avec 88 résultats positifs. Au cours des complications génitales de la blennorragie : 37 résultats positifs contre 4 négatifs.

En dehors des affections gonococciques, la gono-réaction a donné 42 résultats négatifs chez 49 syphilitiques. Enfin, 41 sujets atteints d'affections dermatologiques diverses et cliniquement indemnes de gonococcie ont donné 78 o/o de réactions négatives.

Jean Lacassagne.

La chrysothérapie chez les tuberculeux syphilitiques, par V. Cordier. *Lyon Médical*, 63e année, t. CXLVIII, n° 52, 27 décembre 1931, p. 774.

D'après C., l'or paraît suffisant comme traitement d'attente de la syphilis chez les tuberculeux ; bien entendu, il ne saurait prétendre supplanter le bismuth comme indication d'attaque.

Jean Lacassagne.

Provence Médicale (Marseille).

Papillites aiguës post-grippales chez des syphilitiques méconnus, par J. Sedan. *Provence Médicale*, 1re année, n° 3, 15 décembre 1931, pp. 3-4.

Deux observations analogues de papillite aiguë survenant après une grippe en apparence banale chez des malades présentant une sérologie positive bien que sans antécédent connu de syphilis ; guérison assez rapide par le traitement mercuriel. A. Bocage.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Remarques sur un cas de porphyrie congénitale (Beobachtungen bei einem Fall von kongenitaler Porphyrie), par T. Schreus et C. Carrié. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, f. 6. décembre 1931, p. 347, 3 fig.

Le malade, âgé de 31 ans, a perdu une sœur de la même maladie.

Dans ses antécédents héréditaires ou personnels, rien à signaler. La maladie actuelle a débuté à l'âge de 5 ans : toute irradiation solaire détermine, sur les parties découvertes, une éruption de bulles, qui guérissent en laissant des cicatrices. En effet, l'examen du malade montre sur le visage (oreilles, nez), sur le cou et les mains, des cicatrices multiples ; la peau est atrophique. Les lésions s'étendent un peu sur les avant-bras. On note, en outre, une atrophie des extrémités digitales, de la fragilité des ongles. Rien dans le sang. Les épreuves d'insuffisance hépatique sont peu concluantes. La teneur des urines en uroporphyrine et des selles en coproporphyrine est considérablement augmentée. La peau du malade est sensible aux traumatismes, même légers : il se forme peu après une bulle, et seulement sur les parties exposées, les mains en particulier. En raison de la fragilité épidermique, il est difficile d'obtenir une bulle intacte par cantharide. L'examen histologique d'une biopsie de la cuisse montre : un amincissement singulier de la couche cornée, de la couche à éléidine et de la couche épineuse, une diminution considérable des vaisseaux sanguins de la zone papillaire et du derme ; une disparition presque complète des poils et des sébacées. Sur l'une des coupes, les auteurs ont trouvé, dans la couche cornée, un cristal qu'ils n'ont pas identifié.

Les constatations histologiques expliquent les particularités cliniques. L'atrophie cornée rend compte de la sensibilité à la lumière ; de même la raréfaction des vaisseaux explique l'impossibilité de recueillir du sang par piqûre de la peau. Les auteurs n'ont pas pu constater une augmentation de la porphyrine de la peau. Après plusieurs épreuves, ils confirment que la sensibilité cutanée de leur malade n'existe que pour les rayons solaires, et seulement dans les territoires non couverts. Pour S. et C., cette anomalie est due aux lésions vasculaires que détermine l'excès de porphyrine dans le sang circulant, et non à une photosensibilisation par la porphyrine déposée dans la peau. Dans l'urine du malade, la porphyrine existait aussi sous forme de porphyrogène. Le sérum en contenait une proportion notable (coproporphyrine et uroporphyrine). Le liquide des bulles donnait, à la lumière de Wood, une fluorescence rouge, bon moyen de diagnostic avec les autres dermatoses par lumière. L. Chatellier.

Recherches microscopiques et cultures de diplocoques à Gram négatif, ressemblant aux gonocoques, et trouvés dans l'appareil urogénital de la femme (Mikroskopische und kulturelle Untersuchungen über gramnegative, den Gonokokken ähnliche Diplokokken in weiblichen Urogenitaltrakt), par N. Schubert et T. Tœnges. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXII, f. 6, décembre 1931, p. 362.

Dans le tractus urogénital de femmes et de jeunes filles saines où, tout au moins, indemnes cliniquement, les auteurs ont mis en évidence des diplocoques identiques au gonocoque, avec Gram négatif comme lui. La modification de la méthode de Gram proposée par Krivoschegew

(recoloration par la pyronine — vert de méthyle de Pappenheim-Unna) ne constitue pas, en l'occurrence, une amélioration. La culture seule permet d'affirmer qu'il s'agit de staphylocoques et même de streptocoques. L. CHATELLIER.

Hypersensibilité à la phénolphtaléine (Ueberempfindlickeit gegen Phenolphtalein), par F. BERNSTEIN. *Dermatologische Zeitschrif*, t. LXII, f. 6, décembre 1931, p. 368.

Il existe un très grand nombre d'observations américaines (80) d'accidents dus à la phénolphtaléine.

B. donne une première observation allemande d'érythème desquamatif diffus, avec efflorescences nodulaires et vésiculeuses, recueillie sur un homme de 61 ans.

On décrit habituellement deux types de ces éruptions : une forme érythémateuse prurigineuse, aboutissant à des taches pigmentaires plus ou moins urticariennes, une forme vésiculeuse et bulleuse, plus ou moins pemphigoïde ou herpétiforme. Le plus souvent, il s'agit alors d'une forme fixe.

Il y a une variété eczématiforme, rouge, diffuse, procédant comme une dermatose allergique, dans laquelle les recherches de provocation par application cutanée donnent un résultat positif, tandis que l'injection sous-cutanée d'un demi-milligramme de phénolphtaléine a produit une récidive de la dermatose. CH. AUDRY.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la question de l' « Erythrodermie ichtyosiforme » (Zur Frage der ichtyosisartigen Erythrodermie), par S. LIEBERMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 49, 5 décembre 1931, p. 1881, 1 fig.

Après une revue historique sur l'érythrodermie ichtyosiforme, L. donne l'observation suivante : malade âgée de 33 ans, sans antécédent héréditaire, chez qui l'affection débuta à 30 ans. A l'âge de 10 ans, prurit et desquamation lamelleuse. Vers 20 ans, douleurs dans les articulations des pieds et des mains, avec atrophie des phalanges terminales. Actuellement, lésion généralisée à tout le corps : la peau est sèche, rouge, écailleuse, plissée ; par endroits (cou, plis du coude et creux poplité, région inguinale), placards kératosiques ; atrophie des os de la main, de certaines phalangettes et des os des pieds ; kératodermie diffuse des paumes et des plantes ; pas de poils dans l'aisselle, alopécie du tiers externe des sourcils, cheveux secs. Pas de lésions viscérales ; pas de règles. Au microscope, on constate un étalement de la couche germinative ; peu d'altérations de la couche épineuse ; la couche granuleuse est réduite à une ou deux couches de cellules ; il y a de la parakératose ; les papilles sont aplaties. Dans les papilles, homogénéisation des faisceaux conjonctifs, diminution et fragmentation de l'élastique ; glandes sudoripares et sébacées existent, avec une légère infiltration péri-

glandulaire. Ce cas, d'après L., diffère de l'érythrodermie ichtyosiforme congénitale de Brocq, de l'ichtyose vulgaire, de l'ichtyose congénitale.

L. CHATELLIER.

Impétigo herpétiforme chez l'homme avec polyarthrite infectieuse grave et lésions unguéales (Impetigo herpetiformis beim Manne mit Schwerer Infektpolyarthritis und Nagelveränderungen), par E. WOHLSTEIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 49, 5 décembre 1931, p. 1888, 3 fig.

Observation d'un malade atteint de polyarthrite infectieuse, chez qui apparaît une éruption de pustules à disposition herpétiforme accompagnées de lésions des extrémités des doigts et des orteils qui rappellent la pyodermite végétante ou l'acrodermatite d'Hallopeau.

L. CHATELLIER.

510 cas de blennorragie traitée par la malariathérapie (510 mit Impfmalaria behaudelte Gonorrhœfälle), par J. WERTHER et H. KŒSTER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 49, 5 décembre 1931, p. 1893.

250 femmes et 260 hommes atteints de blennorragie ont été traités par la malariathérapie (Les auteurs donnent aussi un résumé comparatif des résultats obtenus par les diverses méthodes pyrétothérapiques, lait, produits spéciaux pyrétothérapiques, etc.). Il est obtenu 96 o/o de guérisons, avec un décès chez une jeune femme de 24 ans. Mais 15,6 o/o des femmes guéries ont eu une récidive ; 5 o/o des hommes seulement ont présenté à nouveau des gonocoques. La durée du traitement a été de 38 jours (37,8) chez les femmes ; 31 (30,9) chez les hommes. La méthode suppose naturellement une surveillance attentive.

CH. AUDRY.

Sur la morphologie et la biologie du soi-disant Schizosaccharomyces hominis de Benedek (Zur Morphologie und Biologie des sog. Schizosaccharomyces hominis Benedek), par O. DITTMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 50, 12 décembre 1931, p. 1925.

Après l'exposé technique des procédés d'identification employés par lui avec le soi-disant *Schizosaccharomyces hominis* décrit par Benedek, D. conclut que ce micro-organisme n'est pas un saccharomyces, mais une bactérie. On constate la formation de spores sur les milieux défavorables et dans les vieilles cultures : c'est un moyen de résistance, et non un processus de reproduction. Les spores sont identiques aux spores des bactéries, elles diffèrent des spores des schizosaccharomyces (réaction à l'iode, résistance à la chaleur). Les propriétés biologiques de ce micro-organisme ne sont pas celles des schizosaccharomyces. Il est très voisin du *bacillus megatherium* ; aussi Kruse propose de le nommer *B. megatherium hominis*.

L. CHATELLIER.

Le traitement de l'urticaire alimentaire chronique, de l'œdème de Quincke et de la dyshidrose (eczéma dyshidrosique) dans la pratique journalière (Die Behandlung der chronischen alimentären Urtikaria, des Quinckeschen Œdems, der Dyshidrose (Eczema dyshidroticum) in der täglichen Praxis), par J. SELLEI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 51, 19 décembre 1931, p. 1963.

Dans les prurits et l'eczéma alimentaire, S. prescrit le régime hyperbasique (basenüberchüssig), pauvre en farineux, sans sucre, associé au calcium *per os* (chlorure de calcium) ou par injections intramusculaires (glucoronate de Ca). Il ajoute avec succès des injections d'hormones parathyroïdiennes dans l'eczéma intertrigineux et la dyshidrose, mycosique ou non, et dans l'urticaire alimentaire chronique. L'atropine et les rayons ultra-violets (lampe de quartz) sont, dans ces dernières affections, de bons adjuvants. L. CHATELLIER.

Le traitement de la blennorragie par le pyrifer (Ueber Gonorrhœbehandlung mit Pyrifer), par K. BAUER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 51, 19 décembre 1931, p. 1968.

Le pyrifer provoque régulièrement des poussées fébriles, mais sans conséquences graves. Cette pyrétothérapie combinée au traitement local donne de bons résultats dans la blennorragie masculine, de très bons résultats dans la blennorragie féminine. Il faut l'employer prudemment, quand il y a des complications (prostatite, épididymite, annexite, arthrite), qui se modifient en général lentement. On obtient dans la plupart des cas la disparition des gonocoques. Le pyrifer est appelé à remplacer la malariathérapie dans la blennorragie.

L. CHATELLIER.

Sur la réaction de déviation du complément dans la blennorragie (Ueber die Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhœ), par Anne-Marie BISCHOFF. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 52, 26 décembre 1931, p. 1997.

L'auteur confirme la haute valeur de la réaction. Une réaction positive indique sûrement un foyer ou une infection gonococcique ; elle est spécifique. La réaction a une valeur pronostique : un résultat fortement positif au cours du traitement, avec disparition des symptômes cliniques, laisse presque toujours prévoir une évolution favorable (formation d'anticorps). Une réaction positive, chez un blennorragique, assure l'existence d'une blennorragie encore active ; quand les autres procédés sont en défaut, un résultat positif permet d'affirmer la présence du gonocoque. Dans les périodes de latence, la réaction positive témoigne de l'existence d'un foyer latent immunisant. Elle peut persister plusieurs années après la guérison clinique. Une réaction positive est liée à une immunisation active ; les vaccins n'ont pas d'influence sur la formation des anticorps. L. CHATELLIER.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Investigations sur l'étiologie du pityriasis rosé (Investigations into the causation of Pityriasis rosea), par Sydney THOMSON et CUMINGS. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, décembre 1931, p. 617.

De multiples recherches effectuées sur 156 cas de pityriasis rosé n'ont pas permis à Th. et C. d'en déterminer l'agent pathogène. Ils ont alors pratiqué des intradermo-réactions avec une solution saline *filtrée* de

squames de pityriasis rosé. Ces réactions se sont montrées positives chez la plupart des individus sains ou atteints d'autres dermatoses ; elles ont été habituellement négatives chez les individus guéris du pityriasis rosé.

Il semblerait donc que le filtrat des squames contienne une exotoxine microbienne ou un virus filtrant. S. FERNET.

Un cas de lupus érythémateux disséminé : autopsie montrant une endocardite aiguë mais pas de tuberculose (A case of acute disseminated lupus erythematosus : necropsy disclosing acute endocarditis, but not tuberculosis), par WEIDMAN et GILMAN. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, décembre 1931, p. 641.

Ce cas de lupus érythémateux aigu, survenu au cours d'une infection générale avec arthrites et endocardite d'origine puerpérale, ressemblait, de l'avis de l'auteur lui-même, à un érythème polymorphe. Quoi qu'il en soit, il s'agissait d'un diagnostic discutable ; l'absence de tuberculose dans ce cas ne peut donc servir d'argument en matière d'étiologie du lupus érythémateux. S. FERNET.

Revista Argentina de Dermatosifilologia (Buenos Aires).

La levure qui produit « l'intertrigo blastomycétique » est la « Monilia albicans », agent causal du muguet (La levadura que produce el « intertrigo blastomicetico », es la « Monilia albicans », agente causal, tambien, del muguet), par Pablo NEGRONI. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XV, 1re partie, septembre 1931, p. 11.

P. N. trouve dans les intertrigos humides, qui peuvent siéger dans tous les plis, une levure identique à celle qui a été étudiée par Ravaut et qui ne serait autre que la *Monilia albicans*, l'agent causal du muguet. « L'intertrigo blastomycétique » dû à ce germe diffère cliniquement des lésions causées par les dermatophytes, il résiste à l'alcool iodé, tandis que les alcalins, et en particulier le biborate de soude, ont sur lui une action réelle. Ce serait un véritable muguet de la peau.

J. MARGAROT.

Intertrigos mycosiques (Intertrigos micosicos), par Pedro E. BALIÑA. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XV, 1re partie, septembre 1931, p. 15, 14 fig.

Les intertrigos mycosiques se divisent en deux groupes : 1° les intertrigos dus à des dermatophytes, c'est-à-dire à des épidermophytons, à des trichophytons, à des microsporons, etc. ; 2° les intertrigos blastomycétiques ou à levures.

La description générale des *intertrigos dermatophytiques* répond au type clinique de l'eczéma marginé de Hébra (épidermophytie inguinale). Les dermatophytes observés dans les squames de cette variété d'intertrigo en République Argentine comprennent trois épidermophytons (*e. inguinale, e. rubrum, e. interdigitale*) et deux trichophytons (*t. violaceum, t. rosaceum*).

Les *intertrigos blastomycétiques* ou *intertrigos à levures* sont surtout connus par les travaux de Petges, de Dubreuilh et Joulia, qui en ont précisé les caractéristiques cliniques (plaques de coloration rouge foncé, homogènes sur toute leur étendue et limitées par une mince bandelette desquamative).

Dans 17 cas de cette variété, Negroni a trouvé le même champignon : une *Monilia*, qui, dans les cas observés en Argentine, offre exactement les mêmes caractères que le germe étudié à Paris par Ravaut.

Ces deux groupes d'intertrigos mycosiques doivent être soigneusement séparés des pseudo-intertrigos (dermites diverses ayant une localisation accessoire dans les plis), des intertrigos simples (de cause irritative), de l'intertrigo streptococcique (qui selon le mot de Sabouraud, est un impétigo des plis) et des intertrigos mixtes ou compliqués.

J. Margarot.

Données statistiques sur 157 cas de mycoses étudiées à Buenos-Ayres (Datos estatisticos sobre 157 cas osde micosis estudiados en Buenos-Aires), par Pablo Negroni. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XV, 1re partie, septembre 1931, p. 40.

D'une statistique de 157 cas, P. N. déduit les conclusions suivantes :

1° Dans les dermites des plis, l'agent causal est constitué par un *Cryptococcus* que, dans un travail ultérieur, il identifie à la *Monilia albicans* ;

2° Le *microsporum felineum* est le dermatophyte le plus souvent rencontré à Buenos-Ayres. Viennent ensuite les trichophytons du groupe *gypseum* et l'*epidermophyton inguinale* ;

3° Tous les cas de favus sont d'origine exotique en République Argentine ;

4° Presque tous les cas d'infection par le *trichophyton violaceum* s'observent chez des Juifs ;

5° Les lésions produites par l'*epidermophyton interdigitale* résultent d'une contamination par des bains, par des tapis, en particulier dans les clubs de gymnastique ;

6° Dans trois cas d'onychomycose, le champignon ne s'est pas développé dans les milieux habituels, ce qui laisse supposer qu'il s'agit de parasites nouveaux ;

7° Sur huit cas d'actinomycose, deux ont été causés par l'*Actinomyces asteroïdes*, un par l'*Actinomyces maduræ* et cinq par des germes qui n'ont pu être identifiés.

Une sporotrichose du type gommeux a été déterminée par le *Rhinocladium Beurmanni*.

Cinq cas de blastomycose américaine ont été observés : trois sont dus au *Coccidioides immitis*, deux au *Mycoderma dermatitis*.

J. Margarot.

Valeur diagnostique de l'intradermo-réaction à la trichophytine, d'après notre expérience (Valor diagnostico de intradermorreaccion con tricofitina, segun nuestra experiencia), par C. Etchevarne, Paganetto et P. Negroni. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XV, 1re partie, septembre 1931, p. 44.

L'étude de l'intradermo-réaction à la trichophytine, pratiquée chez 155 sujets, permet de conclure qu'elle est presque toujours négative chez les personnes ne paraissant pas atteintes d'une affection mycosique. Dans les épidermomycoses ou les dermites ayant vraisemblablement une origine parasitaire, on ne trouve qu'un pourcentage de 6,09 o/o de cas négatifs. Elle est parfois positive dans des intertrigos ou des onychomycoses causés par des levures, tandis qu'elle peut manquer dans des épidermomycoses très superficielles et non inflammatoires comme le *pityriasis versicolor*. J. Margarot.

Sclérodermie œdémateuse de Hardy (Esclerodermia edematosa de Hardy), par Luis A. Cordiviola. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XV, 1re partie, septembre 1931, p. 49.

Une femme de 43 ans présente une sclérodermie œdémateuse. Les épreuves fonctionnelles mettent en évidence une insuffisance thyro-ovarienne. La syphilis est probable, bien que sa démonstration ne puisse être faite d'une manière absolue. Les antécédents de la malade, certaines manifestations cliniques et le résultat du traitement spécifique permettent d'en soupçonner l'existence. Le début de l'affection par les fesses, où de nombreuses piqûres avaient été faites permet de penser que le traumatisme, incriminé dans d'autres cas, a joué probablement le rôle de cause provocatrice. Cependant, il existait déjà dans le genou gauche des douleurs ayant le caractère d'une manifestation prémonitoire.

Le traitement antisyphilitique, associé à une médication thyro-ovarienne, a été suivi d'une régression de l'œdème, d'une amélioration de l'arthropathie et d'une plus grande souplesse dans les mouvements.

J. Margarot.

La maladie de Fox-Fordyce. Considérations étiopathogéniques à propos d'un cas (La enfermedad de Fox-Fordyce), par E. P. Fidanza et Tomas Ocana. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XV, 1re partie, septembre 1931, p. 61, 8 fig.

L'analyse clinique et histologique d'un cas de maladie de Fox-Fordyce, rapprochée des notions établies par divers auteurs, permet à E. P. F. et T. O. de conclure que cette affection répond à une neurodermite sudoripare autonome, ayant tous les caractères d'une entité morbide définie.

J. Margarot.

Sur quatre cas d'érythème biotropique du neuvième jour, provoqués par les sels d'or dans le traitement de la syphilis (Sobre cuatro casos de eritema biotropico del noveno dia provocados por las sales de Oro en el tratamiento de la sifilis), par E. P. Findanza, Salomon Schujman, José M. M. Fernandez. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XV, 1re partie, septembre 1931, p. 82.

Chez quatre syphilitiques, traités par un sel d'or, les auteurs observent un érythème du 9e jour, qui disparaît par la continuation du traitement. Ils discutent l'interprétation pathogénique du phénomène et concluent qu'il répond à une maladie infectieuse déclenchée par la première injection, mais ne se manifestant qu'après une incubation de 8 à 10 jours. Il s'agirait d'une forme de biotropisme, à laquelle on pourrait donner le nom de *biotropisme indirect*, tandis que la réaction d'Herxheimer serait un phénomène précoce, de *biotropisme direct*.

J. MARGAROT.

Une observation d'hémosidérose cutanée progressive en plaques ou maladie de Schamberg (Una observacion de Hemosiderosis cutanea progresiva o enfermedad de Schamberg), par Carlos SEMINARIO, E. R. Gavina ALVARADO et Domingo MOSTO. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XV, 1re partie, septembre 1931, p. 91, 4 fig.

Chez un malade atteint de maladie de Schamberg, on note une fragilité endothéliale manifeste. L'affection paraît d'origine hématogène. Sa cause ne peut être établie, bien qu'il convienne de souligner l'intensité de l'épreuve à la tuberculine et la positivité de la réaction de Besredka.

J. MARGAROT.

Lésions cutanées causées chez des adultes par deux trichophytons de cultures velues (Lesiones cutaneas en dos adultos causadas por dos tricofiton de cultivos vellosos), par Pedro L. BALINA et Pablo NEGRONI. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XV, 1re partie, septembre 1931, p. 109, 2 fig.

Dans un cas de folliculite profonde, très inflammatoire de la moustache, P. L. B. et P. N. mettent en évidence le *Trichophyton depressum* Lee Mc Carthy, 1925.

Chez un malade présentant une épidermomycose périgénitale et une folliculite miliaire agminée de la barbe, on isole des squames de la première localisation et des poils de la seconde, un même germe présentant les caractères du *Trichophyton rosaceum* de Sabouraud.

J. MARGAROT.

Un cas de syphilides psoriasiformes traitées avec succès par des sels d'or (Un caso de sifilides psoriasiformes tratado con exito con sales de oro), par E. P. FIDANZA, Salomon SCHUJMAN et José M. M. FERNANDEZ. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XV, 1re partie, septembre 1931, p. 119, 2 fig.

Une femme, atteinte de syphilis secondaire avec éruption d'éléments psoriasiformes, est traitée par des injections intramusculaires d'une préparation aurique ayant pour formule $C^6H^{11}O^5SAu$. La cure est commencée avec des doses de 0 gr. 25 et poursuivie avec l'administration hebdomadaire de 0 gr. 50 du produit, jusqu'au total de 6 gr. 25 pour la série. L'amélioration se produit dès la troisième piqûre. L'éruption disparaît après la huitième, mais la réaction de Wassermann reste positive et se trouve simplement un peu moins forte à la cessation du traitement.

J. MARGAROT.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Sur la question de la diminution du complément dans affections parenchymateuses du foie (Zur Frage der Komplementverminderung bei parenchymatösen Lebererkrankungen), par A. Bergel et F. Schüle. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 44e année, no 50, 11 décembre 1931, p. 1562.

R. Bauer attribue aux variations du complément une valeur pronostique dans les affections parenchymateuses du foie : la diminution de l'alexine est un signe défavorable. Les auteurs ont voulu vérifier cette opinion. Technique : dilution du sérum frais au 1/10e, doses croissantes de 0 cc. 3 à 3 centimètres cubes ; 0 cc. 5 d'une suspension de globules rouges à 5 0/0 et 0 cc. 5 de sérum hémolytique titré, 1/2 heure d'étuve. Plus de 100 malades ont été examinés, dont 28 ictères simples, 12 cirrhoses de Laennec, 6 ictères arsénobenzoliques, 7 ictères graves, 1 cirrhose consécutive à une endophlébite hépatique oblitérante, 1 cirrhose biliaire ; 30 sérums provenaient de malades divers. Le taux le plus bas de l'alexine a été rencontré dans : 3 cas de coma hépatique, 1 cas de cholémie, 1 cas de coma urémique, 1 cas de coma diabétique, suivi de coma hypoglycémique. En général, B. et S. ont constaté une diminution de l'alexine dans les affections parenchymateuses du foie et aussi dans d'autres maladies (pneumonie grave, insuffisance tricuspidienne avec asystolie hépatique). L'épreuve de la galactose et la valeur complémentaire du sérum ne sont pas parallèles. Le complément diminue ou disparaît dans les formes graves des hépatites. Autre constatation : le complément, chez l'homme, n'est pas constant. On ne saurait donner une explication de ces variations, car on ignore l'origine et la nature véritable de l'alexine, dont B. et S. rappellent les modifications constatées au cours de divers processus infectieux et toxiques, et à la suite de modifications artificielles du sérum. L. Chatellier.

Sur l'eczéma par sensibilisation (Zur Kenntnis der Ueberempfindlichkeitsekzeme), par G. Nobl. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 44e année, no 52, 25 décembre 1931, p. 1680.

Dans cette revue, N. rappelle les caractères cliniques, expérimentaux et biologiques de l'eczéma allergique et comment on peut le guérir par des cures de désensibilisation appropriées.

L. Chatellier.

Bruxelles Médical.

L'érythrodermie vésiculo-œdémateuse, « maladie salvatrice », par R. Bernard (Bruxelles). *Bruxelles Médical*, 12e année, no 6, 6 décembre 1931, p. 160.

Ces graves accidents thérapeutiques, parfois mortels, laissant souvent des séquelles indélébiles et une intolérance définitive, peuvent, dans certains cas, avoir une influence heureuse sur l'évolution de la syphilis.

Les malades semblent guéris. Certains des malades de B. sont dans ce cas. Néanmoins, il ne faut pas trop se fier aux soi-disant guérisons post-érythrodermiques, mais continuer à surveiller et à traiter le malade en n'oubliant pas qu'une intolérance à un produit déterminé, peut déclencher une intolérance vis-à-vis d'un des autres médicaments antisyphilitiques. H. Rabeau.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

« Ulcus vulvæ acutum » de Lipschütz, par F. Solguda Castillo (Travail de la Clinique dermatologique de Strasbourg). *Actas Dermo Sifiliograficas*, 24e année, nº 2, novembre 1931, p. 49 1 fig.

F. S. C. a observé avec Pautrier et Rœderer un cas d'ulcère aigu de la vulve ayant l'aspect d'un chancre syphilitique. Une intradermo-réaction pratiquée avec des produits de râclage de la lésion a donné une tache érythémateuse présentant, en son centre, une élevure papuleuse.

A cette occasion, l'auteur rappelle les diverses recherches qui ont suivi le travail de Lipschütz et fait une mise au point de l'état actuel de la question. J. Margarot.

Le prurit et les affections prurigineuses dans leurs relations avec le métabolisme hydrocarboné (El prurito y las afecciones pruriginosas en sus relaciones con el metabolismo hidrocarbonado), par J. Bejarano. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, nº 2, novembre 1931, p. 61.

A côté des prurits qui s'observent chez des sujets ayant une augmentation du taux du sucre dans le sang, il semble exister des prurits liés à une hypoglycémie.

Le complexe hypoglycémique, réalisé expérimentalement par l'ablation totale du foie ou par la thérapeutique insulinique, serait susceptible d'apparaître spontanément dans certains cas. Il se présente avec des caractères cliniques comparables à ceux de la réaction émotive provoquée chez quelques sujets par l'adrénaline. On observe de la pâleur, des sueurs, de la tachycardie, une tendance au mal de mer, des sensations vertigineuses et parfois une sensation de faim. Quelques-uns de ces symptômes font parfois partie des manifestations d'un paroxysme prurigineux.

Ces remarques sont de nature à faire admettre la possibilité d'un prurit du type hypoglycémique. Malgré les résultats contradictoires d'essais thérapeutiques basés sur l'administration intraveineuse de solutions hypertoniques de glucose, la détermination systématique de la courbe de la glycémie dans les dermatoses présente un intérêt réel, surtout, si comme le conseillent Urbach et Sicher, on étudie parallèlement la teneur en sucre des téguments. J. Margarot.

Erysipèle gangréneux de la face chez une vieille femme artério-sclé-reuse et hyperglycémique (Erisipela gangrenosa de la cara en una anciana arterio-esclerosa hiperglicemica), par Eduardo Ledo. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, nº 2, novembre 1931, p. 64, 1 fig.

Une malade de 69 ans, ayant dans ses antécédents trois érysipèles de la face, présente une récidive de cette affection. Les phénomènes généraux sont graves. La plaque se sphacèle sur une partie de son étendue. Un élément d'impétigo paraît avoir servi de point de départ à l'infection. E. L. attribue la nécrose à l'élévation du taux de la glycémie chez une femme âgée et présentant de l'hypertension artérielle.

J. MARGAROT.

Splénite syphilitique tertiaire fébrile. Traitement bismuthique. Guérison (Esplenitis sifilitica terciaria febril. Tratamiento bismutado. Curacion), par J. BEGUIRISTAIN et J. MAÑERO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, nº 2, novembre 1931, p. 67, 1 fig.

Une femme de 35 ans présente une fièvre continue irrégulière. La rate est le siège d'un gonflement douloureux : elle dépasse le rebord costal de quatre travers de doigt. L'examen hématologique donne comme résultats : hématies, 3.990.000 ; leucocytes, 5.140 ; hémoglobine, 75 ; polynucléaires, 76 ; lymphocytes, 22 ; monocytes, 2.

La malade a eu un avortement il y a quelque temps. On trouve chez elle des signes d'aortite. Les réactions d'agglutination des bacilles typhiques et paratyphiques sont négatives, tandis que le Wassermann, le Meinicke et le Kahn sont fortement positifs.

Un traitement bismuthique est suivi d'une disparition rapide de la fièvre et de la régression de la splénomégalie.

J. MARGAROT.

Une prostituée sans manifestations cliniques, ni sérologiques donne la syphilis à deux sujets (Una prostituta sin manifestaciones clínicas ni serológicas contagia de sífilis a dos sujetos), par Tomas CARO-PATON. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, nº 2, novembre 1931, p. 72.

Une femme, ne présentant aucun signe clinique de syphilis et ayant des réactions sérologiques négatives, cohabite avec de nombreux hommes pendant 19 semaines. Deux d'entre eux contractent la syphilis et il est établi que la contagion n'a pas une autre origine.

J. MARGAROT.

Chancre mou (Chancro blando), par MONTAÑES. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, nº 2, novembre 1931, p. 76, 7 fig.

Conférence faite le 18 avril 1931, dans le service du Dr Bejarano, aux élèves de l'École nationale de Santé.

M. expose la conception actuelle du chancre mou. Il étudie le streptobacille de Ducrey, rappelle d'intéressants détails sur sa découverte, précise ses caractéristiques morphologiques et biologiques et son action pathogène sur l'homme et les animaux. Après avoir passé en revue les méthodes de diagnostic par l'intradermo-réaction et la fixation du complément, il souligne les bons résultats de la sérothérapie et surtout de la vaccination curative.

J. MARGAROT.

Deux cas de dermite livédoïde de la fesse par injections de préparations bismuthiques (Dos casos de dermitis livinoide de la nalga por injectiones de preparados bismuticos), par Eduardo DE GREGORIO et GARCIA-SERRANO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, nº 2, novembre 1931, p. 90, 1 fig.

L'auteur, qui a publié, il y a près d'un an, le premier cas de dermite livedoïde observé en Espagne, a eu l'occasion d'observer deux faits analogues au cours des derniers mois. Le peu d'intensité des symptômes est de nature à faire admettre une pénétration du bismuth dans une artère, non par injection directe dans sa lumière, mais par l'introduction secondaire du médicament consécutivement à une rupture vasculaire.

J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

L'interprétation de l'intradermo-réaction à la luétine dans la syphilis (The interpretation of the dermoluetin reaction in syphilis), par GANDY. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 6, décembre 1931, p. 937.

G. a utilisé une luétine préparée avec le chancre scrotal du lapin : 1 gramme de tissu, 9 grammes de sérum physiologique et 1 centimètre cube d'acide phénique à 5 o/o. Cette luétine contient 8 à 15 tréponèmes immobiles par champ. Une solution de contrôle était préparée avec des testicules de lapins sains.

La luétine ainsi préparée a donné à G. : 10 o/o de réactions positives au cours des syphilis primaires et secondaires, 34,2 o/o dans les syphilis latentes, 31,1 o/o dans les syphilis héréditaires, 28,5 o/o dans la neurosyphilis, 11,1 o/o dans des syphilis cardio-vasculaires.

Dans 22,2 o/o des syphilis latentes, donnant des luétine-réactions positives, les réactions de Kolmer et de Kahn étaient négatives dans le sang. Il en était de même pour 25 o/o des syphilis héréditaires à intradermo positives.

Il semble donc que le traitement spécifique négative les réactions sérologiques plus rapidement qu'il ne fait disparaître l'allergie cutanée.

La luétine-réaction n'est pas entrée jusqu'à présent dans la pratique courante et cependant on ne devrait pas négliger une méthode qui donne des réactions spécifiques dans un assez grand nombre de cas de syphilis latentes et héréditaires tardives, au cours desquelles la sérologie reste souvent muette.

S. FERNET.

Les injections sclérosantes dans le traitement de l'hémangiome caverneux (The injection treatment of cavernous hemangiomas), par LIGHT. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 6, décembre 1931, p. 992.

Observation d'un volumineux hémangiome caverneux ulcéré du tiers inférieur de la jambe guéri par 25 injections de sucre interverti à 75 o/o et 9 injections de salicylate de soude à 30 o/o.

S. FERNET.

Le lupus érythémateux chez l'enfant et le nourrisson (Lupus erythematosus in infancy and in childhood), par CUMMER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 6, décembre 1931, p. 999.

Observations de deux cas de lupus érythémateux évoluant chez des enfants de 4 et 15 ans. Revue générale et énumération des 176 cas décrits dans la littérature et dont l'un a été observé dès l'âge de 3 mois.

Le lupus érythémateux de l'enfant ne diffère en rien de celui de l'adulte : il a les mêmes caractères cliniques et réagit aux divers traitements et à la chrysothérapie comme celui de l'adulte.

S. FERNET.

La chimiothérapie des mycoses (The chemotherapy of ringworm infection), par SCHAMBERG, BROWN et HARKINS. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 6, décembre 1931, p. 1033.

Les auteurs ont étudié à nouveau une série d'antiseptiques divers au point de vue de leur action stérilisante sur les cultures des champignons pathogènes.

Ils sont actuellement convaincus que c'est l'iode métalloïdique qui possède cette action au plus haut degré ; en solution à 25 o/o dans l'alcool et l'acétone, il tue les cultures d'*epidermophyton interdigitale* en 15 minutes. Immédiatement après l'iode, se place le violet cristal (triacéto-mercuri-hexaméthyl-rosaniline) qui contient 56 o/o de mercure, et dont la grande puissance colorante et la facilité de pénétration le rendent particulièrement indiqué pour le traitement des mycoses unguéales.

Des expériences analogues avaient montré antérieurement l'efficacité des huiles de cannelle et de girofle. Les auteurs proposent donc pour le traitement des épidermomycoses eczématiformes les formules suivantes :

		ou encore	
Huile de girofle } Huile de cannelle }	ää 0,06		Huile de girofle } Huile de cannelle } ää 0,06
Iode	0 03		Teinture d'iode . . 2,1
Vaseline	Q. S. pour 30		Oxyde de zinc . . 5,0
			Vaseline 25,0

Ces préparations doivent être additionnées d'acide salicylique lorsqu'il y a une forte hyperkératose.

Les sels de l'iode, les iodures de potassium, de sodium, de calcium, n'ont pas la même efficacité que l'iode métalloïdique. C'est donc la solution de Lugol qui conviendrait le mieux pour le traitement intraveineux des épidermomycoses et des mycoses telles que la sporotrichose et l'actinomycose, mais elle a l'inconvénient d'être assez toxique et d'indurer les veines. L'expérimentation sur des animaux a montré qu'on pouvait atténuer ces inconvénients en adoptant la formule suivante :

Iode	5 grammes
Iodure de sodium.....	10 —
Solution de dextrose à 5 o/o..	100 —

Discussion : Politzer remarque que la puissance de pénétration des solutions alcooliques d'iode est insuffisante. Il se sert couramment de solutions d'iode à 2 ou 3 o/o dans la benzine et obtient des succès plus rapides. Ces solutions constituent en général les meilleurs désinfectants de la peau.

Au cours de la discussion, on signale la grande efficacité de la pommade de Whitfield. Or, d'après les expériences de S. B. et H., les acides salicylique et benzoïque n'ont qu'une action stérilisante très faible sur les cultures de champignons. On s'accorde à admettre que l'action de ces substances relève uniquement de leurs propriétés exfoliantes.

S. FERNET.

Un nouveau composé d'antimoine dans le traitement de la lèpre (A new antimony compound in the treatment for leprosy), par KINGSBURY. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 6, décembre 1931, p. 1053.

K. a traité quatre cas de lèpre par un nouveau dérivé arséno-stibié, le 3-3-diamino-4-4-dihydroxy-arséno-stibino-benzène, appelé plus brièvement le M-3o3 et employé par voie intraveineuse. C'est un sel soluble de réaction acide qu'il est nécessaire d'alcaliniser par l'addition d'une solution normale de soude avant de le dissoudre dans du sérum physiologique.

En raison des améliorations rapides qu'il a constatées sous l'influence de ce produit, K. pense qu'il sera supérieur aux préparations dérivées de l'huile de chaulmoogra. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

La malariathérapie de la neuro-syphilis en dehors de la paralysie générale (The malarial therapy of neurosyphilis other than uncomplicated dementia paralytica), par WILE et DAVENPORT. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVII, nº 22, 28 novembre 1931, p. 1579.

W. et D. exposent les résultats qu'ils ont obtenus par la malariathérapie dans des cas de tabès, de paralysie générale compliquée de lésions spinales, de syphilis cérébrale. Tous ces malades ont reçu des traitements spécifiques antérieurement à l'impaludation, mais aucun après celle-ci.

D'une façon générale, les effets du traitement ont été très favorables ; la moitié environ des cas de tabès simple ou compliqué ont été améliorés ; on a enregistré dans un cas la disparition immédiate des crises gastriques, dans un cas, la guérison d'une incontinence d'urine, une augmentation de poids allant jusqu'à 6 kilogrammes, etc. Des résultats aussi encourageants ont été observés au cours des syphilis nerveuses de types divers. Les auteurs remarquent l'absence habituelle de parallélisme entre l'amélioration clinique et l'état humoral : la lymphocytose rachidienne se trouve souvent réduite, mais il est rare qu'on obtienne la négativation sérologique du sang.

Cependant, en raison des améliorations cliniques incontestables qui

peuvent être observées, il y a lieu de recourir à la malariathérapie dans toutes les manifestations nerveuses de la syphilis. S. FERNET.

Bulletin du Département de la Santé publique de Californie (Los Angeles).

Granulome à coccidioïdes (Coccidioidal granuloma), par RIXFORD, DICKSON et BECK. *Bulletin du Département de la Santé publique de Californie*, nº 57, 6 fig., 2 tabl.

Fascicule consacré spécialement à la mise au point des connaissances actuelles sur le granulome à coccidioïdes et comprenant la bibliographie complète de la question. Le granulome à coccidioïdes est une maladie grave, observée surtout en Californie mais dont quelques cas ont aussi été signalés en Amérique du Sud, en Italie.

L'agent pathogène de cette affection a d'abord été considéré comme un protozoaire et nommé *Coccidioides immitis*. Plus tard, reconnu comme étant un champignon, il a été appelé *Oidium coccidioides* et rangé tantôt dans le groupe des ascomycètes, tantôt dans celui des hyphomycètes. Jamais il ne présente de formes bourgeonnantes et doit, par conséquent, être dissocié des blastomycoses. Dans les lésions et dans le pus, ce parasite revêt la forme de corps sphériques, très réfringents, à double contour. Dans les cultures, faciles à obtenir sur les milieux usuels, il forme des colonies cotonneuses, blanches, constituées par des filaments mycéliens segmentés.

Cette affection s'observe dans les deux sexes et à tous les âges, mais prédomine chez les hommes adultes, surtout les agriculteurs qui manient le sol et les végétaux. L'inoculation peut se faire par la peau, mais, dans la majorité des cas, se fait par les voies respiratoires.

Dans toutes ses manifestations, le granulome à coccidioïdes simule la tuberculose ; il touche, comme celle-ci, la peau, les ganglions lymphatiques, les os, les articulations, tous les viscères, les méninges et le diagnostic différentiel ne peut être fait que par l'examen bactériologique.

Les lésions cutanées sont verruqueuses et simulent la tuberculose verruqueuse. Primitives, elles peuvent rester localisées pendant quelques années, puis donnent lieu à une généralisation. Dans d'autres cas, les lésions cutanées sont les premières manifestations apparentes de l'infection généralisée, à début pulmonaire. On trouve fréquemment à l'autopsie de ces malades des lésions hilaires anciennes.

Lorsque l'infection est consécutive à l'inhalation de spores tenues en suspension dans l'air, elle se manifeste par des phénomènes de bronchopneumonie simulant une tuberculose aiguë avec fièvre, douleurs thoraciques, crachats sanguinolents ; les crachats contiennent des corps sphériques caractéristiques. L'évolution est d'emblée mortelle ou bien passe à la chronicité ; des lésions fibreuses, enkystées persistent alors dans le hile du poumon et deviennent, par voie sanguine ou lymphatique l'origine des diverses autres localisations.

Les adénopathies cervicales apparaissent les premières ; elles se ramollissent et s'ouvrent plus rapidement que celles de la tuberculose et suppurent ensuite indéfiniment.

Les lésions osseuses, souvent consécutives à un traumatisme, se produisent le plus souvent dans les os du crâne, les côtes, le sternum, les vertèbres, les os iliaques, les os des membres. Elles se développent habituellement sans douleurs, donnent des quantités énormes de pus. Les rayons X, pas plus que l'aspect clinique, ne permettent de les distinguer des gommes tuberculeuses.

Il en est de même de la méningite qui mime en tous points celle de la tuberculose. L'examen du liquide céphalo-rachidien ne fournit pas le moyen de différencier les deux affections si ce n'est qu'il ne contient pas de bacilles acido-résistants.

On constate dans le sang une polynucléose neutrophile. Dans quelques cas, à la période ultime de la maladie, on a trouvé des parasites dans le sang. Les urines et les selles n'en contiennent jamais. Le séro-diagnostic par agglutination, la réaction de fixation du complément, les réactions allergiques ne donnent pas de certitude suffisante pour établir le diagnostic. Celui-ci se fait par la recherche des corps ronds à double contour dans les tissus, le pus et les crachats, par les cultures et l'inoculation aux animaux.

Le pronostic est, sinon fatal, du moins très grave. On évalue approximativement la mortalité à 65 o/o des cas, mais cette évaluation est difficile en raison de la méconnaissance encore très fréquente de la nature réelle de cette infection.

Lorsque les lésions sont localisées à une extrémité, la résection du foyer ou l'amputation précoces peuvent empêcher la généralisation. La radiothérapie paraît agir uniquement sur les lésions superficielles. Les vaccins n'ont donné jusqu'à présent que des résultats peu satisfaisants. Les iodures (actifs dans les blastomycoses), le thymol, les arsénobenzènes, n'ont aucune efficacité. Les injections intramusculaires de cuivre colloïdal et intraveineuses de tartre stibié à 1 o/o n'ont donné que des résultats peu encourageants.

Le Département de la Santé publique de Californie a ordonné la déclaration obligatoire de cette maladie afin de rechercher l'origine de chaque cas et de préciser, si possible, quel est l'habitat principal du parasite.

S. FERNET.

The American Journal of Syphilis (St-Louis)

Etude du sang dans la syphilis héréditaire et de l'action du traitement spécifique sur l'hémoglobine et les éléments cellulaires (A study of the blood picture in congenital syphilis and the effect of antisyphilitic therapy upon the hemoglobin and cellular elements), par PERLMAN et WRIGHT. *The American Journal of Syphilis*, vol. XV, nº 4, octobre 1931, p. 449.

Ce travail a pour but de déterminer le pourcentage et le degré de

l'anémie chez les hérédo-syphilitiques et d'étudier l'action des divers traitements spécifiques.

Contrairement à l'opinion courante, cette étude montre que l'anémie n'est ni plus fréquente ni plus marquée chez les hérédo-syphilitiques que chez les enfants supposés sains et qu'elle ne se distingue en rien des anémies secondaires modérées de toutes les infections chroniques.

Le traitement par l'arsenic, le bismuth et le mercure a sur l'anémie hérédo-syphilitique une action variable et inconstante.

S. FERNET.

Etude comparative de la syphilis cardio-vasculaire dans les races blanches et noires (A comparative study of cardiovascular syphilis in white and colored races), par CASON. *The American Journal of Syphilis*, vol. XV, nº 4, octobre 1931, p. 527.

On a souvent cru devoir affirmer que la syphilis cardio-vasculaire était particulièrement fréquente chez les Nègres. La statistique établie par C., après 15 ans d'observations, fait ressortir l'erreur de cette constatation et ses causes.

Le pourcentage des Nègres atteints de syphilis est toujours plus élevé que celui des Blancs, ils ne se soignent et ne se ménagent que tardivement, leur travail les oblige habituellement à de gros efforts physiques. Les statistiques qui tiennent compte de toutes ces conditions montrent que le tréponème n'a pas d'affinité spéciale pour le système cardio-vasculaire chez les Nègres. S. FERNET.

La ponction sous-occipitale (Cistern puncture), par JACOBI. *The American Journal of Syphilis*, vol. XV, nº 4, octobre 1931, p. 544.

La ponction sous-occipitale a définitivement supplanté la ponction lombaire dans de nombreuses cliniques. La facilité d'exécution, la sécurité relative, l'absence complète de réactions permettant aux malades de retourner immédiatement à leur travail, en font véritablement une technique de choix aussi bien pour extraire du liquide céphalo-rachidien en vue d'un examen que pour les injections de lipiodol en vue d'un examen radiographique, pour les injections de médicaments et de sérums. Dans les établissements où la ponction sous-occipitale est pratiquée couramment, les malades ne la craignent pas plus qu'une injection intramusculaire. Elle peut être répétée tous les huit jours, indéfiniment si c'est nécessaire, sans occasionner aucun trouble.

La composition du liquide céphalo-rachidien, obtenu par ponction sous-occipitale, n'est quelquefois pas la même en ce qui concerne l'albumine et les globules blancs que celle du liquide obtenu chez le même malade par ponction lombaire. Ces cas sont trop exceptionnels pour diminuer la valeur de la méthode.

J. étudie longuement la technique de la ponction sous-occipitale et passe en revue les divers points de repère qui ont été conseillés. Quelle que soit la technique adoptée, il est indispensable de s'exercer au préa-

lable sur des cadavres pour acquérir le tour de main nécessaire et éviter de traumatiser inutilement la moelle.

Les accidents et les complications sont beaucoup plus rares qu'avec la ponction lombaire. On en observe cependant. Il ne faut, tout d'abord, pas oublier que l'aiguille se trouve quelquefois à quelques millimètres du nœud vital. Une blessure de la moelle (sauf le cas d'hémorragie) est habituellement sans conséquences ; tout au plus il se produit quelques troubles passagers : vomissements, nystagmus, parésie des membres, parésie faciale, crampes, douleurs en éclairs, etc. Le plus souvent, ces complications relèvent d'une faute de technique, en particulier de piqûres répétées de la moelle qui peuvent être évitées.

Le seul accident grave, quelquefois mortel et cependant impossible à prévoir est la blessure d'une artériole, suivie d'hémorragie. La mort peut alors se produire en quelques minutes. Sur 10.000 ponctions sous-occipitales, on a enregistré 7 cas de mort.

S. Fernet.

Archivio Italiano di Dermatologia Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Recherches cliniques et expérimentales sur les facteurs étiopathogénétiques de quelques épidermomycoses, par Flarer. *Archivio Italiano di Dermatologia Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, f. 5, novembre 1931, p. 415, 11 fig. Bibliographie.

Dans ce copieux mémoire de 70 pages, l'auteur expose une série de recherches qu'il a entreprises pour déterminer quelle peut être l'influence du terrain et plus particulièrement l'influence du *p*H de la sueur sur l'évolution de certaines dermatomycoses.

Pendant longtemps, on s'est attaché surtout à établir des rapports entre les caractères cliniques de ces dermatoses et ceux de leur agent pathogène. Aujourd'hui, l'attention est attirée plutôt vers l'étude du terrain sur lequel évolue l'affection. Il est logique de penser qu'une telle influence s'exerce avec le plus d'évidence dans les dermatoses superficielles occasionnées par les champignons et parmi celles-ci, il convient de signaler plus particulièrement : 1° les formes érythémato-squameuses superficielles des régions périgénitales dues à diverses variétés d'épidermophyton ; 2° les mycoses dyshidrosiformes des mains et des pieds, dues à des mycètes du type trichophyton et épidermophyton ; 3° le *pytiriasis versicolor* dû au *microsporon furfur*.

C'est sur ces trois catégories de dermatoses que l'auteur a fait porter plus spécialement son étude et il s'est attaché à établir :

a) les caractères de la sueur et en particulier sa concentration en ions H-OH ;

b) les caractères de la flore locale, c'est-à-dire la recherche de l'agent pathogène de la dermatose ;

c) l'importance du facteur *p*H des cultures sur milieux artificiels étudiés en goutte pendante ;

d) l'influence des moyens thérapeutiques qui peuvent modifier artificiellement l'équilibre H-OH de la peau.

L'étude de la réaction de la sueur a déjà fait l'objet de nombreuses recherches, chez l'homme et chez les animaux, et suivant les différentes régions du corps humain ; les résultats de ces recherches n'ont pas toujours été concordants. Il semble cependant que, d'une manière générale, on s'accorde à lui attribuer une réaction acide ; elle peut cependant parfois devenir alcaline et cette modification paraît se rencontrer surtout dans les régions riches en glandes sébacées, et serait due à l'action de la matière sébacée graisseuse. Mais, comme le fait remarquer F., ce qui est intéressant, ce n'est pas tant la réaction *potentielle* de la sueur que sa réaction *actuelle*, c'est-à-dire le nombre des ions H qu'elle peut contenir. C'est sur ce point qu'ont porté plus particulièrement les recherches de F. et il a utilisé pour ces études les propriétés bien connues de la pilocarpine et le *p*H a été mesuré par la méthode colorimétrique.

Les constatations faites par l'auteur semblent bien avoir établi que la sueur joue un rôle de premier ordre dans le déterminisme des dermatoses susmentionnées. C'est ainsi que, chez les sujets atteints de *pityriasis versicolor*, la réaction de la sueur varie dans de faibles limites, comme s'il s'agissait bien d'un terrain particulier, et cette réaction est plutôt alcaline, tandis qu'au contraire, chez les sujets exempts de cette affection, les variations du *p*H sont plus accentuées et la réaction est plus généralement acide, comme il est normal. Chez les sujets atteints d'autres formes trichophytiques superficielles ou d'épidermophyties inguinales, le *p*H montre des variations beaucoup plus amples, ce qui concorde avec l'observation habituelle, qui montre la facile et indifférente contagiosité de ces affections, alors que le *pytiriasis versicolor* semble bien atteindre de préférence certains sujets, à l'exclusion des autres.

Une objection qui peut être faite, c'est que la constatation des parasites dans les lésions cutanées ne suffit pas à établir leur rôle pathogène. Mais, pour ce qui concerne les mycètes, ce rôle étiologique peut être affirmé avec certitude par la culture du germe dans le sang et par les réactions allergiques à distance.

Pour les dermatoses dues à des ferments, le rôle pathogène est plus discutable et il est possible qu'ils n'exercent qu'une action accessoire sur une peau atteinte déjà de lésions dues à la macération, à l'hyperhidrose par exemple. Aux preuves cliniques que nous venons de résumer incomplètement, l'auteur ajoute des preuves biologiques :

1° l'influence du *p*H du terrain sur le développement des cultures de mycètes a déjà été établie macroscopiquement par divers auteurs. Des recherches de même ordre effectuées microscopiquement en goutte pendante sont venues confirmer les premières. Ainsi, l'*epidermophyton inguinale*, sur des milieux à réaction acide, pousse difficilement, ne donne que des mycéliums grêles et fragmentés, sans formation d'organes

de reproduction, tandis que la culture est luxuriante sur un milieu alcalin, mais elle donne de nouveau des signes de souffrance, si cette alcalinité est exagérée ;

2° inversement, le développement du parasite a pour effet de modifier la réaction du terrain : si la culture est pratiquée sur un milieu acide, on voit celui-ci tendre progressivement vers l'alcalinité ; si le milieu était au contraire primitivement alcalin, il tend à devenir neutre, mais cette dernière tendance est cependant moins prononcée.

Cette dernière particularité soulève une objection : on peut se demander si la réaction alcaline de la peau des sujets atteints de ces dermatomycoses est une cause ou un effet de l'affection cutanée. F. a fait dans le but d'élucider ce point, diverses expériences qui lui permettent de conclure plutôt à un état primitif ayant une action étiologique.

Au point de vue pratique, ce qu'il importe de retenir, c'est que l'acidité de la peau est défavorable au développement des mycoses cutanées, et cette notion nous conduit à des applications thérapeutiques : emploi de lotions acides, de pommades acides. Les essais tentés par F. dans cette voie ont paru dans certains cas, mais non d'une manière constante, donner des résultats qui ont semblé concorder avec les notions expérimentales. BELGODERE.

Contribution à l'étude de la kératose spinuleuse, par PISACANE. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, f. 5, novembre 1931, p. 479, 11 fig. Bibliographie.

Cette affection est peu fréquente et mal définie, de sorte que, sous le nom de kératose spinuleuse, on a décrit parfois des dermatoses qui, en réalité, étaient diverses et que rapprochaient seulement des apparences. Elle est confondue surtout avec le *lichen scrofulosorum spinulosus*, la kératose pilaire, la kératose folliculaire contagieuse de Brook, le lichen trichophytique spinuleux, les syphilides lichénoïdes spinuleuses.

Piccardi, en 1907, a publié un travail complet sur la question et a ainsi relevé 28 cas dans la littérature, dont 7 contestables. Freund, en 1923, dans une nouvelle revue, en relève 30 cas, mais il en considère seulement 5 comme des cas de kératose spinuleuse vraie.

P. rapporte ensuite l'histoire de deux cas personnels, observés, l'un chez un jeune garçon de 14 ans, dont les lésions siégeaient à la partie postérieure du cou et sur la face d'extension des deux membres inférieurs, l'autre, chez une jeune fille de 15 ans, qui présentait les mêmes lésions à la région postéro-latérale du cou.

Cliniquement, les deux cas étaient identiques, mais l'examen histologique révéla des différences qui permettent à P. de considérer le premier cas comme un *lichen spinulosus* et le deuxième comme une « kératose spinuleuse » vraie.

L'auteur discute ensuite la pathogénie et, se basant sur les données fournies par la littérature, ainsi que sur celles fournies par l'étude de

ses deux cas, il conclut que la kératose spinuleuse doit être considérée comme un syndrome qui se développe chez des sujets ayant une prédisposition constitutionnelle par suite d'une réactivité neuro-végétative et cutanée particulière sous l'influence d'excitations de nature très diverse. La kératose spinuleuse est un syndrome souvent encore obscur dans son étiologie et sa pathogénie ; dans son interprétation, on ne peut, sans présomption, négliger de tenir compte de certaines considérations cliniques qui font admettre : avant tout, des facteurs constitutionnels (début dans l'enfance) ; des rapports avec des manifestations considérées comme étant nettement d'origine constitutionnelle, telles que l'ichtyose (caractère familial observé dans certains cas) et des facteurs neuro-végétatifs et dysendocriniens généraux, particulièrement évidents dans certains cas.

BELGODERE.

Recherches sur un cas singulier de lupus vulgaire à aspect psoriasiforme (Recherches histologiques et thérapeutiques), par GUARDALI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, f 5, novembre 1931, p. 496, 1 fig.

G. rapporte l'observation d'une femme de 44 ans qui présentait une lésion dont le début remontait à l'âge de 20 ans, qui siégeait autour du coude, à la fois sur l'avant-bras et sur le bras, en manchette et dont l'aspect était tout à fait celui d'une lésion de psoriasis, mais il y avait une infiltration de la lésion qui faisait rejeter ce diagnostic et en outre le signe d'Auspitz faisait défaut. A l'examen histologique, on observait dans le derme papillaire des foyers d'infiltration constitués par des éléments lymphocytoïdes et plasma-cellulaires, des cellules épithélioïdes et une quantité discrète de cellules géantes. Ces constatations orientaient le diagnostic vers la tuberculose, mais la recherche du bacille dans les lésions fut négative. Par contre, l'inoculation au cobaye donna un résultat nettement positif. G. élimine le diagnostic de tuberculide auquel on aurait pu songer et qu'il rejette à cause de l'absence de dissémination des lésions, leur longue durée et leur bénignité et le contrôle bactériologique facilement obtenu. Il conclut à une forme anormale de lupus vulgaire d'aspect psoriasiforme. Sur cette lésion, on tenta d'abord un traitement avec la cuti-vaccination de Ponndorff, sans résultat ; puis un traitement avec une préparation aurique, que l'on dut abandonner en raison d'intolérance, enfin, on eut recours à des applications d'onguent au trichlorure d'antimoine qui amena la destruction de l'infiltration dermique avec perte de substance tendant à la réparation. G. pense que ce traitement aurait abouti à la guérison s'il avait été poursuivi un temps suffisant, mais la malade quitta le service.

BELGODERE.

Sur deux cas de « fausse route », mis en évidence au moyen de l'uréthrographie, par Italo LEVI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, f. 5, novembre 1931, p. 501, 3 fig.

Dans un premier cas, chez un malade atteint d'un rétrécissement

uréthral, l'exploration radiographique au moyen d'une préparation lipiodolée, montra que la substance opaque faisait issue hors de l'urèthre au niveau du rétrécissement et formait une collection entourant la partie élevée de l'urèthre spongieux, en aval de la lésion ; de là, le liquide extravasé était largement passé dans les autres parties du système veineux (plexus de Santorini et veines émissaires dirigées vers la saphène interne). Dans un deuxième cas, on observa également la pénétration du liquide opaque, non seulement dans les plexus de Santorini et dans les veines tributaires de la saphène, mais même cette dernière veine était injectée sur une certaine longueur.

L'uréthrographie est donc une bonne méthode d'exploration de l'urèthre qui ne doit pas faire négliger celles que nous possédons déjà, mais qui peut utilement les compléter et permettre de mieux apprécier les caractères d'un rétrécissement uréthral et notamment facilite la mise en évidence d'une fausse route. Grâce à cette méthode, on pourra ainsi différer des sondages qui ne seraient pas sans danger, et on pourra attendre qu'une nouvelle exploration par le même procédé ait permis de reconnaître qu'il n'y a plus de communication entre le canal de l'urèthre et les vaisseaux.

Cette méthode paraît en outre inoffensive, car les malades observés par L., bien qu'il y ait eu pénétration dans la circulation, d'une quantité assez notable de liquide iodé, ne ressentirent pas d'autre désagrément qu'une saveur métallique dans la bouche, assez accentuée.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Brèves considérations sur la leishmaniose cutanée à Messine, par FLARER. *Il Dermosifilografo,* 6e année, nº 11, novembre 1931, p. 609, 7 fig.

Il existe en Italie quelques foyers de leishmaniose, dont la fréquence semble augmenter et qui sont dus, en partie du moins, très probablement à des importations de Lybie. On les rencontre surtout dans les régions méridionales et insulaires et en Sardaigne. En deux mois, F. a rencontré quatre cas de bouton d'Orient, dans la province de Messine, tous les quatre chez des enfants et tous les quatre au visage : tempe, dos du nez, joue droite, paupière supérieure. Il en donne la description :

Dans le premier de ces cas, il existait une quantité considérable de parasites, aussi bien dans les frottis que sur les coupes ; dans le deuxième, parasites moins nombreux mais nets sur les frottis ; dans le troisième cas, qui était plus ancien, ils furent d'une découverte difficile tellement ils étaient peu nombreux et, en outre, ils étaient associés à de nombreux germes pyogènes banaux d'infection secondaire ; dans le quatrième cas, également ancien, ce n'est également que par des recherches répétées que purent être mis en évidence des leishmania

endocellulaires sur les frottis et on ne put parvenir à en découvrir sur les coupes.

L'auteur attire l'attention sur les signes cliniques suivants qui lui ont paru particulièrement caractéristiques : 1° présence d'un bourrelet légèrement cyanotique, très finement et richement vascularisé, avec de petits vaisseaux, tortueux bien visibles, qui ne s'observent pas dans les autres lésions granulomateuses ; 2° absence de réaction inflammatoire à la périphérie, même immédiate ; 3° absence de réaction lymphatique dans les ganglions correspondants.

L'examen du sang dans ces divers cas a révélé une légère éosinophilie (8 à 9 o/o) et une mononucléose portant surtout sur les monocytes (35 à 40 o/o). Il n'y avait pas de parasites dans le sang circulant. Dans le sang prélevé par scarification du bord de la lésion, il y avait un déplacement des rapports quantitatifs des divers éléments, avec prédominance nette de mononucléaires dont il existait des formes variées que F. énumère et décrit. Les parasites étaient endocellulaires pour la plupart et presque tous sous la forme ovale lancéolée.

L'examen du tissu montrait une hyperplasie prononcée de toutes les couches de l'épiderme, avec des formations papillaires très marquées répondant bien à l'aspect végétant de la lésion ulcéreuse. Dans un des cas, le plus récent, la structure générale était celle d'un typique granulome, mais il n'y avait pas trace de structure tuberculoïde, on ne trouvait pas de cellules géantes, ni cet aspect lupoïde sur lequel Mariani, en particulier, a insisté ; il y avait simplement prolifération des éléments histioïdes locaux. Dans ce cas également, les parasites étaient particulièrement abondants, formaient de véritables amas, au niveau desquels les éléments mononucléaires de l'infiltrat présentaient des signes de régression, une vacuolisation, sans cependant jamais offrir l'aspect de cellules épithélioïdes ou de cellules géantes. Dans un autre cas, le plus ancien, la note histologique dominante était la prolifération des éléments conjonctifs à la périphérie, qui expliquait la consistance particulièrement dure de la lésion dans ce cas.

Chez aucun de ces quatre enfants, il n'y avait de traces de localisation viscérale, de kala-azar.

Au point de vue thérapeutique, F. a essayé le traitement général par l'antimoine, le traitement local par les injections d'émétine, avec des résultats peu satisfaisants. Par contre, avec le radium, il a obtenu un bon résultat et relativement rapide. BELGODERE.

Sur le comportement de l'azote incoagulable du sang dans les dermatites aiguës artificiellement provoquées, par Alberto MIDANA. *Il Dermosifilografo*, 6e année, n° 11, novembre 1931, p. 621. Bibliographie.

Un certain nombre d'auteurs ont affirmé que l'augmentation de l'azote incoagulable et de quelques-uns de ses composants, constatée en particulier dans les dermatoses étendues et généralisées, n'est pas l'expression d'une altération des processus d'échange organique, mais l'indice d'une

augmentation de la nutrition cellulaire du tissu malade (par azote « incoagulable » on entend les produits ultimes du métabolisme protéique, c'est-à-dire les composés azotés non protéiques du sang ; les éléments les plus importants de cet azote incoagulable sont l'urée, l'acide urique, la créatine, la créatinine).

L'auteur a cherché à apporter une contribution à cette question par des recherches faites simultanément sur les échanges azotés dans un district cutané en proie à un processus inflammatoire aigu par comparaison avec la nutrition d'un district homologue en conditions physiologiques, en comparant le taux de l'azote incoagulable du sang provenant de ces territoires. Dans ce but, l'auteur a provoqué chez quelques individus, à l'avant-bras, une dermatite aiguë expérimentale et il a pu facilement confronter la nutrition d'un territoire donné, intact, avec celle du territoire correspondant enflammé.

De l'examen des résultats obtenus, l'auteur conclut que :

1° l'altération de la nutrition sur une portion de peau en proie à un processus aigu spécifique provoque une augmentation de l'azote incoagulable du sang provenant de ce territoire ;

2° les résultats obtenus confirment l'hypothèse que l'augmentation du taux de l'azote incoagulable du sang dans diverses dermatoses ne doit pas être considérée exclusivement comme la conséquence d'une altération des échanges organiques en général, mais, au moins en partie, comme l'expression d'une augmentation des échanges cellulaires dans le tissu malade. BELGODERE.

Relevé statistique sur le mouvement des maladies vénériennes dans la clinique dermosyphilographique de Florence dans la période de 20 années (1910-1929), par U. CERCHAI. *Il Dermosifilografo*, 6e année, n° 11, novembre 1931, p. 635

L'auteur a fait une étude statistique des maladies vénériennes à Florence pendant ces vingt dernières années en utilisant le matériel de la Clinique de l'Université qui comprend un dispensaire pour les cas légers traités ambulatoirement et des salles d'hospitalisation pour les cas plus graves. Il a établi des statistiques comparées par périodes de cinq ans, ce qui permet de mieux se rendre compte des fluctuations de ces maladies.

Il en résulte que, dans la dernière période quinquennale, toutes les maladies vénériennes ont subi une diminution par rapport aux trois périodes précédentes :

pour la syphilis en général, diminution de 1 : 0,57 ;
pour la syphilis secondaire, diminution de 1 : 0,34 ;
pour la blennorragie, diminution de 1 : 0,42 ;
pour le chancre mou, diminution de 1 : 0,11.

Donc, c'est le chancre mou qui a subi la diminution la plus forte, ce qui s'explique par la courte incubation qui permet de remonter facilement à la source de la contagion, et aussi à ce que l'ulcère, douloureux,

interdit les rapports sexuels. Cette diminution est d'autant plus remarquable que, dans la première période quinquennale, c'est au contraire le chancre mou qui venait en tête. La chute de la courbe a été interrompue par des recrudescences nettement synchrones, notamment pour la blennorragie et la syphilis, les maxima étant constatés au début de la guerre (1915-1916) et aussitôt après la guerre (1919-1920).

Dans la seconde moitié de la dernière période quinquennale, la syphilis a subi une augmentation marquée, la blennorragie une augmentation légère, le chancre mou continuant à diminuer.

Les causes de la diminution des maladies vénériennes en général sont diverses ; il faut faire intervenir des facteurs économiques et sociaux qui, dans cette période des vingt années qui viennent de s'écouler, ont subi tant de bouleversements. Mais le rôle de la prophylaxie ne doit pas être sous-estimé et elle a eu certainement sa part dans cette heureuse évolution de la statistique.

Cependant, la recrudescence de la syphilis dans ces dernières années est un fait assez difficile à expliquer, d'autant plus qu'elle n'a pas été constatée seulement en Italie, mais aussi dans la plupart des pays, et ce qu'il y a de plus singulier, c'est qu'on n'a pas seulement observé une recrudescence des cas nouveaux, mais aussi des accidents tardifs, et il semble donc qu'on doive faire intervenir là des facteurs biologiques encore obscurs, qui déterminent le génie épidémique des diverses maladies. BELGODERE.

Acta Dermatologica (Kyoto).

Sur l'inoculation du spirochète pâle sur différents points du corps chez le lapin (Impfersuche der Spirochæta pallida an verschiedenen Körpferregionen des Kaninchens). *Acta Dermatologica*, t. XVIII, f. 3-5, 1931, p. 55.

Voici, par ordre, les lieux d'élection d'inoculation du spirochète de la syphilis sur le lapin :

1° scrotum, lombes, crête iliaque ;

2° paupière, oreille (racine) ;

3° dos du nez, front, dos du thorax, côté externe des cuisses, côté antérieur des cuisses et des jambes.

Elle échoue sur l'angle de la bouche, le muscle de l'oreille, la nuque, le cou, les parties antéro-latérales du thorax, l'abdomen, les extrémités antérieures, la face interne des cuisses, le gland.

Les lésions d'inoculation se développent plus vite, plus largement et surtout plus longtemps, suivant qu'elles ont lieu sur un lieu d'élection plus idoine. CH. AUDRY.

Que devient le tréponème pâle dans la cavité méningée après inoculation sous-arachnoïdienne chez le lapin, par Z. OHYA (résumé en français). *Acta Dermatologica*, t. XVIII, f. 3-5, 1931, p. 69.

Conclusions : le tréponème pâle, introduit en émulsion d'eau salée dans

la cavité sous-arachnoïdienne du lapin y conserve sa vitalité et son pouvoir infectieux pendant 24 et 48 heures au plus (on l'en retire pour inoculations successives). Une seule fois sur huit, l'ultra-microscope a découvert des tréponèmes pâles dans le liquide céphalo-rachidien du lapin inoculé sous l'arachnoïde, après 24 heures. Ils franchissent la barrière encéphalo-hématique 48 heures après l'inoculation.

Une culture de tréponèmes pâles dans le liquide céphalo-rachidien du lapin, pratiquée *in vitro*, les garde vivants pendant 24 et 48 heures.

CH. AUDRY.

Sur le changement du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis expérimentale par inoculation sous-arachnoïdienne chez les singes, par Z. OHYA. *Acta Dermatologica*, t. XVIII, f. 3-5, 1931, p. 77 (en français).

Les recherches ont porté sur le *Macacus cynomolgus*. Contrairement à ce qui se passe chez le lapin, D. a réussi à obtenir quelquefois des altérations céphalo-rachidiennes chez ces singes par inoculation sous-arachnoïdienne. De la cavité méningée, les tréponèmes passent dans le sang avec réactions sérologiques positives (réactions de Wassermann et Sachs-Georgi). Les symptômes généraux déterminés par ce mode d'infection sont insignifiants.

CH. AUDRY.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

De l'aptitude du sang à réduire l'acide salicylique au cours des dermatoses allergiques et des autres affections de la peau, par CHYLEWSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, nos 3-4, 1931, p. 236.

Le point de départ de ce travail est une constatation des auteurs allemands : le sang des asthmatiques réduit incomplètement l'acide salicylique *in vitro* ; la présence probable d'acide non neutralisé dans la circulation favoriserait la production des accès d'asthme.

L'éther dissout l'acide salicylique libre, mais non ses sels de soude qui résultent normalement de sa neutralisation dans le sang. Dès lors, la technique est simple : on mélange 30 milligrammes d'acide salicylique avec 10 centimètres cubes de sang et, après 20 minutes, on ajoute 20 centimètres cubes d'éther et l'on agite pendant 5 minutes. L'acide libre se dissout dans l'éther qu'on sépare du sang. Après évaporation de l'éther, l'acide salicylique reste déposé sur les parois du récipient. On le dissout avec de l'eau chaude et on ajoute une solution à 1 o/o de chlorure de fer ; il se produit une coloration violette d'autant plus intense que l'acide était plus abondant. Un colorimètre spécial permet d'évaluer la quantité d'acide salicylique qui a été extraite.

Ch. a cherché à savoir si dans les dermatoses allergiques, comme dans l'asthme, le sang était moins apte à neutraliser l'acide salicylique. 57 malades atteints de dermatoses diverses ont été examinés à ce point de vue. C'est en effet dans l'eczéma et dans l'urticaire que le sang réduit le moins l'acide salicylique ; on arrive à extraire de 0,79 à 1,2 milli-

gramme d'acide libre, alors que, dans les mêmes conditions, on ne peut extraire que 0,5 à 0,6 d'acide libre du sang des sujets sains. Dans certaines dermatoses, comme le psoriasis, quelques pyodermites, le sang a paru fixer plus d'acide salicylique que celui des individus sains.

S. FERNET.

Les réactions sérologiques dans la syphilis expérimentale du lapin, par CHORAZAK et ZISCH. *Przeglad Dermatologiczny*, nos 3-4, 1931, p. 259.

Les auteurs ont pratiqué 3.058 réactions sérologiques diverses sur le sang de 220 lapins sains ou porteurs de syphilis expérimentale. Aucune des réactions actuellement en usage ne s'est montrée parfaitement spécifique et beaucoup donnaient même un fort pourcentage de réactions non spécifiques. Les réactions de Sachs-Georgi et de Meinicke ont paru les meilleures, en particulier lorsque la nourriture des lapins était additionnée de chlorure de sodium. Mais même dans ces conditions, elles n'ont pas de valeur absolue.

Il y a donc lieu de s'étonner que certains auteurs tiennent compte des résultats des réactions sérologiques en ce qui concerne la syphilis expérimentale. En aucun cas, aucune d'elles ne peut servir d'argument pour ou contre l'infection syphilitique du lapin. S. FERNET.

Etude de la coagulation sanguine chez les syphilitiques et de ses rapports avec le taux du calcium et les groupes sanguins, par MIENICKI. *Przeglad Dermatologiczny*, nos 3-4, 1931, p. 274.

M. a étudié la coagulation sanguine au cours de la syphilis en tenant compte du taux du Ca dans le sang et des groupes sanguins. Les 204 malades choisis pour ces examens n'avaient pas subi de traitements depuis au moins deux mois ; les influences médicamenteuses pouvaient donc être considérées comme négligeables.

Le sang des syphilitiques présente, d'une façon générale, une tendance au ralentissement de la coagulation ; cette tendance s'accentue de la première à la troisième période. La moyenne du temps de coagulation a été à la première période de 8′27″, à la deuxième de 9′19″, à la troisième 9′39″. Au contraire, dans le tabès et la paralysie générale, il y a tendance à l'accélération de la coagulation ; les moyennes du temps de coagulation ont été de 8′7″ dans le tabès et de 7′30″ dans la paralysie générale.

générale. Le taux du Ca sanguin se maintient dans les limites normales à toutes les périodes de la syphilis ; il y a donc, dans la paralysie générale, une légère disproportion entre le taux du Ca, sensiblement normal, et une coagulation légèrement accélérée.

Le groupe sanguin auquel appartient le malade n'influe ni sur la calcémie ni sur la coagulation. S. FERNET.

La présence du diplocoque de Neisser dans le sang au cours de la blennorragie, par FEDOSEWICZ et SAWICKI. *Przeglad Dermatologiczny*, nos 3-4, 1931, p. 305.

F. et S. ont recherché le gonocoque dans le sang chez 307 sujets atteints de blennorragie. Le milieu de culture était composé de : 1 partie de sérum humain et 3 parties de gélose. La présence du gonocoque dans le sang a été constatée dans 18,5 o/o des cas d'uréthrite antérieure au cours des 15 premiers jours de l'évolution et dans 23,3 o/o des cas à partir de la troisième semaine. Dans les blennorragies compliquées, on a trouvé le gonocoque dans le sang dans 63 o/o des cas au cours des deux premières semaines et dans 22,5 o/o des cas à partir de la troisième semaine. Enfin, dans 3 cas, on trouvait le gonocoque dans le sang, alors qu'on ne pouvait le déceler dans les sécrétions uréthrales.

Les auteurs concluent de leur recherche que le gonocoque peut passer dans le sang à toutes les périodes de la blennorragie et même en l'absence de complications. La bactériémie gonococcique est cependant la plus fréquente dans les premiers 15 jours de l'évolution des blennorragies compliquées. Elle est moins fréquente à partir de la troisième semaine, moment où les réactions de fixation du complément deviennent positives et où, probablement, des anticorps spécifiques apparaissent dans le sang. Le passage du gonocoque dans le sang paraît se faire par décharges successives, il est donc nécessaire de faire des cultures répétées chez le même sujet pour déceler la bactériémie qui est plus fréquente qu'on ne l'admet généralement. S. FERNET.

Mémoires cliniques de l'Hôpital St-Lazare (Varsovie).

A propos de la maladie de Darier, par BERNHARDT. *Mémoires cliniques de l'Hôpital St-Lazare*, t. I, f. 1, 1931, p. 19.

B. rappelle qu'il a toujours vu au début de la maladie de Darier des papules surmontées de vésicules. Dès 1907, il a décrit la lésion élémentaire de cette affection comme une papule acuminée, d'un rouge vif, surmontée d'une vésiculette. Il signalait, de plus, que les lésions histologiques de début consistaient en phénomènes inflammatoires de la couche papillaire, en un œdème inter- et intracellulaire de l'épiderme et en la formation de vésicules unicellulaires entre les lames de la couche cornée. S. FERNET.

A propos de la terminologie, par BERNHARDT. *Mémoires cliniques de l'Hôpital St-Lazare*, t. I, f. 1, 1931, p. 72.

B. déplore l'incohérence qui se manifeste dans l'emploi des termes relatifs à la sensibilité, l'allergie, l'anaphylaxie. Il est nécessaire de donner à chacun d'eux une signification précise.

Il propose de réserver le nom de *vulnérabilité* (innée ou acquise) aux états dans lesquels nous ne constatons pas d'élaboration d'anticorps et qui se manifestent par des réactions d'intensité exagérée en présence d'agents qui, chez la moyenne des individus, ne produisent que des réactions faibles et banales. C'est le cas de l'individu qui, à la suite d'une irradiation faible par les rayons ultra-violets fait un érythème

bulleux intense alors que, habituellement, dans les mêmes conditions, on n'observe aucune réaction ou seulement un érythème insignifiant et fugace. Lorsque cette réaction exagérée se produit à la suite de la deuxième ou troisième irradiation, il s'agit de vulnérabilité acquise.

B. propose de réserver le terme de *sensibilisation* ou d'*allergie* aux états dans lesquels nous constatons la présence d'anticorps et qui se manifestent par des réactions cutanées en présence d'agents qui, chez la moyenne des individus, ne produisent aucune réaction. Lorsque cette sensibilisation est congénitale, c'est l'*idiosyncrasie*, lorsqu'elle est acquise, c'est l'*allergie proprement dite*.

Il faut réserver le terme d'*anaphylaxie* aux phénomènes allergiques qui se produisent en présence de substances albuminoïdes.

S. Fernet.

Un cas de lupus érythémateux, par Jarninski. *Mémoires cliniques de l'Hôpital St-Lazare*, t. I, f. 1, 1931, p. 76.

J. présente un cas de lupus érythémateux qui n'a été que partiellement amélioré par des injections d'iodo-bismuthate de quinine. De nouvelles lésions étaient apparues peu de temps après ce traitement. J. fit alors une série d'injections d'allochrysine à doses progressives de 0,05 à 0,20 tous les 5 à 8 jours. L'amélioration fut très rapide et la guérison obtenue après 12 injections qui n'ont occasionné aucune réaction générale ni focale.

La malade, revue quelques mois plus tard, accusait de l'asthénie, de l'inappétence, de l'insomnie. Elle présentait, en outre, une éruption généralisée de psoriasis. Les sels d'or ont déjà été accusés de réveiller des psoriasis latents ; il s'agit, dans ce cas, d'une première atteinte.

S. Fernet.

Parapsoriasis en gouttes, par Rygier-Cegalska et Bruner. *Mémoires cliniques de l'Hôpital St-Lazare*, t. I, f. 1, 1931, p. 86.

Dans un cas de parapsoriasis en gouttes, R. C. a obtenu une amélioration par les rayons ultra-violets et des injections de chlorhydrate de pilocarpine aux doses de 0,002 à 0,015.

B. a obtenu la guérison d'un parapsoriasis en gouttes par la radiothérapie de la colonne vertébrale, suivant la méthode de Gouin.

S. Fernet.

Lupus érythémateux, toxidermie aurique, par Jarninski. *Mémoires cliniques de l'Hôpital St-Lazare*, t. I, f. 1, 1931, p. 101.

Observation d'un lupus érythémateux datant de 3 ans, traité simultanément par les rayons ultra-violets et des injections d'allochrysine (à 0,20). Neuf jours après la dernière irradiation et deux jours après la dernière injection d'allochrysine, une dermite érythémato-pigmentée intense avec œdème, apparut sur le dos. Elle était exclusivement limitée aux territoires qui avaient été irradiés et plus accentuée du côté qui

était constamment exposé au soleil. Il y eut simultanément une vive réaction focale dans toutes les lésions lupiques et aux points où l'on avait antérieurement pratiqué des intradermo-réactions à la tuberculine. Des cuti-réactions au sel d'or étaient faiblement positives dans les régions non irradiées et négatives dans les régions irradiées. Des injections d'hyposulfite de soude étaient suivies d'une amélioration rapide.

Est-ce la lumière ou l'or qui a joué le rôle de sensibilisateur ? En raison de l'apparition tardive de l'érythème (9 jours après la dernière irradiation), en raison des réactions focales qui se sont produites dans les lésions lupiques et dans les foyers d'anciennes tuberculino-réactions, il faut interpréter ce cas comme une toxicodermie aurique chez un sujet sensibilisé par la lumière. S. FERNET.

Ceska dermatologie (Prague).

Un cas d'insuffisance chronique thyroïdienne chez un adulte, par Emil PETRACEK (Prague). *Ceská dermatologie*, 12e année, nº 4, octobre 1931, p. 233.

Chez un homme de 54 ans, un eczéma des extrémités plantaires envahit, en neuf mois, le corps entier. Deux mois avant l'hospitalisation, il y avait des œdèmes des extrémités et de la face. A l'examen, le sujet présente des œdèmes durs, le signe du godet est négatif. La peau est épaissie, très sèche, d'un rouge-brun et, par endroits, cyanotique. Aux extrémités, l'eczéma est suintant, sur le corps la desquamation rappelle une dermatite exfoliatrice. Sur la nuque et sur les tempes, les cheveux tombent, ainsi que les sourcils et les poils de l'aine. Les cheveux restants sont ternes et cassants. Le malade est somnolent et délire de temps en temps. Artériosclérose. Lymphocytose, neutropénie. Métabolisme basal diminué de 12 o/o. La courbe du sucre dans le sang montre une élimination ralentie. Tous ces symptômes s'améliorent par l'administration de tablettes de thyroïde (0 gr. 1, Dr Heisler). En augmentant progressivement la dose jusqu'à quatre tablettes par jour, on a guéri le malade en six semaines. L'auteur explique le tableau clinique décrit ci-dessus en supposant qu'il y a une combinaison de myxœdème (transudat) et d'un œdème lymphatique. Il croit que les hormones thyroïdiennes sont nécessaires, non seulement au maintien de la fonction circulatoire des voies sanguines (Sämberger, Eppinger), mais encore au maintien de la fonction du réseau lymphatique. Il est d'ailleurs connu que dans le myxœdème, Sattler et Ganz ont observé des lymphangiectasies. D'autre part, l'hypertrophie des tissus observée dans le myxœdème peut être expliquée par la stase de la lymphe. KAREL GAWALOWSKI.

Un cas d'anurie non encore décrite, anurie consécutive à une brûlure, par Marie RUNTOVA (Prague). *Ceská dermatologie*, 12e année, nº 4, octobre 1931, p. 242.

Chez une malade de 40 ans, atteinte de brûlures du deuxième et troisième degrés se manifeste au cinquième jour, après une oligurie

passagère, une difficulté de la miction et de la défécation. Cet état de dysurie avec rétention urinaire a rendu nécessaire le cathétérisme quotidien pendant 5 semaines. En même temps, on a constaté un iléus paralytique fonctionnel. Après ces 5 semaines, phénomènes contraires : incontinence d'urine et des matières. La malade est morte 5 jours après et l'autopsie a montré une dégénérescence parenchymateuse de plusieurs organes et une *tumor lienis septicus*. Les brûlures, qui intéressaient aussi la face et les extrémités, étaient plus profondes dans la région sacrée. A cet endroit, une perte de tissu s'est produite sur 10 centimètres de largeur, 16 centimètres de longueur avec atteinte du périoste. La topographie anatomique de cette lésion permet trois explications : 1° la gangrène a atteint l'*hiatus sacro-coccygeus* et, par là, la *cauda equina* à travers le *ligamentum sacro-coccygeum posterior* ;

2° le processus a pu atteindre les racines de la queue de cheval à travers l'*hiatus lumbosacralis* ;

3° la gangrène a pu endommager les racines S_3-S_4 directement par les *foramina sacralia posteriora*.

Ce sont justement les nerfs qui innervent *musculus sphincter* et *detrusor vesicæ* et *musculus sphincter ani*. La dégénérescence causée par la brûlure dans les nerfs pourrait expliquer le tonus élevé d'abord et puis la paralysie. KAREL GAWALOWSKI.

L'alnagon, un nouveau remède antiblennorragique et anticatarrhal, par V. RAMIS (Prague). *Ceská dermatologie*, 12e année, novembre 1931, p. 259.

La nouvelle préparation « alnagon » possède des propriétés antiseptiques et astringentes. L'élément astringent est l'aluminium. Celui-ci, qui est, au point de vue pharmacologique, la partie la plus importante de la glaise, exerce, à côté du tannin, selon les expériences de Schütz, une très forte action inhibitrice sur la sécrétion des glandes. Dans cette préparation, le pouvoir antiseptique est dû au β-naphtol. L'efficacité de la solution aqueuse d'alnagon est encore renforcée par la glycérine, qui, d'une part, en facilite l'action et, de l'autre, présente elle-même certaines propriétés antiseptiques et calmantes. L'emploi de l'alnagon nous fournit un remède efficace contre l'inflammation en même temps qu'antiseptique. Le nom chimique de l'alnagon est sulfo-β-naphtol-aluminium. L'auteur l'a ordonné en solution de 1/2 à 1 o/o dans l'eau et la glycérine au début du traitement et de 1 à 2 o/o après la disparition des gonocoques et à la fin du traitement.

KAREL GAWALOWSKI.

La syphilis dans le district de Medzilaborce en Slovaquie, par Hyner PELC et Iosif HYNIE (Prague). *Ceska dermatologie*, 12e année, no 5, novembre 1931, p. 263 et no 6, décembre 1931, p. 291.

Au cours des dernières années, on a signalé que dans la Slovaquie de l'Est, près du défilé de Dukla, la population souffrait gravement de la syphilis. C'est cette contrée que la guerre a ravagée en 1914-1915. Ce

travail contient les résultats des investigations faites dans la commune de Habura, la plus atteinte.

Après la guerre, une affection gommeuse se montrait dans le village, quelques cas isolés d'abord, des cas agglomérés, surtout à partir de 1927. En général, plusieurs membres de la même famille étaient atteints de gommes de la peau, du nez, du palais ou du larynx. La destruction du nez, la perte de la voix étaient fréquentes. Les processus gommeux se multipliaient surtout entre 1920-1930. Chez les enfants au-dessous de 8 ans, on ne constatait pas de syphilis. On n'a pas vu de syphilis nerveuse. On ne trouvait que chez deux sujets des cicatrices typiques, traces de chancres durs sur l'appareil génital, mais chez 20 o/o des syphilitiques, on remarquait des petites cicatrices sur les lèvres avec scléradénite locale. La syphilis héréditaire est extrêmement rare.

Il semble que, dans les dernières années, il n'est pas apparu d'infections nouvelles ; on n'a découvert que des stades tertiaires d'une syphilis familiale ancienne. Du fait que les gommes ont apparu chez des individus d'âges différents dans les mêmes années et des constatations négatives chez les jeunes enfants, on peut conclure qu'il s'agit d'une syphilis importée dans la commune, où elle s'est répandue après la guerre. L'invasion des armées russes en 1914 et 1915 pourrait en être la source, mais il faut plutôt incriminer l'évacuation de la population et le séjour d'exil qu'elle a passé dans les contrées méridionales de l'ancienne Autriche-Hongrie. C'est probablement là que la plupart des infections, peut-être extra-génitales, se sont produites. Puis, au cours de la phase contagieuse, la maladie s'est répandue dans le village. Depuis l'automne de 1930, la population est soumise à un traitement rigoureux. On peut espérer que la contrée sera rapidement débarrassée de la syphilis.

KAREL GAWALOWSKI.

Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Contribution à l'étude du rôle de l'infection secondaire dans le lupus vulgaire, par S. T. PAWLOW (Leningrad). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii.* t. IX, nos 7-8, septembre-octobre 1931, pp. 567-574, 1 fig.

Les données bibliographiques montrent que la question de l'influence de l'infection secondaire sur la marche et la terminaison de la tuberculose en général et de la tuberculose cutanée en particulier, — quoique ancienne, — n'est pas encore résolue. Les auteurs sont loin de se mettre d'accord sur ce sujet, les uns niant la signification de l'infection secondaire, les autres, au contraire, lui attribuant une grande importance. C'est pourquoi l'observation personnelle de l'auteur mérite attention, tant au point de vue théorique que pratique.

Il s'agit d'un paysan vigoureux de 20 ans, n'ayant rien de particulier au point de vue général. Son affection cutanée a débuté, il y a 8 mois, au doigt et a gagné depuis lors la face. Elle se présente actuellement

au dos sous forme d'une manifestation cicatricielle et atrophique au centre et croûteuse à la périphérie. Sous les croûtes, on trouve des ulcérations saignantes et infiltrées. A la face, au nez, à la lèvre supérieure et aux joues, on constate des croûtes purulentes et saignantes qui recouvrent des ulcérations infiltrées et violacées. Les tubercules ne se voient nulle part. La muqueuse nasale et buccale est ulcérée et saigne facilement. En plus, on découvre des signes de séborrhée au dos et à la face. La poitrine et le ventre sont couverts d'éléments folliculaires papuleux et pustuleux, isolés et confluents. Bordet-Wassermann négatif, Pirquet positif. Le pus ensemencé ne donne que des staphylocoques dorés. Durant l'observation de trois ans, les traitements externes n'ont pas influencé le processus qui allait toujours en s'aggravant. De nouveaux éléments continuaient à se former sur toute l'étendue des téguments cutanéo-muqueux. L'iodure de potassium n'a pas amélioré le malade. Les inoculations au cobaye de fragments ulcérés ont donné un tableau de tuberculose ganglionnaire, hépatique et splénique avec des bacilles tuberculeux typiques.

L'auto-hémothérapie n'a produit aucun effet, mais l'auto-vaccino-thérapie, accompagnée de réactions générales et locales, a exercé un effet très favorable en provoquant une cicatrisation des ulcérations cutanées.

L'auteur conclut que son cas est un hybride de lupus vulgaire avec pyodermie chronique. Le traitement dirigé uniquement contre la tuberculose n'est pas efficace dans ces cas, il est même nuisible, tandis que, dirigé contre l'infection secondaire purulente, il fournit des résultats positifs, car l'auto-vaccin spécifique enlève l'obstacle à la guérison du processus combiné. BERMANN.

Les cas sporadiques de pellagre dans la Russie du Nord, par D. S. GUINZBOURG (Vologda). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 7-8, septembre-octobre, 1931, pp. 575-585.

Après une revue bibliographique de la question, l'auteur rapporte les cas personnels observés de 1926 à 1930.

Ils sont au nombre de 5 et concernent tous des femmes de 12, 22, 33, 42 et 62 ans. Parmi les malades, il n'y avait qu'une citadine, les quatre autres étaient des paysannes. Aucune d'elles n'a quitté son pays. La maladie a été observée au printemps et en été. Tous les cas s'accompagnaient de lésions cutanées et gastro-intestinales typiques. Les phénomènes nerveux et psychiques ont été observés dans quatre cas. Dans deux cas terminés par la mort, on avait le tableau du typhus pellagreux ; dans deux autres, la maladie a évolué sous forme de cachexie chronique et dans un cas, comme subchronique. L'examen du sang a montré une leucocytose et une lymphocytose. L'urine contenait des leucocytes, des érythrocytes et une flore bactérienne. Les organes génitaux ont été frappés dans quatre cas. La muqueuse buccale a été touchée dans trois cas, la muqueuse jugale dans deux. Les coudes ont été atteints dans trois cas. Les troubles oculaires ont été enregistrés dans trois cas. L'érythème a

duré jusqu'à six mois, ce qui différencie ces cas de l'érythème solaire.

L'auteur conclut que pour la première fois la pellagre s'observe au Nord de la Russie, où l'on ne cultive et ne consomme pas de maïs. L'absence d'épidémie familiale et l'état stationnaire des malades bien nourris à l'hôpital parlent également contre la théorie du maïs. Les cas décrits font penser à l'origine infectieuse de la pellagre. La localisation de l'érythème aux parties couvertes et durant les mois où le soleil ne chauffe que très peu font réserver au soleil un rôle limité. La connaissance de la pellagre s'observant non seulement aux pays chauds, mais aussi septentrionaux, fera éviter aux médecins bien des erreurs de diagnostic et de traitement. BERMANN.

Contribution à l'étude des altérations des nerfs cutanés dans diverses maladies de la peau, par M. A. ROSENTOUL (Perm). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 7-8, septembre-octobre 1931, pp. 586-590, 18 microphotographies.

Se basant sur des recherches histologiques personnelles concernant la peau saine et dans des cas de maladie de Recklinghausen, d'eczéma, de tuberculose verruqueuse, de lupus vulgaire, de prurigo de Hébra, de radiodermite, de kraurosis de la vulve (en tout 130 préparations), l'auteur arrive aux conclusions suivantes : les terminaisons nerveuses libres n'existent qu'à la gaine externe du poil, mais sont absentes dans la gaine interne. Autour des glandes sébacées, on observe un grand nombre de nerfs myéliniques et amyéliniques, mais l'intérieur de ces glandes n'en a pas du tout. Les renflements du cylindre-axe sont des commencements de la démyélinisation du faisceau nerveux. Dans la suite, aux endroits des incisures de Schmidt-Lantermann, apparaissent des gonflements sous forme de manchons allongés sur la périphérie. L'imprégnation inégale d'un nerf n'est pas un phénomène fortuit, mais témoigne de la structure chimiquement modifiée du faisceau. Les épaississements des terminaisons nerveuses libres de l'épiderme observés dans l'eczéma et le prurigo semblent être en rapport avec le prurit et l'entretenir. Les phénomènes de dégénération s'accompagnent toujours des phénomènes de régénération. Plus la régénération est intense, plus sont forts les phénomènes de prolifération du côté de la gaine de Schwann. Vu que dans la radiodermite, avec phénomènes prononcés de dégénérescence, avec désagrégation de la myéline, etc., on constate à côté d'un grand nombre de cellules de Schwann, leur passage en cellules granuleuses (« cellules de désagrégation » de Bielschewsky), il faut reconnaître que ces dernières possèdent les fonctions phagocytaires. Le faisceau nerveux possède une grande stabilité ; ainsi, dans le lupus, lorsque l'infiltration a déjà détruit le poil, on peut encore voir, à l'endroit de l'ancien poil, un réseau fantasque des gros faisceaux nerveux épaissis ; dans le lupus et la tuberculose verruqueuse, on trouve des corpuscules de Golgi-Mazzoni non altérés situés à l'intérieur de l'infiltration. La régénération marchant parallèlement avec la dégénération explique la reconstitution

du faisceau au cours de la guérison, c'est-à-dire qu'avec l'éloignement de la cause morbide cessent les phénomènes de dégénérescence. Le système nerveux de la peau montre dans les dermatoses des altérations pathologiques dont le caractère et le degré varient en rapport avec la forme, la localisation et la durée du processus. Dans les processus inflammatoires, ces modifications diffèrent de celles observées dans les processus atrophiques et proliférants. Dans les premiers cas, on observe une analogie avec les névrites ; dans les seconds, les phénomènes dégénératifs et dans les troisièmes, les phénomènes de dégénérescence et de régénération. La question, si les modifications nerveuses sont primitives et provoquent la dermatose, ou si elles sont secondaires, consécutives à l'affection cutanée, n'est pas encore résolue définitivement.

BERMANN.

A propos des érythrodermies, par E. D. DANILEWSKAÏA (Rostov-sur-le-Don). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 7-8, septembre-octobre 1931, pp. 591-600.

Après un aperçu général et bibliographique relatif aux érythrodermies, l'auteur rapporte ses observations personnelles concernant 23 cas ayant séjourné à la clinique durant les 12 dernières années.

Les 23 cas observés concernent 17 hommes et 6 femmes ; le sexe fort est donc trois plus exposé. L'âge des malades oscille de 5 à 62 ans, le plus fréquemment observé se trouvant entre 35 et 55 ans. Si l'on répartit ces cas d'après le schéma de Brocq, on obtient : érythrodermie primitive, érythème scarlatiniforme, 1 cas et dermatite exfoliatrice, 3 cas, érythrodermie secondaire, généralisation du processus général, eczéma, 7 cas, psoriasis, 4 cas, *lichen ruber acuminatus*, 3 cas, dermatite salvarsanique, 2 cas, gale norvégienne, 1 cas, érythrodermie leucémique, 1 cas et herpétide maligne de Bazin, 1 cas. Les érythrodermies secondaires sont donc plus nombreuses et elles témoignent de l'hypersensibilité cutanée des malades envers tel ou tel autre agent toxique ou infectieux. Tous les cas d'érythrodermies étaient accompagnés de dermographisme blanc. A la période d'état, ce symptôme manque, puis réapparaît à la période du déclin, le dermographisme normal. L'érythrodermie s'accompagne toujours de prurit plus ou moins intense. Le troisième signe des érythrodermies est l'adénopathie généralisée, surtout inguinale, fémorale, sous-axillaire. L'adénopathie diminue avec l'amélioration du prurit et de l'érythrodermie. Le processus érythrodermique se présente donc ainsi : avec le dermographisme blanc sur la peau rouge, l'hyperémie dépend de l'irritation ou de la paralysie des nerfs vaso-dilatateurs, le courant sanguin est ralenti, les substances toxiques s'accumulent et irritent la peau et causent le prurit. Le grattage accélère la circulation sanguine et lymphatique, ce qui provoque à la longue une augmentation des ganglions lymphatiques. L'amélioration entraîne des phénomènes inverses et la diminution des glandes lymphatiques.

BERMANN.

Sur quelques particularités du sérodiagnostic de la syphilis chez les femmes enceintes, par S. A. Tchougouïéwa et J. M. Kowalsky (Moscou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii,* t. IX, nos 7-8, septembre-octobre 1931, pp. 601-605.

Après une étude générale du sujet, les auteurs rapportent les résultats de leurs recherches personnelles. Ils ont examiné 1.026 sérums dont 736 appartenaient à des femmes enceintes et 290 (sans grossesse) servant de contrôle. Parmi les 736 femmes grosses, il n'y en avait que 116 qui n'ont pas été examinées par le syphiligraphe, les 620 autres ont été examinées par le gynécologue et le vénéréologue.

Se basant sur l'anamnèse et la clinique, tous les cas ont été répartis en 5 groupes : 1° 652 femmes saines, dont 156 dans la première moitié de la grossesse et 496 dans la seconde. L'arrêt de la réaction par la grossesse a été observée dans 33 cas ; 2° 36 cas ont eu des avortements, des mort-nés, mais pas d'origine syphilitique. 32 cas se trouvaient dans la première moitié de la grossesse et 4 dans la seconde. L'arrêt de la réaction par la grossesse s'est fait dans deux cas ; 3° 18 femmes saines, mais dont les maris avaient la syphilis. 14 femmes étaient dans la première moitié de la grossesse et 4 dans la seconde. L'arrêt de la réaction s'est fait dans un cas ; 4° 30 femmes syphilitiques, dont 15 dans la première et 15 dans la seconde moitié de la grossesse ; 5° 290 cas de syphilitiques non enceintes. Ces deux derniers groupes donnaient toujours les mêmes résultats avec les antigènes syphilitiques et « spéciaux pour femmes enceintes ».

Les auteurs concluent : La pratique de la réaction de Bordet-Wassermann avec les sérums des femmes enceintes nécessite l'emploi de l'antigène non spécifique, cholestérinisé à 1 p. 1.000 ou 1 p. 2.000, ne donnant pas d'arrêts non spécifiques. Les antigènes spécifiques et complexes aux doses habituelles et descendantes, donnent un arrêt non spécifique chez les femmes enceintes et obscurcissent la véritable image. L'antigène spécifique donne 5 o/o d'arrêts non spécifiques et l'antigène complexe, 3,6 o/o. L'arrêt non spécifique est constaté dans la deuxième moitié de la grossesse dans 88 o/o et dans la première, dans 12 o/o. La réaction de Kahn ne donne que 1,6 o/o des arrêts non spécifiques et celle de Sachs-Georgi, 0,8 o/o. Bermann.

Le traitement des brûlures par l'air sec chaud, par P. K. Kakpoff (Piatigorsk). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii,* t. IX, nos 7-8, septembre-octobre 1931, pp. 605-608.

L'auteur attire l'attention médicale sur un mode de traitement des brûlures qui appartient aux moyens populaires et anciens. La pauvreté ou presque le manque de la littérature relative à ce sujet a incité l'auteur à procéder aux expériences qu'il a entreprises soit sur lui-même, soit sur une sœur de charité. Les expériences ont consisté à appliquer à la surface dorsale de la main et de l'avant-bras des récipients contenant de l'eau chaude et bouillante ou de la vapeur à 100°. Aussitôt après la

brûlure, l'endroit exposé était chauffé au-dessus d'une lampe à alcool ou à pétrole durant 10 minutes. Ces expériences ont prouvé à l'auteur que l'air sec chaud fait diminuer les douleurs et limite l'exsudation, de façon que les bulles ne se forment pas. Les températures de 75°-100° C. qui provoquent habituellement des brûlures du deuxième ou troisième degré, quoique suivies de la formation des bulles, ne provoquent que des bulles peu nombreuses et petites. L'effet favorable est obtenu surtout dans les brûlures du premier et deuxième degré qui guérissent rapidement et facilement, où une seule exposition à l'air sec chaud suffit.

L'auteur conclut que ce mode de traitement doit être préconisé aux travailleurs exposés aux brûlures. Dans les cas de brûlures limitées, on peut se servir de n'importe quelle source de chaleur. Dans les brûlures plus vastes, on doit employer le bain d'air sec du type Tallermann qui, grâce à la ventilation, permet d'avoir l'air sec à une température plus élevée. BERMANN.

Contribution au traitement de la syphilis par l'osarsol, par G. G. AÏRAPÉTIANTZ (Rostov-sur-le-Don). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 7-8, septembre-octobre 1931, pp. 608-615.

Après une étude bibliographique montrant la diversité des opinions sur l'efficacité du stovarsol, l'auteur rapporte ses observations personnelles sur l'action du stovarsol russe, l'osarsol, fabriqué à Moscou sous forme de comprimés de 0 gr. 25 et contenant 25 0/0 d'arsenic.

Depuis mai 1927 jusqu'à l'année dernière, l'auteur a traité par l'osarsol 40 syphilitiques à divers stades de la maladie, mais surtout à la période active et non encore traités. L'âge des malades était de 3 semaines à 53 ans. Les malades adultes prenaient en tout 100 comprimés en 6-7 semaines ; après 5 jours où le malade absorbait 4 comprimés quotidiennement, on lui donnait 3 jours de repos. Les enfants commençaient par 1/36e du comprimé 2-3 fois par jour et terminaient par un tiers du comprimé 2-3 fois par jour, de façon que la cure comporte 1 à 4 comprimés par kilogramme du poids selon l'âge de l'enfant. Les chancres durs guérissaient en moyenne 12 jours après 20 comprimés, mais l'infiltration persistait encore longtemps ; les plaques muqueuses et les syphilides maculeuses guérissaient en 9-10 jours après 18 comprimés en moyenne ; les syphilides papulo-pustuleuses nécessitaient 18 jours avec 42 tablettes et les gommes, 24-30 jours avec 60-80 comprimés. L'osarsol ne le cède donc pas en son action au néo, au bismuth ou au mercure.

Quant à l'action sérologique, les chancres séro-positifs ont présenté une réaction de Bordet-Wassermann négative vers la fin de la cure ; la syphilis secondaire récente avait un Bordet-Wassermann faiblement positif à la fin du traitement ; dans l'hérédo-syphilis, le Bordet-Wassermann n'a pas changé à la fin de la série. L'observation des malades durant 2-3 ans a prouvé que la négativation était soit stable, soit suivie de récidives. Dans un certain nombre de cas où le Bordet-Wassermann est resté faiblement positif, il est devenu négatif dans la suite.

Quant aux changements subis par le sang, dans la plupart des cas, on a constaté l'augmentation de la quantité d'hémoglobine et le rétablissement de la formule leucocytaire jusqu'à la normale. Presque tous les malades ont augmenté de poids, de 1/2 à 2 kilogrammes.

Au point de vue des accidents, il y en eut deux graves : une métrorragie après 24 comprimés et une diminution de la vision qui a atteint 50 o/o. A part ces réactions, la moitié des malades se sont plaints de troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhée). Au début du traitement, on observe souvent une légère hausse thermique avec céphalée, et on a enregistré des arthralgies, des myalgies et des ostéalgies passagères. La réaction d'Herxheimer a été observée dans 20 o/o des cas. L'auteur conclut que l'osarsol est une préparation facile à manier surtout en pratique infantile ou bien dans les cas où les injections intraveineuses de néo sont difficiles ou impossibles. Le traitement par l'osarsol n'est pas toujours inoffensif et doit se faire sous la surveillance d'un médecin. Quoique très actif, l'osarsol gagne en efficacité si on l'associe au bismuth ou au mercure. BERMANN.

Contribution à l'application des filtrats de Besredka dans les staphylo- et strepto-mycoses cutanées, par E. W. KISTIAKOWSKY (Kief). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii,* t. IX, nos 7-8, septembre-octobre 1931, pp. 615-625.

Après un aperçu bibliographique, l'auteur rapporte ses observations personnelles de 158 malades cutanés, traités par les filtrats polyvalents de Besredka préparés à l'Institut Bactériologique de Kief et appliqués sous forme de compresses et d'injections intracutanées. Durant les cinq dernières années, l'auteur a traité 44 cas d'érysipèle chez des malades âgés de 2 mois à 72 ans. Au bout de 20 à 40 heures après l'application des compresses, la température baissait jusqu'à la normale et l'état général des malades allait en s'améliorant. Aucune réaction désagréable n'a été signalée. Dans 23 cas de staphylomycoses variées (pyodermites après brûlures, ulcérations, eczéma pustuleux), les compresses ont amené une guérison rapide après un échec d'autres médications.

Dans 12 cas de furoncles et de sycosis, les compresses n'ont pas été suivies de guérison. Dans les cas où les téguments cutanés restaient, l'absorption des filtrats était lente ou nulle et leur action demeurait inefficace. Les injections intracutanées aux doses progressives de 0 gr. 10 à 6-7 grammes provoquaient, au début, une réaction générale. L'intervalle entre les injections était de 3, 5, 7 jours. Le lieu de l'injection était à la périphérie de l'endroit atteint ou bien au dos. Dans le premier cas, il y avait une réaction locale ; dans le second, elle manquait. La furonculose (11 cas), l'hydrosadénite (4 cas), le sycosis (13 cas) remontant de 6 mois à 3 ans et traités inutilement jusqu'alors par tous les moyens, ont presque tous guéri après 4 à 15 injections. Les malades n'ont pas récidivé durant 3-4 ans d'observation.

Le filtrat staphylococcique est plus actif que le streptococcique ; son

injection intracutanée donne des réactions générales et locales plus intenses. Ce sont les toxines qui agissent, mais aussi les protéines.

BERMANN.

Sur la fièvre syphilitique, par E. S. SALKINDE (Leningrad). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 7-8, septembre-octobre 1921, pp. 626-630.

Après des considérations générales sur la fièvre syphilitique, l'auteur rapporte deux observations personnelles.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un médecin-vénéréologue, âgé de 32 ans, marié, sans enfants et indemne de maladies vénériennes. Il a remarqué une petite ulcération jugale indolore, avec adénite, qui a rapidement guéri. Au bout d'un mois et demi, il a présenté un état subfébrile, avec sueurs nocturnes, amaigrissement, inappétence, avec pâleur et mauvais état général. L'auscultation pulmonaire ne montrait rien de particulier. Les bacilles de la tuberculose n'ont jamais été constatés dans les crachats. Le traitement tonique restait inefficace. Au bout de 4 mois de cet état, le Bordet-Wassermann s'est montré très positif. Le traitement spécifique a rétabli le malade et a négativé son Bordet-Wassermann. La femme du malade n'a présenté aucun accident cutanéo-muqueux, mais ses séro-réactions étaient toutes positives. Elle prétendait n'avoir jamais eu de maladies vénériennes.

Le second cas a trait à une femme de 32 ans, mariée, souffrant d'hyperthermie, avec sueurs nocturnes depuis l'âge de 7 ans. Les médecins ont pensé à la malaria, ils lui ont fait des examens multiples du sang, mais ils restaient négatifs. Les recherches de la tuberculose ont fourni un résultat négatif. Pas de maladies vénériennes antérieures. La malade a eu du premier lit une fillette, qui a 9 ans actuellement et se porte bien. Le foie et la rate de la malade sont augmentés de volume, son Bordet-Wassermann est très positif. Le traitement spécifique ramène la température de la malade à la normale, améliore son état général, mais les séro-réactions demeurent positives. L'auteur conclut par les mots de Fournier conseillant de penser toujours à la syphilis dans les cas d'état fébrile d'origine inconnue.

BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

La maladie de Hodgkin, lymphogranulomatose maligne, par Paul Chevallier et Jean Bernard. 1 vol. de 294 p. avec 69 fig. Prix : 75 fr. Masson, édit., Paris.

Élève de Jeanselme, de P. E. Weill et de Jolly, P. C. est, par éducation, à la fois dermatologiste, hématologue et anatomo-pathologiste. Par tempérament, il se montre philosophe dogmatique. Assisté de son interne, il a élevé un monument à la maladie de Hodgkin : un gros volume grand in-8° écrit en petits caractères et orné de nombreuses figures admirablement dessinées par Constantin. Je ne crois pas que rien de pareil ait été encore publié sur la maladie de Hodgkin (C. lui conserve ce nom). Il n'en paraîtra pas de longtemps sur ce sujet, car on ne peut mieux faire. Une analyse est impossible. Qu'il me suffise de citer un passage qui montre les idées de l'auteur sur la nature de la maladie qu'il étudie et en même temps son tempérament auquel je faisais allusion : « A vrai dire, toute cette discussion nous paraît oiseuse et byzantine. Tumorale, par ses signes physiques, infectieuse par ses signes généraux et sanguins, la maladie de Hodgkin est en règle, par son anatomie, franchement inflammatoire. Mais il est parfois possible, chez certains sujets et si l'on coupe un grand nombre de ganglions, d'offrir à l'examen d'histologistes compétents des champs microscopiques qu'ils seront tentés d'étiqueter Sarcome. La question « tumeur maligne ou inflammation » est une question mal posée et véritablement périmée. Elle date de l'époque où l'on opposait l'infection, génératrice d'inflammation, à la néo- ou métaplasie, génératrice de tumeur maligne. Aujourd'hui, pareille prétention serait insensée, en particulier lorsqu'on parle des « mésenchymomes » ou sarcomes. D'autant que de ces tumeurs malignes, la transmission a parfois été observée chez l'homme, et le virus en est prouvé chez certaines variétés d'animaux. »

Tous les dermatologistes doivent lire le beau livre de C. et B.

Clément Simon.

Les Sels d'or en Dermatologie et en Syphiligraphie, par F. Lebeuf et H. Mollard. Préface du Prof. Nicolas. 1 vol. de 145 p. Prix. : 18 fr. Masson, édit., Paris.

On connaît déjà les travaux des auteurs sur les « aurides », accidents cutanés de l'aurothérapie. Ils nous donnent aujourd'hui non seulement le fruit de leurs recherches sur les Aurides, mais un petit traité de l'emploi des sels d'or en Dermatologie et en Syphiligraphie. Par leur situation, l'un comme chef de clinique à l'Antiquaille et l'autre comme médecin résident du sanatorium d'Hauteville, L. et M. étaient particulièrement indiqués pour écrire ce livre, fruit d'une collaboration doublement éclairée. On y trouvera tout ce qu'il faut savoir sur les sels

d'or ; les principes sur lesquels repose la chrysothérapie ; les données chimiques et expérimentales ; leur action en thérapeutique dermatologique et en syphilithérapie ; une étude sur les aurides ; une technique thérapeutique ; l'explication du mode d'action des sels d'or.

Une bibliographie importante termine ce livre, clairement conçu et bien exposé. CLÉMENT SIMON.

Pour le Salut de la Race. Education sexuelle. Génération consciente, par SICARD DE PLAUZOLES.

En cinq chapitres, dont trois sont la reproduction de leçons professées à la Sorbonne, l'auteur résume ses idées sur le problème de la Reproduction. On lira ce livre avec plaisir, bien qu'il s'adresse au grand public et qu'il n'apprenne à des médecins rien de bien nouveau. L'idée directrice est celle de l'Eugénique, c'est-à-dire une sorte de néo-malthusianisme qui met en garde contre le dogme chrétien « croissez et multipliez ». Ce dogme, en effet, s'il était suivi à la lettre, aboutirait sans doute à une augmentation de naissances, mais aussi à la procréation d'enfants physiquement ou intellectuellement tarés. Socialement, il aurait en outre l'inconvénient, et il l'a effectivement dans certains pays ou certaines contrées, de créer des êtres malheureux que leur famille ne peut élever convenablement. L'eugénique n'est en somme que l'application à la race humaine des précautions dont les éleveurs entourent la reproduction des animaux et même des plantes. Elle est hautement louable. Elle a cependant des inconvénients, dont le plus évident est ce qu'on a appelé la prophylaxie anticonceptionnelle. S. de P. a bien vu l'objection et il accepte, je crois, la chose comme un moindre mal.

L'eugénique comprend l'éducation de l'enfant sur les fonctions de reproduction, problème délicat. Peu de maîtres seront qualifiés pour un tel enseignement. Il est pourtant souhaitable. Et l'on ne voit pas que les filles de la campagne qui mènent la vache au taureau soient plus vicieuses que celles de notre haute bourgeoisie tenues cependant, à ce sujet, dans un fallacieux mystère.

Ce n'est pas le lieu de discuter un livre dans une simple analyse. Cependant, je trouve pour ma part regrettable de donner au public, sur la syphilis, des statistiques qui ne sont pas, qui ne peuvent pas être exactes. Décréter, par exemple, que chaque année 40.000 avortements, 20.000 morts-nés et 80.000 morts de tout âge sont le fait de la syphilis ; que, par exemple, 33 o/o (exactement) des néphrites chroniques, 33 o/o des affections de l'appareil respiratoire, 50 o/o des morts subites, etc., sont syphilitiques, c'est évidemment se donner un pouvoir d'appréciation qui passe nos moyens. Ces chiffres sont bons peut-être à frapper l'imagination : ils ne sont pas « scientifiques ».

Malgré cette petite critique, le livre de S. de P. est très sérieusement documenté et, surtout, il est animé du souffle de la conviction et même parfois de l'intransigeance. Ce n'est pas pour déplaire dans une époque de scepticisme. CLÉMENT SIMON.

NOUVELLES

MÉDAILLE DU DOCTEUR LORTAT-JACOB

Désireux d'honorer la mémoire de Léon Lortat-Jacob, un certain nombre de ses maîtres, collègues, élèves et amis ont eu la pensée de faire exécuter un Médaillon qui sera offert au Musée de l'Hôpital Saint-Louis.

Une souscription a été ouverte à cet effet. Tout souscripteur de 100 francs aura droit à un exemplaire d'une Médaille, réplique du Médaillon.

Le Comité est constitué par MM. Jeanselme et Queyrat, présidents ; Belot, Léon Bernard, Fernet, Gastinel, de Gennes, Gires, Gougerot, Grivot, Harvier, P. Jacquet, Marcel Labbé, Laignel-Lavastine, Legrain, Louste, Milian, Marcel Pinard, Ravaut, Roberti, Sézary, Solente, Turpin, Vitry.

Prière d'adresser les souscriptions à M. Georges Masson, 120, Boulevard Saint-Germain, à Paris (6e). Compte Chèques-Postaux, Paris 599.

ASSOCIATIONS DES DERMATOLOGISTES DE L'HOPITAL SAINT-LAZARE (VARSOVIE)

Les médecins de l'Hôpital Saint-Lazare de Varsovie, dont la plupart sont des dermato-syphiligraphes, ont fondé en décembre 1930 l' « Association des dermatologistes et des autres médecins de l'Hôpital Saint-Lazare ». Cette association, qui se réunit deux fois par mois, a pour but d'étudier en commun et de discuter les cas intéressants qu'offre le recrutement considérable de cet Hôpital, de les utiliser dans un but scientifique, d'organiser des conférences et des cours et d'instituer des concours de travaux scientifiques dotés de prix.

L'Association publie ses « Mémoires cliniques » dont elle vient d'adresser le premier volume aux *Annales*. Ce volume de 125 pages, orné de belles figures, contient les comptes rendus des séances de l'Association pendant les six premiers mois de son activité. Publié avec le plus grand soin, il contient un grand nombre de documents intéressants et, par l'abondance des cas présentés, témoigne de la richesse du matériel dont dispose l'Hôpital Saint-Lazare de la capitale polonaise.

La création de cette Association et la publication de ses *Mémoires* témoignent d'un bel effort pour le progrès de la dermato-syphiligraphie.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

INSTITUT DERMATOLOGIQUE DE PARIS

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉPIDERMOLYSE ICHTYOSIFORME CONGÉNITALE

(ÉRYTHRODERMIE ICHTYOSIFORME CONGÉNITALE FORME BULLEUSE DE BROCQ)

Par le Docteur S. LAPIÈRE, assistant de la Clinique,
(Clinique dermatologique de l'Université de Liège : Professeur Halkin).

J'ai eu l'occasion d'observer deux malades atteints d'hyperkératose ichtyosiforme congénitale dont l'un présentait une forme bulleuse et l'autre une forme sèche.

L'étude comparative de ces deux cas, l'analyse de la littérature concernant ces états morbides congénitaux m'ont convaincu de différences cliniques et histologiques importantes existant entre ces deux formes.

L'importance et la constance de ces différences me paraît demander un remaniement de la classification des hyperkératoses ichtyosiformes parmi les maladies congénitales de la peau.

Premier cas. — *Forme bulleuse.*

J... Justine, 21 ans, sans profession.

A. H. Rien à signaler, sauf que les trois enfants de sa sœur ont présenté des angiomes en tumeurs hypodermiques et dermiques, d'évolution assez rapide, qu'il a fallu soigner par application de radium.

On ne trouve, dans la famille, aucun cas d'hyperkératose ni d'ichtyose.

Un interrogatoire minutieux n'a décelé aucun antécédent de syphilis.

A. P. A la naissance, la malade ne présente aucune anomalie visible de la peau ; cependant, dès le premier bain, l'accoucheuse constate que, vers la partie médiane du dos, l'épiderme se détache au frottement (signe de Nikolsky).

Trois jours après, se produit spontanément une poussée de grosses bulles tendues, à contenu citrin, sur la peau, d'ailleurs normale, du visage.

Guérison rapide après application de poudre inerte. Quelques jours

après, nouvelle poussée de bulles semblables sur tout le corps. Pendant trois ans se produisent des poussées successives qui guérissent sans laisser de cicatrices et sans que la peau présente de caractères anormaux.

Le syndrome d'hyperkératose s'installe progressivement vers l'âge de

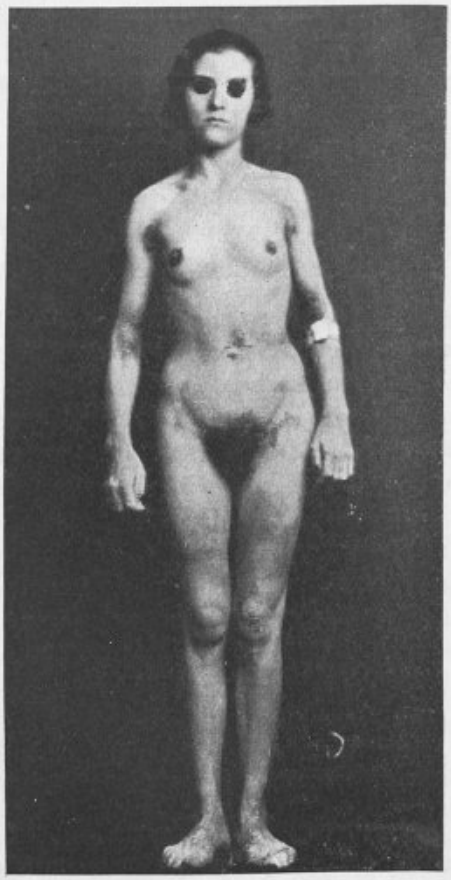


Fig. 1.

trois ans, envahit à peu près tout le revêtement cutané pour donner vers 15 à 17 ans, son aspect maximum d'une hyperkératose généralisée envahissant davantage le cuir chevelu et les plis cutanés ; respectant toujours les surfaces d'extension des bras et des jambes ainsi que les pommettes.

Durant toute cette période, les bulles se présentent encore par poussées régionales, plus plates, plus souvent infectées. Les phanères ont toujours eu un aspect normal ; on ne peut pas dire qu'elles poussent plus vite que chez d'autres personnes. Dès l'âge de 17 ans, tous les symptômes vont en diminuant ; depuis trois ans, la jeune malade n'a plus présenté de bulles.

Beaucoup de surfaces précédemment atteintes ont maintenant l'apparence normale d'une peau plus grasse qui n'a pas l'aspect de la peau sèche des ichtyosiques.

L'état général a toujours été satisfaisant ; on note seulement une poussée de néphrite aiguë rapidement guérie. Pendant quinze jours, la malade a présenté une abolition de la vue dont il n'est pas possible de déterminer la cause. On ne voit plus à l'heure actuelle la moindre cicatrice conjonctivale. Son intelligence s'est, de tous temps, montrée normale. Au point de vue somatique, elle est bien développée.

Notre malade a été réglée vers l'âge de 12 ans ; bientôt les règles se sont installées plus rapprochées (intervalle de 15 jours à trois semaines) et de durée plus longue (7 à 8 jours). Elle a toujours présenté une sécrétion sébacée abondante et une sudation normale.

Examen clinique

I. *Au point de vue dermatologique.* — Quand on considère chacune des plages d'hyperkératose en particulier, on constate qu'il existe un fond d'érythrodermie qui dépasse les plages kératosiques et qui est nettement limité à certains endroits ; en d'autres endroits, les limites sont diffuses.

Quant à l'hyperkératose, on constate que les lésions vont en diminuant vers la périphérie où elles finissent par de petites élévations périfolliculaires. Dans les plis de flexion et aux surfaces d'extension, elles sont arrangées par bandes cornées parallèles aux plis cutanés.

Aux points d'appui, au contraire, elles revêtent l'apparence de kératomes bien circonscrits et très durs. A la paume des mains et à la plante des pieds, il existe un épaississement très marqué à surface graniteuse, mais sans porokératose. La matière cornée adhère très fortement et quand on l'arrache, le derme saigne abondamment. Lorsqu'on décape les endroits malades, la peau présente des reliefs et des circonvallations fort prononcés.

Distribution des lésions. — Comme nous l'avons dit plus haut, toutes ces lésions ont recouvert entièrement la peau, sauf aux surfaces d'extension des bras et des jambes et aux pommettes.

A l'heure actuelle, elles n'existent plus qu'aux endroits suivants (fig. 1) :

sur le cuir chevelu, où les lésions ont présenté jadis une grande intensité ; *à la queue des sourcils ; dans les plis nasogéniens ; dans le pli mentonnier ; aux commissures labiales*, empiétant sur la demi-muqueuse

(genre de leucoplasie) ; *dans les plis du cou ; dans les creux axillaires* (fig. 2) ; *au pli du coude et à l'olécrane* (fig. 3) ; *à la paume des mains et à la face dorsale des mains et des poignets ; sur l'aréole et le mamelon ; au nombril et dans les plis du ventre ; à la partie médiane du dos et sur les parties proéminentes des omoplates ; dans les plis sous-fessiers ; dans les plis inguinaux, inguino-cruraux, le pubis, les grandes lèvres, les petites lèvres, et la semi-muqueuse jusqu'au vagin* (type leucoplasique) ; *à la partie interne des cuisses ; à la partie proéminente latérale des hanches ; dans le creux poplité ; à la face antérieure des genoux ; à la face interne et postérieure du cou-de-pied ; au dos du pied ; aux orteils, dans les plis de flexion, à la face interne et un peu à leur face dorsale, au niveau des articulations.*

II. *Au point de vue général. — Appareil respiratoire :* rien à signaler. *Appareil circulatoire :* limites du cœur normales, rien à l'auscultation ; le pouls est à l'état normal, entre 80 et 90. Pression artérielle normale. *Foie :* limite supérieure un peu relevée, limite inférieure normale. *Rate :* normale.

Appareil digestif : rien à signaler. *Système nerveux :* tous les réflexes sont normaux. *Système nerveux de la vie végétative :* réflexe oculo-cardiaque : pas de modification du pouls. Arythmie respiratoire très marquée. *Leucoréaction de Milian :* négative pour un milligramme d'adrénaline. *L'injection de 2 mgr. 1/2 de pilocarpine* donne lieu à des phénomènes de sécrétion sébacée et de sudation très prononcés et prolongés. *Métabolisme basal :* diminué (moins 13). *Glycosurie alimentaire :* pour 50 grammes, négative. *Glycosurie après injection d'un milligramme d'adrénaline et absorption de 50 grammes de glucose :* négative. *Glycémie à jeun :* diminuée (0 gr. 645). *Cholestérinémie :* normale (1 gr. 20). *Appareil urinaire :* rien à signaler. *Réaction de Bordet-Wassermann :* négative. *Réaction de Hecht :* négative. *Réaction de Meinicke :* négative. *Intradermo-réaction à la tuberculine :* négative.

Deuxième cas. — *Forme sèche.*

P... Camille, 19 ans.

A. H. Pas d'affection cutanée chez les ascendants ni parmi les cinq autres enfants.

Pas de symptômes apparents de syphilis ni de tuberculose.

A. P. A part son affection cutanée, la santé du malade a toujours été bonne.

Développement intellectuel normal. Facultés normales de travail. Caractère un peu aigri.

A la naissance, il présentait un épiderme d'aspect collodioné gris-jaune qui a desquamé par larges lambeaux dès les premiers jours. Ensuite, dès les premières semaines, s'est installé le syndrome d'hyperkératose qu'il présente encore à l'heure actuelle et dont l'intensité est restée inchangé.



Fig. 2.

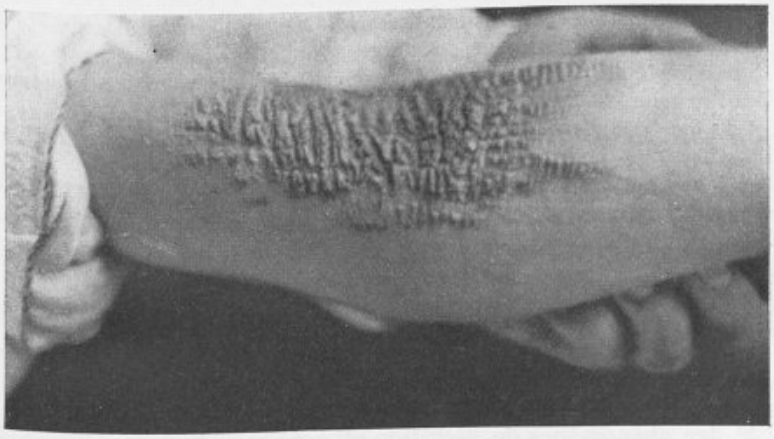


Fig. 3.

Dès sa tendre enfance, il a souffert de poussées phlycténoïdes de la conjonctive bulbaire qui durent trois à quatre jours et qui lui ont laissé des taies cornéennes superficielles.

Il n'a jamais présenté de lésions bulleuses. Il éprouve des sensations fréquentes de prurit au niveau des parties les plus atteintes.

Examen clinique

Quand on considère en particulier chacune des plages d'hyperkératose, on constate que comme dans le cas précédent, la disposition de la matière cornée en bandes, en lames ou en écailles, dépend de la région cutanée : bandes linéaires minces aux plis de flexion et de plissement de la peau ; écailles larges comme dans l'ichtyose sur les grandes surfaces cutanées ; dans les plis, on constate en y regardant bien un peu de rougeur cutanée beaucoup moins marquée que chez la précédente malade.

Celui-ci n'a jamais, à aucun moment, présenté de bulles ou de phlyctènes.

Distribution des lésions. — *Sur le cuir chevelu,* on constate une desquamation pityriasique très abondante. *Au visage,* la peau paraît simplement revêtue de collodion. *Les paupières,* pour cette raison, sont un peu bridées ; conjonctives hyperémiées ; un peu de larmoiement. *Au cou,* hyperkératose en lignes granuleuses ; un peu de rougeur dermique. *Dans les plis axillaires, les plis du coude, au niveau du mamelon, au niveau du nombril, dans les plis inguinaux, dans le creux poplité,* les lésions hyperkératosiques en bandes linéaires présentent leur maximum d'intensité.

A la paume des mains ; à la plante des pieds, il existe de gros blocs, des masses cornées épaisses, localisées à la face antérieure des doigts et à la paume près de la racine des doigts.

Sur le reste du corps, l'hyperkératose est généralisée, mais sous forme d'écailles nacrées

A la face dorsale des mains, on remarque de la kératose des orifices pilo-sébacés.

Le jeune malade a toujours présenté une sécrétion sudorale et sébacée normale. Les cheveux et les ongles sont bien conformés et croissent plutôt avec rapidité.

Ces deux observations méritent d'être séparées des ichtyoses en raison :

1° de leur caractère congénital précoce ;

2° de la localisation exactement opposée à celle de l'ichtyose ;

3° des phénomènes de sécrétion sébacée et sudoripare conservée et même un peu augmentée, contrairement à ce qui se passe dans l'ichtyose ;

4° de l'intégrité des phanères qui sont plutôt hypertrophiés contrairement à ce qui existe dans l'ichtyose.

Cliniquement, s'il faut leur donner une place, on doit les ranger parmi les érythrodermies ichtyosiformes (Brocq), la première dans la variété bulleuse, la seconde dans la variété sèche. Elles sont cependant loin d'être superposables tant cliniquement qu'histologiquement.

En effet, si les compare dans le tableau suivant :

1er CAS	2e CAS
A la naissance et pendant les trois premières années de la vie.	
Rien que des poussées bulleuses. Pas d'hyperkératoses.	Hyperkératose dès les premiers jours. Pas de poussées bulleuses.
Vers la dixième année.	
Poussées bulleuses, douloureuses, fréquentes. Hyperkératoses.	Léger prurit; pas de bulles. Hyperkératose.
Vers la vingtième année.	
Hyperkératose ichtyosiforme : semblable cliniquement. Plus de poussées bulleuses.	
Mais histologiquement, lésions importantes pemphigoïdes des couches profondes.	Pas de lésions des couches profondes.

Discussion clinique. — Depuis les travaux d'Unna, de Thibierge, de Vidal et Brocq, de Lenglet, on a l'habitude de séparer du grand groupe de l'ichtyose, toute une série d'hyperkératoses ichtyosiformes de gravité et d'étendue variables.

Il est possible de classer les différents cas décrits par les auteurs, par ordre décroissant de gravité et d'étendue, sous les appellations suivantes :

1° *Kératome malin diffus congénital*, incompatible avec la vie (encore improprement appelé ichtyose fœtale) ;

2° *Les érythrodermies ichtyosiformes congénitales*, forme sèche ou forme avec bulles (Brocq, 1902) ;

3° *Les hyperkératoses ichtyosiformes congénitales*, forme sèche ou forme avec bulles (Darier) ;

4° *Les érythro-kératodermies progressives* symétriques congénitales ou non (Darier, Hudelo, Jeanselme, Gougerot) ;

5° *Les érythro-kératodermies palmaires et plantaires* (Gougerot) ;

6° *Les kératodermies palmaires et plantaires* (maladie de Méléda).

Je suis d'avis cependant qu'il ne faut pas, contrairement aux opinions de Brocq et de Darier, classer parmi les groupes précédents, les formes bulleuses des érythrodermies icthyosiformes ou des kyperkératoses ichtyosiformes.

Des arguments cliniques et histologiques militent en faveur de cette idée.

Si l'on passe en revue les cas d'hyperkératose ichtyosiforme avec bulles présentés dans la littérature sous des appellations diverses, on constate des rapports d'importance variable entre l'élément bulleux et l'élément ichtyosiforme : *Besnier et Doyon en 1891* : Pemphigus foliacé congénital ; *Nikolsky en 1895* : Ichtyose fœtale bulleuse ; *Brocq en 1902* : Erythrodermie ichtyosiforme congénitale congénitale compliquée de bulles ; *Lenglet et Mantoux en 1903* : Dermatose bulleuse, fait de passage intermédiaire à la dermatite polymorphe douloureuse de Brocq, au pemphigus héréditaire traumatique et aux variétés bulleuses de l'érythrodermie ichtyosiforme congénitale de Brocq ; *Danlos en 1904* : Erythrodermie ichtyosiforme bulleuse ; *Bizard et Langevin en 1908* : Erythrodermie congénitale ichtyosiforme avec bulles et hyperépidermotrophie ; *Nicolas et Favre en 1905* : Ichtyose bulleuse ; *Fernet en 1912* : Ichtyose bulleuse ; *Mersche en 1925* : Kératose familiale de la peau et des muqueuses dans le genre d'érythrodermie ichtyosiforme et d'épidermolyse bulleuse ; *Mac Leod en 1929* : Notes sur deux cas d'ichtyose bulleuse.

A l'un des extrêmes, on note une importance prédominante du symptôme bulleux comme dans les cas de Bizard et Langevin, de Lenglet, dans lesquels le syndrome d'épidermolyse bulleuse congénitale domine toute la scène dès la naissance, l'élément ichtyosiforme étant réduit à la kératose palmaire et plantaire et à l'exfoliation lamelleuse des plis.

A côté de ces deux cas, je dois ranger la première observation

que j'ai présentée plus haut, dans laquelle pendant les trois premières années existait exclusivement l'épidermolyse bulleuse sans altération de la kératinisation ; l'hyperkératose ichtyosiforme n'est apparue qu'après, tandis que les bulles disparaissaient peu à peu du tableau clinique.

A l'autre extrémité sont les cas ordinaires où l'hyperkératose et l'épidermolyse bulleuse évoluent ensemble dès la naissance. Le symptôme bulleux a une tendance à s'effacer plus rapidement et parfois totalement. Le symptôme d'hyperkératose persiste, mais également avec atténuation progressive.

Comme on peut voir, l'élément bulleux n'est pas dans tous ces cas, réduit à l'importance d'un simple épi-phénomène ; bien souvent au contraire, il domine la scène morbide.

Nous verrons plus loin, dans la partie histologique, que même, disparu complètement du tableau clinique, il se retrouve à l'examen microscopique et lui donne un aspect tout différent de celui des formes sèches ordinaires.

Nous ne partageons pas l'opinion de Darier selon laquelle les bulles seraient seulement des complications infectieuses.

D'autre part, il faut remarquer que les bulles ne se présentent jamais, même passagèrement dans les formes sèches des hyperkératoses ichtyosiformes. La forme sèche et la forme bulleuse constituent deux groupes fermés ; il n'y a pas de faits de transformation ni de passage de l'une à l'autre catégorie.

Partie histologique. — Lorsqu'on parcourt la littérature histologique concernant les hyperkératoses ichtyosiformes, on constate que les différents auteurs qui se sont occupés de la question (Darier, Nicolas, Gans) n'ont pas noté de différenees histologiques entre les formes sèches et les formes bulleuses.

Seul, Nikolsky en 1895, a donné une description histologique d'une forme bulleuse sous le nom d'ichtyose fœtale bulleuse, mais il n'a pu la comparer aux hyperkératoses ichtyosiformes qui n'avaient pas encore été séparées des ichtyoses.

La différence histologique capitale entre les deux formes : sèche et bulleuse, des hyperkératoses ichtyosiformes ne fut donc pas remarquée par Nikolsky et ne fut pas mise en valeur plus tard.

Je l'ai retrouvée à l'occasion des deux cas dont nous avons étudié la marche clinique et je voudrais y insister spécialement.

Description histologique 2e cas : forme sèche.

Derme : épaissi et œdématié : pas de modification des faisceaux conjonctifs et élastiques.

Les vaisseaux du derme superficiel sont dilatés, hyperplasiés et entourés du côté des papilles d'amas modérés de lymphocytes et de plasmocytes ; présence de glandes sébacées et sudoripares normales (fig. 4).

L'épiderme présente des prolongements interpapillaires allongés qui, au niveau des papilles, sont séparés de la couche cornée par quelques assises cellulaires.

Le corps muqueux est donc très développé au niveau des prolongements interpapillaires.

La couche granuleuse est partout bien marquée ainsi que le *stratum lucidum*.

La couche cornée est énorme, divisée en strates disposés en chevrons au-dessus des papilles.

Pas de malformations cellulaires dans aucune des couches (fig. 5).

Une telle forme histologique différencie cette observation des ichtyoses, où l'on signale au contraire une absence de la couche granuleuse et du *stratum lucidum* et une atrophie des glandes sébacées et sudoripares.

Description histologique 1er cas : forme bulleuse

A. *Derme*. — Dilatation vasculaire tant sanguine que lymphatique dans le derme papillaire et sous-papillaire.

Légère infiltration lymphocytaire périvasculaire surtout marquée dans les papilles.

Le tissu collagène et élastique est normal.

Du côté des annexes, on constate, avant tout, une augmentation de volume des glandes sébacées, qui par ce fait, paraissent également plus rapprochées de l'épiderme.

Rien à signaler du côté des follicules pileux ni des glandes sudoripares.

Les papilles dermiques sont réduites à des prolongements très

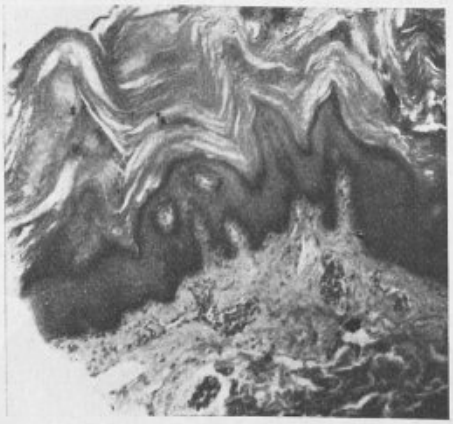


Fig. 4. — Microphotographie, faible grossissement. Erythrodermie ichtyosiforme congénitale, forme sèche.

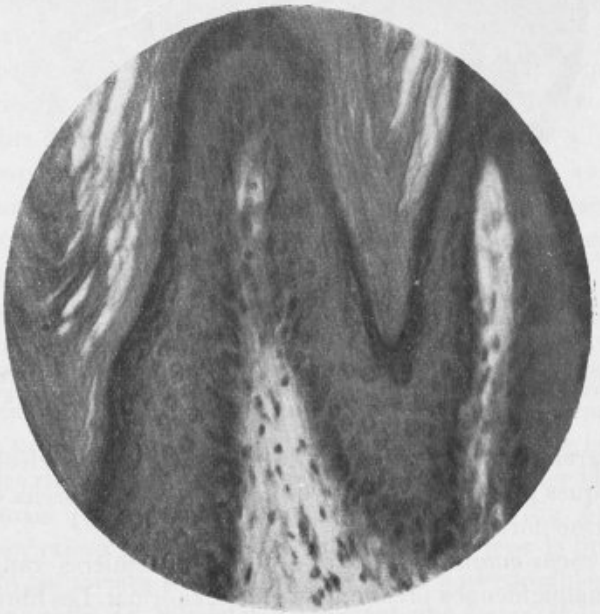


Fig. 5. — Microphotographie obj. Zeiss D, Ocul. 4 : érythrodermie ichtyosiforme congénitale forme sèche pour montrer l'absence d'altérations dans les couches muqueuse et granuleuse de l'épiderme.

minces et parfois très longs et correspondant souvent avec un éperon épidermique qui continue très avant dans la couche cornée.

Les prolongements interpapillaires épidermiques sont très longs également, mais plus épais.

La limite entre le derme et l'épiderme est normale.

B. *L'épiderme.*— 1. *La couche basale.* — Les cellules de celle-ci

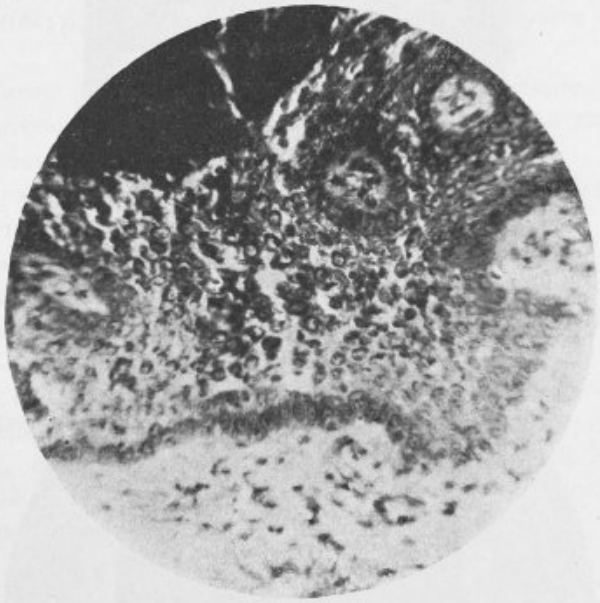


Fig. 6. — Microphotographie obj. Zeiss D, Ocul. 3 : épidermolyse ichtyosiforme congénitale (érythrodermie ichtyosiforme congénitale, forme avec bulles, de Brocq). — On y voit les altérations considérables des couches muqueuse et granuleuse.

ont une grande vitalité : noyaux fortement colorés, nucléoles, amas chromatiques plus gros, plus irréguliers et plus nombreux que dans un épiderme normal.

2. *Le corps muqueux* (fig. 6). — Dès les premières rangées, les cellules malpighiennes prennent un aspect anormal. Les fibres intra- et intercellulaires perdent rapidement leur netteté, se morcellent et disparaissent ; il en est parfois de même de la membrane nucléaire. Le protoplasme cellulaire, ou bien disparaît par vacuolisation, ou

bien se morcelle en des grains très gros qui deviennent dans la couche granuleuse, d'énormes blocs de kératohyaline anormale.

Les noyaux sont moins rapidement modifiés.

Cependant, ils deviennent plus globuleux ; quelques-uns persistent jusque dans la couche granuleuse où ils sont masqués par les énormes blocs de kératohyaline. Mais la bonne moitié éclate et laisse échapper les nucléoles et amas chromatiques qui vont se mêler aux blocs de kératohyaline et former des amas bigarrés dans la couche granuleuse.

3. *A la couche de kératohyaline* très épaissie que nous venons de voir, fait suite un *stratum lucidum* partout bien développé.

4. *La couche cornée* est formée de strates cellulaires où on retrouve, par endroits, dans les premières couches, des fantômes de noyaux et de gros blocs de kératohyaline de la couche granuleuse.

C'est une parakératose spéciale due aux phénomènes irréguliers qui se sont passés dans les couches précédentes.

La couche cornée est percée de longs canaux réguliers, tant sudoripares que pilaires où l'on trouve développée toute une flore microbienne (cocci et spores).

En coupe verticale, elle prend très bien par endroits, l'aspect que Darier a décrit en 1911 « elles rappellent une série de troncs de vieux sapins dont les branches s'inclineraient vers le sol ».

A la coupe transversale, on retrouve cet aspect en autant de petits champs concentriques correspondant aux coupes transversales des crêtes papillaires pressées les unes contre les autres en de véritables bottes.

Une particularité intéressante est constituée par les fentes et fissures qui se produisent en tous endroits de l'épiderme par suite de la destruction des fibres inter- et intracellulaires. Elle semble avoir la même cause de formation qu'auparavant : les bulles pemphigoïdes qui se produisaient dans les trois premières années de la vie. Ce seraient des rudiments de bulles qu'on peut encore déceler histologiquement mais qui ne se marquent plus cliniquement (fig. 6).

Les descriptions histologiques que l'on trouve dans la littérature concernant les formes sèches sont tout à fait superposables à celle du cas n° 2 ; celle de Nikolsky concernant une forme bulleuse est absolument semblable à la description donnée plus haut relative au cas n° 1.

La différence entre les deux formes est flagrante.

Dans les formes sèches, on ne trouve rien de ce qui fait l'aspect si particulier et si tourmenté des couches profondes des formes bulleuses (hypervitalité de la couche germinative, acantholyse du corps muqueux, troubles dans la formation de la kératohyaline, fissures et cavités).

Il est bien évident que ces caractères demandent une classification particulière, surtout si l'on tient compte qu'ils se retrouvent pendant toute la durée du processus, même lorsque cliniquement des bulles ne se produisent plus.

Du point de vue clinique également, la différence est notable. Le symptôme bulleux a souvent une importance prédominante ; il donne une allure particulière à la maladie. Il n'existe jamais dans les formes sèches. On n'observe pas de faits de passage entre les deux formes.

Ces arguments tant cliniques qu'histologiques m'incitent à tenir compte pour le classement, aussi bien du symptôme d'épidermolyse bulleuse que du symptôme d'hyperkératose ichtyosiforme.

On pourrait dénommer toutes ces observations : épidermolyse bulleuse congénitale avec kyperkératose ichtyosiforme ou plus brièvement : épidermolyse ichtyosiforme congénitale.

Cette espèce constitue un groupe de passage entre les pemphigus congénitaux et les hyperkératoses ichtyosiques congénitales.

Pathogénie. — Lorsqu'on passe en revue les observations du genre pemphigus héréditaire ou érythrodermie ichtyosiforme congénitale, on retrouve bien souvent des antécédents d'hérédo-syphilis.

Deux observations de Thibierge (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 24 juin 1898) ;

Une observation de Bizard et Langevin (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1908, p. 96) ;

De Brocq et Fernet (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*), 1909, p. 186) ;

De Brocq, Fernet et Delor (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1913, p. 416) ;

De Jeanselme et Chevalier (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1926, p. 181) ;

De Milian (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1926, p. 180) ;

De Lebeuf et Froment (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1929, p. 742) ;

De Darier (*Précis de dermatologie*, p. 221).

Il est bien entendu que si cette hérédité est fréquente, il existe de nombreux cas où on ne la retrouve pas.

Son action se produit probablement pendant la vie utérine, sur les ébauches organiques des glandes à sécrétion interne, à moins qu'elle ne préexiste à l'état de stigmate dans les cellules procréatrices.

On retrouve très souvent, concomitants, des symptômes d'hypothyroïdie et la seule médication interne qui ait donné des résultats est la médication thyroïdienne (Endocrinides H. E. Sendrailh, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1925, p. 153).

De notre observation, nous pouvons tirer à peu près les mêmes conclusions ; peut-être une hérédo-syphilis lointaine (Tubercule de Carabelli) certainement de l'hypothyroïdie (diminution du métabolisme basal ; résistance considérable aux épreuves de glycosurie alimentaire).

Nous ne savons pas par quel mécanisme cette altération des glandes à sécrétion interne agit sur la peau.

Levy-Franckel et Juster (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1924, p. 375) pensent que l'action se fait par l'intermédiaire du système organo-végétatif.

Le commandant-médecin Chantriot tire la même conclusion d'un beau résultat thérapeutique obtenu dans une kératodermie palmaire et plantaire, après irradiation par les X des carrefours sympathiques inguinaux et axillaires (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1929, p. 1259).

Tous ces faits cliniques et thérapeutiques bien précisés pourront apporter une contribution utile à l'étude du mécanisme exact et de la pathogénie précise de toutes ces maladies congénitales, héréditaires et familiales dont nous possédons si peu de connaissances.

LES GROUPES SANGUINS EN DERMATOLOGIE

Par G. J. LANDA et M. M. ISRAELSOHN
Ier Institut Dermato-Vénéréologique Ukrainien-Glavtche à Odessa.
(M. G. Khorochine, Directeur).
Service des maladies cutanées (A. A. Feldmann, chef de service) (1).

L'étude des propriétés isohémagglutinantes du sang et la répartition de ces propriétés en groupes, découverte au début de ce siècle par Landsteiner, a permis d'édifier au cours d'une brève période de temps, la doctrine harmonieuse des « groupes sanguins » et a reçu une application pratique dans les transfusions sanguines qui ont actuellement une énorme importance, surtout en chirurgie.

Le rattachement du sang à tel ou tel groupe a été étudié, et l'est encore, dans presque tous les pays du monde et sur les matériaux les plus divers. Les données rassemblées jusqu'à nos jours nous permettent déjà de tirer une série de conclusions extrêmement intéressantes, au point de vue biologique et anthropologique, concernant la répartition des groupes sur les divers continents, parmi les différentes races et nationalités, concernant la transmission, par l'hérédité, des symptômes propres aux groupes, concernant la permanence des propriétés isohémagglutinantes pour chaque individu au cours de toute sa vie.

C'est ainsi que, en Europe, on rencontre le plus fréquemment les groupes O et A, donnant chacun en moyenne 40 o/o, le groupe B se découvre à peu près dans 15 o/o des cas, tandis que le groupe AB se rencontre plus rarement que tous les autres, à peu près dans 5 o/o des cas. C'est dans les pays de l'Occident (Allemagne, France, Italie) et au nord-ouest (Angleterre, Scandinavie) que l'on rencontre plus souvent le groupe A ; au fur et à mesure que l'on se rapproche du sud et de l'est, il est évincé par le

(1) Ce travail a été commencé quand le service se trouvait sous la direction de M. le Prof. M. G. Mguébrow.

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 5. MAI 1932.

groupe B, qui se rencontre en Asie et en Afrique beaucoup plus souvent que chez nous.

En sorte que la réciprocité de relations existant entre ces deux groupes (en partie entre les deux autres aussi) est différente sur les divers territoires du globe terrestre ; mais cette réciprocité est caractéristique pour une nationalité déterminée, ce qui permet de soulever la question des « propriétés biologiques du sang particulières aux races ». Hirszfeld, Vichnevsky et Melkykh, désirant illustrer en chiffres les propriétés biologiques du sang d'une race quelconque, d'une nationalité ou, en général, d'un groupe d'une population, donnent différentes formules. Nous nous sommes servis, dans ce travail, de la formule de Hirszfeld (1), comme de la plus simple et la plus répandue ; ces formules ont permis d'établir la constance des index pour des nationalités déterminées et des index à peu près égaux pour les nationalités d'une même race. Bien plus, quelques nationalités vivant pendant des siècles loin de leur race, comme par exemple les Tziganes, errant en nomades à travers l'Europe, ont conservé l'index caractérisant les Hindous ; les Hongrois ont gardé l'index des autres nations de la race turkmène, par exemple des Turcs (Werzar et Weszewsky). Une telle constance d'index n'a pu se conserver que grâce à l'isolement de la nationalité et à la transmission héréditaire des propriétés isohémagglutinantes du sang. En effet, les travaux de Langer, de Hektoen, d'Otterberg et d'Epstein et surtout ceux de Dungern et d'Hirszfeld ont établi que les propriétés du sang, inhérentes au groupe, se transmettent par hérédité, obéissant à la loi de Mendel, comme les autres symptômes héréditaires. Ces propriétés isohémagglutinantes, une fois reçues des ascendants, restent constantes, se conservent pour toute la vie de l'individu ; les perturbations physiques ou biologiques de l'organisme, quelles qu'elles soient, ne leur font subir aucun changement, comme cela a été établi par une série de travaux et, en premier lieu, par Landsteiner, Lattes, Hirszfeld, etc. et chez nous en U. R. S. S., par Chamov et Elanskaïa et par Halpérine. Ce symptôme est par suite constitutionnel et, pour cette rai-

(1) D'après la formule d'Hirszfeld (I. B. R. index biologique de la race)

$$\frac{A + AB}{B + AB}.$$

son, il présente pour nous un intérêt extrême, surtout maintenant lorsque, en médecine, en général, et en dermatologie, en particulier, on attribue aux facteurs constitutionnels une importance de plus en plus grande dans la pathogénie des différentes maladies.

Ces particularités fondamentales des « groupes sanguins » présentent encore un intérêt spécial, parce que nous savons qu'il existe des affections se trouvant en connexion avec une prédisposition particulière que présentent certaines nationalités pour ces affections ; nous savons que ces dernières se rencontrent de préférence dans certains pays, et ne se rencontrent nullement, ou presque pas, dans d'autres ; nous savons qu'un très grand nombre d'affections se transmet par hérédité et que beaucoup de maladies sont en connexion avec une prédisposition constitutionnelle déterminée.

C'est ainsi que, en ce qui concerne les maladies dermatologiques, il convient de faire remarquer qu'on ne rencontre qu'un nombre insignifiant de cas de psoriasis et de lupus érythémateux chez les individus de race noire ; l'hydroa vacciniforme, d'après Finkelstein, n'a été décrit que dans un seul cas chez les mulâtres ; les pemphigus se rencontrent de préférence chez les Israélites ; la maladie de Dühring est plus fréquente en Amérique et en Angleterre qu'en Europe continentale ; la blastomycose se voit principalement en Amérique ; la pelade se rencontre en Allemagne et surtout en France, plus souvent que chez nous et elle y suit une marche beaucoup plus sévère ; le rhinosclérome ne se rencontre presque exclusivement que dans les pays avoisinant les Karpathes (en Galicie et, chez nous, en Ukraine, en Volhynie). Nous ne nous arrêterons pas ici, bien entendu, sur des affections comme la pellagre, que l'on rencontre dans les pays du midi, où le sensibilisateur, le soleil, est plus actif, sur les leishmanioses et d'autres maladies des tropiques s'y développant, parce que dans ces contrées vivent les agents qui transportent l'infection. Il est intéressant de noter ici la supposition émise récemment par Weidemann et Katkin sur la prédisposition de race à la lèpre ; c'est ainsi que les Finnois et les Lettons, peuples de proche parenté par leur origine, sont plus souvent atteints de la lèpre, d'après les données de ces auteurs, que les nationalités dont ils sont entourés, malgré le contact étroit de toutes ces nationalités les unes avec les autres. Il y a ensuite une série d'affections, telles que l'eczéma, les diverses dermatites, le psoriasis vulgaire,

les éruptions lichénoïdes (prédisposition psoriasique et lichénoïde de Buschke), etc. dans lesquelles c'est une prédisposition particulière de la peau chez l'individu donné qui joue un rôle de tout premier plan. Ne serait-ce pas dans les propriétés isohémagglutinantes du sang que nous trouverions, au moins en partie, le mot de cette énigme, en vertu de laquelle on rencontre, dans certains cas, une prédisposition particulière pour quelque affection, et une résistance notable dans d'autres cas?

Plus loin, une série de dermatoses telles que la kératodermie palmaire et plantaire symétrique, l'épidermolyse bulleuse, l'ichtyose, la xérodermie pigmentaire, le monilethrix, les divers nævi et autres se transmettent par l'hérédité. Ce dernier fait nous intéresse particulièrement, parce que Fürth a établi que le goitre, transmis héréditairement, n'atteint, quand l'un seulement des ascendants est malade, que les enfants appartenant au même groupe que le parent affecté. Hirszfeld avec ses collaborateurs a montré que l'immunité pour la diphtérie et la scarlatine, immunité vérifiée par les réactions de Schick et de Dick, se transmet par hérédité, en relation avec l'un quelconque des groupes; mais la relation avec un groupe déterminé n'est pas établie. Kolangi a fait la même constatation dans l'hémophilie.

Il existe donc toute une série de prémisses incitant à l'étude des propriétés isohémagglutinantes du sang, envisagées comme facteurs constitutionnels précis également dans les maladies cutanées; et cependant, l'on a encore très peu fait de recherches dans cette direction; les communications que nous possédons embrassent des matériaux insuffisants et peut-être est-ce pour cette raison que les auteurs sont arrivés à des conclusions opposées.

Straszynski rapporte que dans 26 cas de prurigo, 14 (53,2 o/o) appartenaient au groupe O, 10 (38,1 o/o) au groupe B et un seul cas au groupe A. Se basant sur ces données, l'auteur conclut que le groupe A est de tous, le moins prédisposé au prurigo. De 18 cas de psoriasis vulgaire, 2 cas seulement (16 o/o) appartenaient au groupe O, alors que ce groupe en Pologne se manifeste, en général, dans 46 o/o des cas. Cependant Poehlmann, chez des malades atteints justement de psoriasis, sur 100 cas étudiés, a constaté 54 o/o de malades du groupe O, tandis que, dans le reste de la population, le groupe O se rencontre dans 41,5 o/o

des cas. Le groupe A est trouvé par Poehlmann, dans 28 o/o des cas, contre 42,3 o/o, le groupe B, dans 13 o/o, contre 10,2 o/o, et le groupe AB, dans 5 o/o, contre 6 o/o se rencontrant dans la population. Se basant sur ces données, l'auteur arrive naturellement à la conclusion que le groupe O se rencontre plus souvent chez les malades atteints de psoriasis et il émet l'hypothèse que les individus du groupe O possèdent une prédisposition particulière pour le psoriasis. Preininger ne peut confirmer un tel rôle du groupe O dans le psoriasis et il a obtenu, au contraire, une certaine prédominance du groupe A; celui-ci s'est manifesté dans 44 o/o des cas; mais l'auteur n'attache pas une importance particulière à cette prédominance. N. Ohmichi, dont nous ne connaissons, à notre regret, les travaux que par des comptes rendus, où le nombre des cas n'est pas donné, conclut que le groupe B prédomine dans les verrues vulgaires, les épithéliomes, la métalues; le groupe A, dans la tuberculose de la peau et dans les épithéliomes; le groupe O s'observe très rarement dans les épithéliomes, la tuberculose de la peau et la métalues. Ohmichi a obtenu dans la lèpre une augmentation assez notable du groupe B et un fléchissement du groupe A. Malinine et Stroukov notent, dans 171 cas de lèpre, une augmentation du groupe O. Ces données de Ohmichi et des auteurs russes concernant la lèpre n'ont pas trouvé leur confirmation dans la communication faite par Weidemann et Katkin et émanant de la léproserie de Riga; ces auteurs n'ont obtenu la prédominance d'aucun groupe dans leurs matériaux consistant en 106 examens de cas de lèpre. Klövekorn et Simon sur 760 examens de diverses dermatoses (psoriasis, eczéma, lupus, pyodermites et teignes) n'ont pas obtenu de données en faveur de la prédominance d'un groupe quelconque dans les dermatoses examinées; Winter n'a pu tirer aucune conclusion de 159 cas de dermatoses, par suite du nombre insignifiant des cas de chaque dermatose considérée séparément.

En général, dans cette question on ne peut avoir des indications plus claires que quand on se trouve en présence de chiffres plus élevés, que l'on ne peut obtenir qu'à la suite d'une série d'examens de ce genre. Et c'est cette considération qui nous incite à faire part de nos résultats.

Nos matériaux sont constitués par 1.111 cas examinés, dans les-

quels ont été observés 1.417 affections cutanées. Le tableau nº 1 peut donner une idée de la répartition que nous avons faite de nos malades par groupes, au point de vue du sexe et de la nationalité ; les Russes et les Ukrainiens sont réunis dans une seule colonne, par suite du grand nombre de mariages consanguins conclus entre eux depuis de nombreuses générations, en particulier dans la population des villes ; parmi les autres nationalités, nous n'avons mis à part que les Israélites, représentés dans nos matériaux par des chiffres relativement élevés ; les autres nationalités (Allemands, Bulgares, Arméniens, etc.) ne sont pas portés dans le tableau par suite de leur nombre insignifiant.

TABLEAU Nº 1

Appellation	Nombre	Groupes								J. B. R.
		AB		A		B		O		
		Nombre	o/o	Nombre	o/o	Nombre	o/o	Nombre	o/o	
Nombre des cas examinés	1.111	85	7,7	485	41,3	203	18,2	365	32,8	1,9
Hommes	473	42	8,7	182	38,5	96	20,3	153	32,3	1,6
Femmes	638	43	6,7	276	43,2	107	17,8	212	33,2	2,1
Russes et Ukrainiens.	480	40	8,2	195	39,9	94	19,2	160	32,7	1,8
Israélites	458	29	6,3	202	44,1	82	17,8	145	31,6	2,0
Statistique de l'U. R. S. S (Données recueillies par Roubachkine) . . .	3.729	—	7,3	—	36.8	—	22,7	—	33,3	1,47
Données statistiques pour Odessa.										
1) Barinstein .	3.950		5,8		39,1		19.4		35,7	1,78
2) Perkel et Israëlsohn	721		6,1		38,2		24,2		31,5	1,40

Quand nous comparons nos matériaux avec les données de Perkel et d'Israëlsohn sur les syphilitiques, avec celles de Barinstein pour Odessa et les données statistiques des divers auteurs pour l'U. R. S. S. rassemblées par Roubachkine, nous ne pouvons noter, dans aucun des groupes, une différence tranchée qui montrerait la prédominance de l'un quelconque des groupes chez les individus atteints de maladies cutanées; il convient de dire la même chose pour ce qui concerne l'I. B. R. de Hirzfeld; dans nos matériaux cet index n'est que de 0,1 plus élevé que celui des données de Barinstein.

Les quelques écarts que l'on constate dans une direction ou dans l'autre sont en somme si insignifiants qu'ils peuvent être observés habituellement dans la confrontation des divers matériaux.

Seul, le groupe AB se rencontre chez nous avec un pourcentage de cas relativement élevé, à savoir 7,7 o/o, et ce groupe est réparti très inégalement entre les hommes et les femmes : 8,7 et 6,6 o/o.

La répartition des groupes conformément aux différentes maladies cutanées est représentée par nous dans le tableau suivant :

TABLEAU N° 2

Appellation des maladies	Nombre de cas examinés	Appellation des groupes								I. B. R.
		AB		A		B		O		
		Nombre	o/o	Nombre	o/o	Nombre	o/o	Nombre	o/o	
Pyodermites	255	15	5,9	102	40,0	53	20,8	85	33,3	1,7
Gale et pédiculose	84	4	4,7	27	32,2	20	23,8	33	39,3	1,3
Teignes	157	12	7,6	65	41,4	22	14,0	58	36,9	2,3
Eczémas dysidrosiques	79	6	7,6	38	48,1	15	19,0	20	25,3	2,1
Dermatoses prurigineuses	89	3	3,3	37	41,6	21	23,6	28	31,5	1,9
Eczémas et dermatites (1)	153	13	8,5	56	36,5	32	20,9	52	33,9	1,6
Lésions séborrhéïques de la peau (2)	244	15	6,1	93	38,1	52	21,3	84	34,8	1,6
Psoriasis vulgaire	65	8	12,3	22	33,8	10	15,4	25	38,5	1,6
Affections herpétiques	66	6	9,1	26	39,4	18	27,5	16	24,3	1,3
Tuberculose de la peau	68	11	16,2	27	39,3	12	17,6	18	26,5	1,2
Tuberculides	15	—	—	8	—	2	—	5	—	—
Lupus érythémateux	15	3	6,7	18	40,0	8	17,8	16	35,5	1,9
Verrues vulgaires	28	5	17,8	10	35,7	3	10,7	10	35,7	1,9
Affections diverses (3)	99	8	—	41	—	11	—	39	—	—
Total	1.417	109	7,5	570	39,4	279	19,3	489	33,8	1,7

(1) Dans ce nombre : 57 cas de neurodermatoses gr. AB, 1 cas ; A, 22 cas ; B, 16 cas ; O, 28 cas.

(2) Dans ce nombre : acné vulgaire, 53 cas, gr. A 48 o/o ; acné rosacée : 22 cas, gr. O 45,9 o/o ; eczéma séborrhéique : 107 cas, gr. AB 7,5 o/o.

(3) Parmi les « affections diverses » se trouvent : 4 cas de pemphigus vulgaire (3 gr. A, 1 gr. O), 5 cas de lichen plan (2 gr. AB, 1 gr. A, 2 gr. B), 9 cas de pelade (1 gr. AB, 2 gr. A, 6 gr. O), 3 cas d'adénome sébacé (1 gr. A, 2 gr. B), 2 cas de kératodermie symétrique héréditaire (1 gr. A, 1 gr. O), 3 cas de photodermatite tous du gr. O, 3 cas de lèpre, tous du groupe O, 1 cas de mycose fongueuse, gr. B, 1 cas de sporotrcihose, gr. O. Les autres cas ne présentent guère d'intérêt.

Comme on le voit d'après le tableau ci-dessus, les affections étiologiquement parentes ont été réunies par nous en groupes distincts : c'est ainsi que se trouvent à part les affections pyogéniques, les teignes, les eczémas, à part l'eczéma dysidrosique, à cause des particularités étiologiques de cette affection ; puis viennent les dermatoses à prurit primaire, les affections séborrhéiques de la peau, les herpès, la tuberculose de la peau, les tuberculides et, à part, le lupus érythémateux ; toute une série d'autres affections, dont le nombre de cas est insignifiant, pour chacune d'elles, ne figure pas dans le tableau et a été insérée dans la colonne « divers ».

Y a-t-il, dans l'un quelconque de ces groupements, une prédominance nette d'un groupe sanguin déterminé ? Qu'est-ce que nous donne la confrontation des pourcentages des divers chiffres se trouvant dans le tableau n° 2?

Il ne peut être question, selon nous, de la prédominance d'un groupe quelconque que, lorsque avec les moyennes que nous avons pour Odessa et, en général pour notre Union, le groupe AB figurerait dans 10 o/o et davantage, des cas, les groupes A et O dans 50 o/o, et plus, et le groupe B se rapprocherait de 30 o/o, ou le dépasserait ; au contraire, les chiffres extrêmement bas témoigneraient que les individus appartenant à ce groupe sont peu prédisposés à contracter l'une quelconque des dermatoses.

Si nous examinons le 2e tableau en nous plaçant à ce point de vue, nous devrons noter que c'est le groupe AB qui donne les écarts relativement les plus grands ; si, dans les affections pyogéniques de la peau, dans les maladies séborrhéiques et dans le lupus érythémateux, ce groupe donne des chiffres moyens, par contre, dans les affections prurigineuses, nous avons des chiffres plus élevés (3,3 o/o); dans les teignes, dans l'eczéma dysidrosique et les eczémas séborrhéiques, nous avons des chiffres identiques et relativement élevés (7,6 o/o) ; les chiffres sont encore plus grands dans les eczémas et les dermatites, dans les herpès (8,5 et 9,1 o/o) ; enfin, dans le psoriasis (12,3 o/o), la tuberculose de la peau (16,2 o/o) et les verrues vulgaires (17,8 o/o), nous avons obtenu des chiffres qui dépassent notablement le maximum supposé. Au contraire, dans les tuberculides, le groupe AB n'est pas noté une seule fois dans les 15 cas examinés.

Nous ne pouvons, cependant, attribuer au groupe AB quelque

rôle spécial dans les affections dermatologiques et, en particulier, dans le psoriasis et la tuberculose de la peau, parce que, précisément pour ces maladies, le nombre de cas examinés par nous n'est pas grand ; d'autre part, les données fournies par la littérature de la question ne corroborent pas nos relations en o/o. Quant aux autres groupes, aucun d'eux ne donne d'écarts assez tranchés qui permettraient de parler de quelque prédisposition.

Pour ce qui concerne l'I. B. R. qui a donné, en moyenne, dans nos matériaux 1,9 il convient de noter l'élévation du chiffre atteignant plus de 2,0 dans les teignes et dans l'eczéma dysidrosique (qui est aussi, probablement, une affection teigneuse).

Nous n'avons pas réussi à faire d'observations suivies sur la question concernant la relation existant entre la transmission héréditaire et les propriétés isohémagglutinantes du sang, et cela, parce que les matériaux correspondants nous ont fait défaut. Nous pouvons seulement noter que, dans deux cas de photodermite, selon toute apparence de caractère héréditaire, nous avons découvert chez la mère et la fille le groupe O ; ce même groupe a été découvert dans un troisième cas examiné par nous.

Quant à la relation existant entre les groupes sanguins et la marche de la maladie, nous avons des observations extrêmement intéressantes concernant le cours de la syphilis. Sans nous arrêter aux données ayant trait à la littérature de cette question et qui ont été exposées dans le travail circonstancié de Perkel et d'Israëlsohn (de notre Institut), nous nous contenterons de noter que la majorité des auteurs constate qu'aucun des groupes existant ne prédispose à la syphilis, mais la RW, sous l'influence du traitement, disparaît plus rapidement chez les malades appartenant au groupe O. Quant à l'évolution ultérieure des manifestations cliniques dans la syphilis, conformément aux données de Perkel et d'Israëlsohn, la paralysie progressive se rencontre plus fréquemment chez les malades des groupes AB et B ; le tabès se rencontre plus souvent dans le groupe A, la syphilis tertiaire et la syphilis viscérale ne donnent pas d'écarts tranchés.

Si l'on prend en considération ce qui a été exposé, il nous a paru extrêmement intéressant de vérifier les relations réciproques de groupes dans les dermatoses à marche grave et, dans ce but, nous avons choisi des malades atteints de neurodermatoses, de

psoriasis, d'eczémas séborrhéïques et de formes diverses d'eczémas; l'affection, chez ces malades, avait un caractère opiniâtre, durait depuis des mois et, dans la plupart des cas, depuis des années, ne cédait pas aux méthodes habituelles de traitement, ou, si elle cédait, elle était suivie de récidives dans le délai le plus proche. Chez ces malades, les lésions elles-mêmes présentaient une plus grande expansion, donnaient des sensations subjectives en plus grand nombre qu'on ne le constate d'ordinaire. La répartition des groupes chez ces malades est indiquée dans le tableau suivant :

TABLEAU N° 3

Appellation des maladies	Nombre des cas	Groupes							
		AB		A		B		O	
		Nombre	o/o	Nombre	o/o	Nombre	o/o	Nombre	o/o
Neurodermatoses . . .	24	—	—	8	33,3	7	29,1	9	37,5
Psoriasis . .	31	5	16,1	6	19,3	5	16,1	15	48,5
Eczématides .	26	3	11,5	8	30,8	7	26,9	8	30,8
Eczémas divers . . .	43	1	2,3	15	34,9	8	18,6	19	44,2
Eczémas dysidrosiques	37	5	13,5	15	40,5	6	16,2	11	29,8
Total . .	161	14	8,7	52	32,3	33	20,5	62	38,5

A l'examen de ce tableau, ce qui attire notre attention, c'est le pourcentage élevé des malades appartenant au groupe AB, affectés de psoriasis (16,1 o/o), d'eczématides (11,5 o/o), d'eczéma dysidrosique (13,5 o/o); dans les neurodermatoses, au contraire, le groupe AB faisait défaut et, dans les eczémas, il est représenté par des

chiffres insignifiants ; d'autre part, nous avons une prédominance assez notable du groupe B dans les neurodermatoses (29,1 o/o), une certaine prédominance de ce même groupe dans les eczématides (26,9 o/o) ; le groupe O prend une part assez considérable dans les psoriasis graves et dans les divers eczémas.

Sans faire de conclusions catégoriques qui, à notre avis, seraient risquées, par suite du nombre insignifiant de cas graves soumis à l'examen, nous nous bornons à attirer l'attention sur nos données, dans l'espoir que, en se basant sur les statistiques des divers auteurs, il sera possible, à la longue, de recevoir des données, fondées sur un plus grand nombre de matériaux, concernant les propriétés isohémagglutinantes du sang dans les diverses dermatoses, en général, et dans les dermatoses à évolution grave, en particulier.

BIBLIOGRAPHIE

1. V. Roubachkine. — Les groupes sanguins. *Edit. de l'état*, 1929.
2. L. Barinstein. — Transfusions sanguines. Odessa, 1928.
3. Weidemann et Katkin. — *Med. Klinik* , 1929, n° 19.
4. Döltery. — *Med. Klinik.*, 1925, n° 36.
5. Kolangi. — *Klin. Nach.*, 1926, n° 8.
6. Straszynski. — *Société polonaise de biologie*, 26-XI-1924.
7 Poehlmann. — *Med. Woch.*, 1927, n° 28.
8. Preininger. — *Zbl. f. H. u. G. Kr.*, Bd. 27. S. 202.
9. Omichi. — *Zbl. f. H. u. G. Kr.*, Bd. 28. S. 265 u. Bd. 29. S. 330.
10. Malinine et Stroukov. — *Vratchebnoié delo*, 1930, n° 3.
11. Klövekorn et Simon. — *Derm. Zeitschr.*, 1927, Bd. 5. H. 4.
12. Winter. — *Derm. Zeitschr.*, 1930, Bd. 57. H. 6.
13. Perkel et Israelsohn. — Recueil des travaux de l'Institut Glavtché. Odessa, 1927.

IIIe RÉUNION PLÉNIÈRE
DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Ier Rapport : **La Lymphogranulomatose (maladie de Paltauf-Sternberg). Conception étiologique et pathogénique de la lymphogranulomatose tirée de l'étude expérimentale**, par T. VASILIU. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, no 7 *bis*, octobre 1931, pp. 815-837.

La lymphogranulomatose est une affection caractérisée par l'histologie. En se limitant aux cas typiques, la majorité des pathologistes pensent qu'il s'agit d'un tissu de granulation d'origine inflammatoire, bien que certains caractères aient pu faire songer à un processus tumoral.

Sternberg, Paltauf et beaucoup d'auteurs après eux croient qu'il s'agit d'une forme spéciale de tuberculose. Cependant, la présence du bacille de Koch authentique n'a pu être mise en évidence que dans 50 o/o des cas environ. Frænkel et Much et d'autres ont trouvé fréquemment une forme granulaire du bacille de Koch sur la nature exacte de laquelle on n'est pas encore tout à fait fixé.

Des recherches de Lichtenstein ont montré la possibilité d'obtenir chez le cobaye, par inoculation du bacille de Koch, des lésions ressemblant assez à la lymphogranulomatose.

Plus tard, le même auteur, sur 8 cas de lymphogranulomatose pure, sans tuberculose associée, aurait obtenu 8 fois la tuberculisation du cobaye, dans des conditions d'expérimentation vraiment très rigoureuses ; le germe était un bacille humain.

Ceelen et Rabinovitch, au contraire, n'obtiennent guère que des résultats négatifs, même dans deux cas avec tuberculose associée. Frænkel et Much, par la technique de l'inoculation de pulpe imprégnée d'acide lactique, obtiennent constamment des inoculations suivies de cultures positives. Ils pensent que le bacille est très rare dans les lésions. Titu Vasiliu et Iriminoiu ont obtenu environ trois quarts de résultats positifs ; Bezançon a des cas analogues.

De nombreux expérimentateurs ont surtout des inoculations négatives, en particulier Askanazy. Chez des cobayes sensibilisés par le bacille de Koch, Faure-Beaulieu et Mlle Brun obtiennent un phénomène de Koch avec du tissu lympho-granulomateux.

Martinolli, avec du foie de fœtus de femme tuberculeuse, obtient chez le cobaye des ganglions de structure partie tuberculeuse, partie lymphogranulomateuse. D'autres auteurs ont constaté des faits permettant d'incriminer le virus tuberculeux filtrable.

L'auteur discute en détails les arguments pour ou contre ces étiologies tuberculeuses de la lymphogranulomatose en citant les opinions des auteurs qui ont étudié la question expérimentalement et montre les incertitudes qui persistent encore sur ce sujet.

Il rappelle en outre les diverses recherches qui ont été faites sur

d'autres germes, en particulier du type *corynebacterium*, et termine sur un court chapitre de diagnostic histologique.

Ses conclusions sont les suivantes :

1° La tuberculose est souvent mêlée à la lymphogranulomatose, visiblement ou bien des fois si intimement qu'à peine on la découvre à l'examen microscopique, qui d'ailleurs ne peut se faire jamais d'une manière complète.

2° La tuberculisation des animaux sensibles à la tuberculose s'obtient dans un grand nombre de cas de lymphogranulomatose, associée ou non à une tuberculose évidente. D'autre part, bien des cas de lymphogranulomatose associée avec une tuberculose évidente, ne produisent pas chez les animaux (cobayes et lapins) une tuberculisation de morphologie habituelle ; on y peut cependant quelquefois cultiver le virus tuberculeux. D'autre part, il y a eu des cas où les cultures de ces lésions ont été négatives pour le bacille de Koch et où, par des réinoculations, on a obtenu la tuberculisation des animaux.

3° Avec le matériel lymphogranulomateux, surtout celui associé à la tuberculose, on a produit un tissu très ressemblant à celui de la lymphogranulomatose.

4° Les filtrats de virus tuberculeux ont donné quelquefois des lésions assez semblables à celles de la lymphogranulomatose ; très rarement, les cultures du bacille ont donné le même résultat.

5° Les recherches qui ont abouti à cultiver d'autres bactéries, soit dans le sang, soit dans les organes de la lymphogranulomatose, n'ont pu convaincre personne de leur rôle actif dans la production de la maladie.

6° L'auteur du rapport croit que l'étiologie de la lymphogranulomatose n'est pas établie, mais qu'il n'a pas le droit de considérer éliminés les rapports, quels qu'ils soient, entre le virus tuberculeux et la lymphogranulomatose. A. BOCAGE.

IIe Rapport : **Caractères généraux du granulome malin, tirés de son étude anatomo-clinique**, par M. FAVRE et P. CROIZAT. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 838-900, 13 fig.

Le premier chapitre de ce rapport est une analyse minutieuse des éléments cellulaires qui entrent dans la constitution du granulome malin : lymphocytes, surtout abondants au début, mais qui ne disparaissent jamais ; plasmocytes banales ou à corps oxyphiles ; cellules éosinophiles de types variés ; hémohistioblastes, cellules lipoïdiques ; cellules de Sternberg, dont l'auteur donne les diverses phases du développement et décrit en détails le chondriome, niant les inclusions cellulaires ; concluant à l'unité de cet élément cellulaire, les rapporteurs trouvent qu'il n'a pas une valeur diagnostique absolue, car on peut en rencontrer dans certaines tumeurs malignes du tissu conjonctif, et il peut être difficile parfois à découvrir dans un granulome malin authentique. Il

n'y a ni cellules épithélioïdes vraies ni cellules géantes du type Langhans dans le granulome pur.

Au point de vue de l'histogenèse, les rapporteurs attribuent de plus en plus d'importance aux lymphocytes et pour l'éosinophilie en particulier croient actuellement plus à une genèse locale qu'à un apport sanguin. Les cellules de Sternberg dériveraient surtout des hémohistioblastes, et accessoirement des plasmocytes et des fibroblastes, plutôt que d'éléments médullaires apportés par voie sanguine. De même, il est probable que les polynucléaires si nombreux se forment sur place dans le granulome malin.

Le début des lésions granulomateuses est fort mal connu. C'est d'ailleurs un caractère propre du granulome que son polymorphisme ; il n'est pas possible de maintenir le schéma d'une évolution en trois étapes histologiques, stades inflammatoire, fibreux, néoplasique ; trop de causes locales interviennent pour modifier l'aspect suivant les points ; la bigarrure cellulaire se retrouve généralement, donnant une réelle unité derrière les variations de surface qui font souvent prédominer les infiltrations lymphoïdes, plasmatiques ou à cellules de Sternberg. A noter la présence de nécroses fibrinoïdes, de foyers de dégénérescence, l'importance de la sclérose. Presque tous les organes et tissus peuvent être atteints par le granulome.

La deuxième partie du rapport est consacrée à l'étude clinique de la granulomatose maligne.

Les adénopathies débutent en général par la région cervicale ; la rate est atteinte dans 95 o/o des cas.

La fièvre est constante ou plus exactement il n'y a pas de granulomatose dont l'évolution soit totalement apyrétique.

La formule sanguine est toujours quelque peu modifiée : éosinophilie dans plus de la moitié des cas ; hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile dans près de 90 o/o des cas (75 à 90 o/o de polynucléaires pour 15 et 20.000 leucocytes) ; cependant, la leucopénie et l'agranulocytose ont été signalées ; une anémie progressive et modérée est de règle, mais les plaquettes sanguines existent en plus grand nombre que normalement, s'il n'y a pas de diathèse hémorragique associée. Enfin, le prurit est un symptôme important, d'une intensité extrême dans quelques cas, dans d'autres, il demande à être recherché car il n'attire pas tout d'abord l'attention ; plus tard apparaissent les lésions cutanées.

Les formes cliniques de la maladie sont innombrables. Parmi les plus importantes sont les formes pleuro-pulmonaires : à côté du syndrome médiastinal lié aux adénopathies, il faut citer la forme pleurale pure, à épanchement séreux très fibrineux (ou parfois chyliforme), à formule cytologique généralement panachée, éosinophilie rare, la forme broncho-pulmonaire, avec foyers de râles fixes, et même syndrome pseudo-cavitaire ou hémoptysies ; on a signalé des épisodes pseudo-pneumoniques aigus et la possibilité de voir des cellules de Sternberg dans

l'expectoration ; enfin, la forme pseudo-tumorale peut infiltrer le parenchyme à la manière du cancer.

Les formes cutanées ne sont pas moins variables, avec faits de passage entre des lésions non spécifiques et les lésions spécifiques granulomateuses ; à signaler une forme addisonnienne. De volume variable, les infiltrations granulomateuses de la peau peuvent s'ulcérer ; il en existe des formes très étendues (léontiasis granulomateux). La granulomatose cutanée ou muqueuse peut précéder de longtemps les autres signes de la maladie, aussi doit se poser la question de l'inoculation cutanée de la maladie, sorte de chancre ou de tumeur d'apparence chéloïdienne suivie d'adénopathie puis de l'évolution habituelle de la granulomatose maligne. Le mycosis fongoïde est une affection distincte.

Les formes digestives ne sont pas moins polymorphes. L'intestin grêle est le plus souvent atteint, la maladie donnant lieu à des lésions de type ulcéro-cancer ; il en est de même au niveau de l'estomac. L'aspect clinique varie considérablement d'un cas à l'autre et le diagnostic est fort difficile ; les perforations, les accidents péritonéaux aigus peuvent se rencontrer.

Les localisations osseuses sont cliniquement peu fréquentes, bien que microscopiquement on en trouve dans la moitié des cas. Le rachis et en général les os spongieux sont les plus touchés. Le plus souvent, il s'agit d'une propagation directe à l'os partant des ganglions voisins. Il se forme des cavités que comble le tissu granulomateux ; la radiothérapie en permet la sclérose, voire même la reconstruction osseuse. La radiographie permet le diagnostic des lésions du squelette.

Les formes nerveuses de la granulomatose maligne commencent à être bien connues. Une bonne part relève de compressions dues à des lésions osseuses ou méningées. L'atteinte des éléments nerveux eux-mêmes par le granulome est très rare, on compte encore les observations, et il faut se demander si un certain nombre de symptômes neurologiques ne peuvent pas être mis sur le compte d'une intoxication, voire de la cachexie et de l'anémie, donnant naissance à des scléroses combinées. Il semble qu'il y ait quelques observations d'atteinte primitive de la moelle épinière par le granulome avant toute autre localisation.

L'évolution de la maladie est essentiellement ondulante, amenant habituellement la mort en 2 à 6 ans ; on a vu des formes se prolonger 20 ans ; d'autres, par contre, ont pris une évolution galopante en quelques mois, un cas suraigu a duré 14 jours ; ces formes rapides prennent volontiers l'allure d'une septicémie ou d'un ictère grave. Il existe des formes ressemblant à la typhoïde due généralement à une localisation aux ganglions rétropéritonéaux. Rien dans l'âge du malade, ni dans l'aspect anatomique des lésions, ne permet de prévoir la rapidité de l'évolution.

Les complications infectieuses sont très fréquentes, au point qu'une moitié des malades en meurt. Il faut insister particulièrement sur la tuberculose, encore qu'il soit difficile de préciser si elle est plus fréquente chez les granulomateux que chez les sujets normaux ; anatomiquement, les lésions intriquées, partie granulomateuses, partie tuberculeuses, sont fréquentes. Habituellement, la tuberculose est tardive ; on a vu cependant la lymphogranulomatose compliquer celle-ci. Signalons la possibilité d'association de lymphosarcome ; mais il y a lieu de faire quelques réserves au sujet de l'authenticité de ces faits.

Enfin, il existe des formes qui restent toujours localisées, et même parfois curables chirurgicalement par exérèse de la lésion, comme dans un cas des rapporteurs suivi depuis 20 ans après l'exérèse du granulome initial qui s'était développé au creux poplité à la suite d'une piqûre d'épine.

DISCUSSION DES RAPPORTS

Discussion des rapports sur la lymphogranulomatose, par M. DE JOSSELIN DE JONG. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 901-903, 2 fig.

La lymphogranulomatose est tout à fait différente de la tuberculose ; les plus petits granulomes diffèrent entièrement des follicules tuberculeux, leur inoculation au cobaye ne les tuberculise jamais.

Sur la lymphogranulomatose, par CHEVALLIER. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 903-904.

Il ne semble pas possible de faire dériver des plasmazellen les cellules éosinophiles tissulaires. La cellule géante de Langhans n'est pas propre à la tuberculose, il n'est donc pas impossible de la rencontrer dans une maladie infectieuse comme la maladie de Hodgkin.

De la ressemblance des cellules de Sternberg avec les mégacryocytes, on peut rapprocher l'augmentation du nombre des plaquettes qui est un des signes les plus constants de la maladie de Hodgkin évolutive.

Souvent, les îlots de sclérose hodgkinienne typique se forment aux dépens des follicules lymphatiques et non de la pulpe ganglionnaire.

Il faut être prudent sur l'interprétation du cas de M. Favre, de tumeur lymphogranulomateuse guérie par extirpation chirurgicale, car l'aspect histologique n'est que bien rarement pathognomonique.

Sur la lymphogranulomatose, par CLERC. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 904-905.

C. rappelle qu'en 1898, dans un travail avec Bezançon, ils ont entrevu la valeur des cellules que Sternberg décrivit la même année.

Sur la lymphogranulomatose par DE VECCHI. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 905-906.

L'histologie est de la plus haute importance, mais aussi souvent

très difficile à interpréter pour le diagnostic de la lymphogranulomatose, qui est bien une affection du mésenchyme et non exclusivement du tissu lymphatique. A signaler la fréquence des cristaux de Leyden Charcot dans les coupes.

Sur la lymphogranulomatose, par HOCHE. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, p. 906.

Un ganglion prélevé chez une jeune fille de 15 ans fut considéré comme tuberculeux par un laboratoire, et granulomateux par un autre, et cela en raison de l'aspect différent des fragments examinés. La malade mourut avec un syndrome ressemblant cliniquement à une tuberculose pleuro-pulmonaire.

Sur la lymphogranulomatose, par J. FIRKET. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 906-909.

Il est très important pour une bonne étude histologique d'avoir des biopsies plutôt que des pièces d'autopsie ; il faut aussitôt le ganglion prélevé faire des frottis sur lames, et fixer le ganglion dans un liquide approprié, en particulier le Zenker-formol.

On est frappé, dans les lésions au début, de voir au milieu du tissu lymphoïde hyperplasié, apparemment normal, des cellules de Sternberg disséminées, sans transition, alors qu'il n'y a pas d'infiltration granulocytaire éosinophilique ou autre, ni épaississement de la trame conjonctive ; il n'y a rien là qui ressemble à une hyperplasie d'origine mésenchymateuse. Certaines expériences aboutissant à des métaplasies myéloïdes et à la formation de mégacaryocytes ont montré toujours ceux-ci d'emblée à leur plein développement et entourés de myéloblastes, myélocytes puis granulocytes, aspects qu'on ne retrouve pas identiquement dans les foyers granulomateux du même ordre. L'origine des cellules de Sternberg dans une métaplasie myéloïde paraît donc peu probable. L'augmentation du nombre des plaquettes n'est pas un argument pour l'assimilation au mégacaryocyte de la cellule de Sternberg, contre laquelle plaide encore la macrophagie de celle-ci, si elle est démontrée. En résumé, un supplément de démonstration est nécessaire concernant l'élaboration d'éléments myéloïdes sur place dans le tissu lymphogranulomateux.

La maladie de Paltauf-Sternberg suggère l'impression d'une infection qui s'étend progressivement dans le mésenchyme en cicatrisant le long de sa marche.

Sur la lymphogranulomatose, par HARBITZ. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, p. 909.

La lymphogranulomatose est très fréquente en Norvège ; elle augmente alors que la tuberculose diminue. Ce sont deux maladies différentes, bien qu'elles puissent s'associer. La porte d'entrée paraît être le tube digestif.

Sur la lymphogranulomatose, par de Meyenburg. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, nº 7 *bis*, octobre 1931, pp. 909-910.

Chez une femme de 40 ans, on a trouvé dans les viscères des nodules granulomateux purs et sur la peau des lésions, les unes de ce type, les autres de mycosis fongoïde.

Une femme de 20 ans, morte avec un syndrome de volumineuse tumeur intrathoracique infiltrant médiastin, plèvre, poumon et péricarde, l'examen histologique révéla un lymphogranulome. D'après Uehlingen, les os les plus atteints sont ceux voisins des ganglions lymphatiques ; le granulome les attaque donnant des lésions visibles à la radiographie ; au contraire, les foyers granulomateux d'origine hématogène laissent la trame osseuse intacte et ne peuvent être décelés.

Sur la lymphogranulomatose, par Cailliau. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, nº 7 *bis*, octobre 1931, pp. 910-911.

Il semble que la plupart des cellules du granulome sont d'ordre réticulo-endothélial. Dans les formes locales de la lymphogranulomatose apparaissent nettement les relations entre le tissu conjonctif banal et les cellules sanguines endothéliales, le tissu mésenchymateux étant capable d'élaborer localement toutes les cellules sanguines et toutes les cellules histiocytaires, y compris les cellules de Sternberg, de Langhans, les macrophages, etc.

Les formes générales de la lymphogranulomatose pourraient s'expliquer par le blocage du système réticulo-endothélial local saturés de colloïdes fixés localement, d'où résulterait l'intervention du système histiocytaire général pour rétablri l'équilibre colloïdal général. Il est possible que les méningoblastes de la glie périphérique fassent partie du système d'Aschoff. Le virus n'est peut-être pas unique.

Sur la lymphogranulomatose, par C. Aubertin. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, nº 7 *bis*, octobre 1931, pp. 911-912.

Il existe des cas de lymphogranulomatose authentique où les cellules de Sternberg classiques manquent et sont représentées par des éléments plus petits associés à une prolifération de leucocytes, surtout de granulocytes.

Sur la lymphogranulomatose, par G. Roussy. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, nº 7 *bis*, octobre 1931, p. 912.

Le terme de granulomatose s'applique mieux à une lésion inflammatoire que celui de granulome.

Sur la lymphogranulomatose. Réponse des rapporteurs à la suite de la discussion. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, nº 7 *bis*, octobre 1931, pp. 912-914.

M. Titu Vasiliu rappelle qu'en Amérique on a réussi à tuberculiser des oiseaux avec des produits granulomateux.

M. Favre insiste sur la fréquence de l'évolution éosinophile des cel-

lules plasmatiques et rappelle qu'il a été un des premiers à montrer la présence de cellules géantes dans les lésions non tuberculeuses.

Il est fréquent de voir dans la granulomatose des cellules d'apparence néoplasique, au point que les différences entre sarcomatose et granulome sont très mal tranchées. La transformation de la granulomatose en leucémie est exceptionnelle. Une division de l'évolution de la granulomatose en trois stades d'inflammation de sclérose, et de prolifération n'est plus possible actuellement.

A propos des réticuloses, par Henschen. *Annales d'anatomie pathologique,* t. VIII, nº 7 *bis,* octobre 1931, pp. 915-916.

A propos du diagnostic de la granulomatose maligne, l'auteur apporte une observation de réticulose : femme de 65 ans qui pendant 5 ans présente de l'asthénie, de la fièvre au-dessous de 39°, une anémie qui finit au-dessous de 1 million, avec légère monocytose sanguine, gros foie, grosse rate, ictère léger, un peu d'ascite. A l'autopsie, foie de 4 kilogrammes, grosse rate, ganglions un peu augmentés. Microscopiquement, infiltration du foie par de grandes cellules mononucléées, sans phagocytose, ni présence de lipoïdes dans les cellules ; parenchyme hépatique atrophié, avec fibrose considérable. Dans la rate, la moelle osseuse, les ganglions, le tissu conjonctif interstitiel, le tissu adipeux, même prolifération de grandes cellules histiocytaires.

A. Bocage.

Localisations vertébrales au cours d'une lymphogranulomatose maligne. Luxation de la colonne cervicale avec brusque compression de la moelle, par A. Lemierre et P. Augier. *Annales d'anatomie pathologique,* t. VIII, nº 7 *bis,* octobre 1931, pp. 916-922.

Le début de l'affection fut en partie masqué par une ostéite séquelle de blessure ancienne ; à ce moment, prurit et douleurs ; plus tard, adénopathies superficielles multiples, fièvre importante, à certains moments pseudo-palustre ; leucocytose entre 10 et 14.000. Au bout de 11 mois, fracture spontanée de l'axis avec quadriplégie rapidement mortelle. La radiothérapie ne fit que diminuer le volume des ganglions superficiels.

A. Bocage.

Considérations anatomo-thérapeutiques à propos de la lymphogranulomatose maligne, par M. Lœper et A. Lemaire. *Annales d'anatomie pathologique,* t. VIII, nº 7 *bis,* octobre 1931, pp. 922-926.

La première observation est celle d'une forme médiastinale suivie dès son début, au stade lymphoïde leucopénique, sans éosinophilie ni prurit ; les symptômes cardinaux se développèrent progressivement. Un traitement par l'antigène méthylique ne donna aucun résultat.

La seconde, associée à une syphilis nerveuse non évolutive, montra des rémissions sous l'influence du traitement par la crisalbine intraveineuse.

Discussion : M. Huguenin n'a jamais obtenu le moindre résultat avec

la crisalbine intraveineuse. Tous ses malades avaient une cuti-réaction négative à la tuberculine ; or, l'aurothérapie est sans action sur les adénopathies tuberculeuses quand la cuti-réaction est négative.

A. Bocage.

La Rœntgenthérapie et la télérœntgenthérapie dans la lymphogranulomatose, par F. Sluys. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, nº 7 *bis*, octobre 1931, pp. 926-929.

L'auteur se loue des résultats de l'irradiation générale de l'organisme par grands champs séparés. Il a fait des tentatives d'irradiation totale par télérœntgenthérapie et montre avec quelle prudence il faut la manier en raison de la violence des réactions générales, même pour de petites doses. Le seul résultat de la radiothérapie paraît être de soulager le malade, mais son affection n'est modifiée ni en durée ni en gravité.

Discussion : M. de Josselin de Jong partage cette opinion : la radiothérapie, comme la granulomatose, détruit le tissu lymphatique et conduit vers la sclérose, c'est-à-dire vers une sorte de stade de repos, sans atteindre le virus. A. Bocage.

Lymphogranulomatose maligne avec localisations cutanées et viscérales. Coexistence de formations lymphogranulomateuses atypiques et de nodules tuberculoïdes dans les lésions cutanées, par A. Dupont. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, nº 7 *bis*, octobre 1931, pp. 929-933.

Observation d'une granulomatose à type pleuro-médiastinal avec ulcération cutanée. A noter la structure histologique des coupes de cette dernière dans lesquelles les cellules de Sternberg se groupaient en amas pseudo-néoplasiques d'un diagnostic vraiment délicat. A côté de ces éléments granulomateux existaient dans la peau des follicules tuberculoïdes, dont il est bien difficile d'admettre qu'ils ne fussent pas d'origine granulomateuse. A. Bocage.

Au sujet du diagnostic hématologique de la granulomatose maligne, par N. Fiessinger et C. M. Laur. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, nº 7 *bis*, octobre 1931, pp. 933-935.

On observe habituellement une leucocytose peu élevée avec prédominance de polynucléaires et poussées occasionnelles d'éosinophiles ; une anémie peu marquée avec abaissement léger de l'hémoglobine, enfin une réticulocytose (hématies granulo-filamenteuses) entre 5 et 7 o/o, sans rapports avec l'anémie, et retombant à la normale (0,5 à 0,8 o/o) dans les périodes d'amélioration et surtout après le traitement radiothérapique. A. Bocage.

Quelques faits cliniques en faveur de l'origine infectieuse de la lymphogranulomatose maligne, par J. Tapie. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, nº 7 *bis*, octobre 1931, pp. 936-941.

Une observation de maladie de Hodgkin dont chaque poussée évolutive s'accompagnait d'une fièvre intense à 39°5 à allure de septicémie,

s'atténuant chaque fois que la radiothérapie faisait fondre les ganglions atteints. Une observation d'amélioration inespérée pendant un an à la suite d'une rougeole.

Enfin, un cas de granulomatose chez une femme un an après la mort de sa fille atteinte de la même maladie. Il existe quelques rares faits analogues qui suffisent à démontrer la nature infectieuse de la maladie de Sternberg et font entrevoir son caractère contagieux.

A. BOCAGE.

Nouvelle contribution à l'étude expérimentale de la lymphogranulomatose maligne, par M. FAURE-BEAULIEU et Mlle C. BRUN. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, nº 7 *bis*, octobre 1931, pp. 941-944.

L'inoculation de produits granulomateux au cobaye produit une maladie qui dure en moyenne de 5 à 6 mois, se traduisant surtout par une cachexie progressive et des adénopathies discrètes, tableau d'une tuberculisation atypique. Hématologiquement, on constate leucocytose avec éosinophilie constante. Anatomiquement, la sclérose et la dégénérescence sont moins marquées que chez l'homme. Enfin, les cobayes préalablement inoculés avec des produits lymphogranulomateux ne se comportèrent pas vis-à-vis d'une inoculation ultérieure de bacilles de Koch comme les cobayes neufs ; mais comme des cobayes préparés par l'inoculation de produits tuberculeux. A. BOCAGE.

L'apparition d'un sarcome chez le lapin à la suite d'une greffe de lymphogranulome de l'homme, par J. JIANU et TRAIAN NETTA. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, nº 7 *bis*, octobre 1931, pp. 944-951, 5 fig.

Courte revue générale sur la lymphogranulomatose suivie d'une observation typique avec le résultat de la greffe d'un fragment de ganglion sous la peau et dans le péritoine d'un lapin. Il en résulte la formation d'un sarcome typique à partir du point d'inoculation. Les auteurs estiment que l'hypothèse la plus vraisemblable est une coïncidence étant donné la fréquence des tumeurs malignes spontanées chez le lapin, la localisation pouvant être provoquée par le traumatisme opératoire ou l'irritation due à la présence du greffon. Mais il faut aussi envisager l'hypothèse d'une évolution sarcomateuse d'éléments du lymphogranulome greffé. A. BOCAGE.

Histogénèse des lésions nerveuses du granulome malin, par M. FAVRE, J. DECHAUME et P. CROIZAT. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, nº 7 *bis*, octobre 1931, pp. 951-956.

Dans la majorité des cas, le névraxe n'est pas infiltré par le granulome qui ne parvient pas à franchir la barrière que semble opposer la dure-mère à l'extension de l'infiltration granulomateuse ; les lésions nerveuses sont dues à la compression par la néoformation contiguë.

L'atteinte directe du parenchyme nerveux est tout à fait exceptionnelle, on en compte encore les observations. La pénétration paraît se faire par les gaines adventitielles des vaisseaux, soit à partir des méninges, soit en plein centre nerveux, vraisemblablement par une embolie spécifique.

Quand les processus de désintégration nerveuse par oblitération vasculaire ne sont pas trop importants, on constate l'intrication des cellules granulomateuses avec les éléments nerveux ; à noter l'absence de fibres collagènes et l'existence d'une réaction de la névroglie. Ni les cellules nerveuses, ni les cellules névrogliques ne sont capables de se transformer sur place en éléments du granulome ; par contre, il n'est pas impossible qu'un certain nombre de ceux-ci ne dérivent des cellules de la mésoglie, celle-ci d'origine mésenchymateuse.

Discussion : M. G. Roussy pense que rien n'autorise à revenir sur l'opinion classique qui reconnaît une même origine ectodermique à tous les éléments composants du système nerveux, fibres et cellules nerveuses et névrogliques. A. Bocage.

Lymphogranulomatose et tuberculose, par F. Bezançon, R. Weismann-Netter, V. Oumansky et J. Delarue. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 956-960.

Des 6 cas observés par ces auteurs, 3 inoculations au cobaye complètement négatives, 2 autres positives alors que cliniquement il n'y avait pas de tuberculose apparente, enfin 1 cas avec tuberculose miliaire jeune superposée à la lymphogranulomatose à l'autopsie. Ces faits tendent à démontrer la dualité étiologique, clinique et histologique de la granulomatose et de la tuberculose.

Discussion : M. de Josselin de Jong croit aussi à cette dualité.
A. Bocage.

Contribution à l'étude expérimentale de la lymphogranulomatose, par F. Bezançon, R. Weismann-Netter, V. Oumansky et J. Delarue. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 960-963.

Observations détaillées de 2 cas de lymphogranulomatose dont l'inoculation détermina chez le cobaye l'apparition d'adénopathie suppurée. Chez un des animaux, structure analogue à celle du lymphogranulome humain ; chez l'autre, histologie banale. Dans l'un des cas existaient parallèlement des lésions de tuberculose distinctes de l'adénopathie spéciale que signale cette note. A. Bocage.

Ebauche d'un syndrome biologique de la lymphogranulomatose maligne, par R. Weismann-Netter. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 963-966.

De 7 cas paraît résulter le syndrome biologique suivant : cuti-réaction à la tuberculine brute négative, intradermo-réaction à la tuberculine au 1/100e positive, réaction de déviation du complément type Besredka ou Calmette généralement négative, réaction de Vernes à la résorcine très fortement positive (autour de 80, alors que la tuberculose ganglionnaire ne dépasse guère 40).

Discussion : M. Huguenin a obtenu des résultats du même ordre, mais en suivant les malades on note des faits plus complexes (voir plus loin).
A. Bocage.

Considérations anatomiques et pathogéniques sur la lymphogranulomatose, par L. Cornil et A. Rouslacroix. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 966-969.

La sclérose n'est pas l'apanage du stade tardif ou d'une forme évoluée de la granulomatose maligne.

Les altérations vasculaires, en particulier la phlébite oblitérante, sont fréquentes. On n'a pas le droit de nier *a priori* la possibilité de la dissémination par métastases néoplasiques de la maladie de Sternberg.

On peut décrire un certain nombre de types généraux de lésions ganglionnaires : 1° *bigarré*, avec perte de l'ordination folliculaire, polymorphisme des éléments, cellules de Sternberg en moyenne abondance, plages de sclérose, pas d'altérations vasculaires ; 2° *lymphoblastique*, avec perte de l'ordination folliculaire, polymorphisme à plasmocytes prédominants, éosinophilie, peu de réaction réticulaire, cellules de Sternberg rares, lésions vasculaires ; 3° *réticulaire*, avec disparition totale de la structure folliculaire et des centres clairs, hyperplasie réticulaire diffuse et tendance à l'inversion folliculaire, épaississement de la capsule et, par places, sclérose fibroblastique, cellules de Sternberg de toutes variétés, surtout d'origine réticulaire ; 4° *scléreux*.

A. Bocage.

Contribution à l'étude expérimentale de la lymphogranulomatose maligne, par L. Cornil et D. Olmer. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 969-971.

Reprenant les expériences de Faure-Beaulieu et Mlle Brun à l'aide d'ultra-virus tuberculeux, ils n'ont pu observer de phénomènes de Koch, mais ont eu l'occasion de constater chez le cobaye inoculé de granulome l'existence de micro-abcès dans la rate, évoluant vers la sclérose par apposition de collagène sur la trame. A. Bocage.

A propos des lésions de début de la lymphogranulomatose, par P. Foulon. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 971-974.

Dans 3 observations, l'auteur a pu mettre en évidence des lésions débutantes assez atypiques qu'il décrit minutieusement. Elles se groupent sous les trois chefs suivants : aspect d'adénite subaiguë, le plus fréquent ; aspect d'hyperplasie lymphoïde, aspect d'hyperplasie réticulaire ; ils forment un raccourci de la pathologie du tissu lymphoïde et montrent qu'un processus inflammatoire dont la cause est vraisemblablement unique peut revêtir des aspects extrêmement variés.

A. Bocage.

Les lésions hépatiques de la lymphogranulomatose, par P. Foulon. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 975-980.

Quatre observations particulièrement intéressantes. Dans l'une, évolution clinique débutant par le syndrome classique et se terminant en 3 semaines par une granulomatose hépatique, dont les caractères his-

tologiques sont ceux d'une réticulo-endothéliose hépatique : présence de cellules de Sternberg isolées dans les sinusoïdes, au voisinage de cellules de Kuppfer hyperplasiées, formes de passage entre les cellules épithélioïdes d'origine histiocytaire certaine et les cellules de Sternberg.

Un autre cas montre l'atteinte du foie par prolifération d'adénopathies voisines, intéressant pour le diagnostic différentiel avec la granulomatose hépatique proprement dite.

Les deux autres cas sont caractérisés par la propagation lymphatique du processus granulomateux, soit par voie superficielle dans l'épaisseur de la capsule de Glisson, soit par voie profonde suivant les ramifications de l'espace porte, donnant souvent une topographie d'aspect embolique.

Dans toutes ces formes, foie volumineux parsemé de nodules plus ou moins volumineux.

Enfin, dans cette importante communication, l'auteur décrit des lésions non spécifiques du foie, hépatite banale et par places, plages d'ébauche de sclérose avec phénomènes dégénératifs péri-portaux, rappelant le début d'une cirrhose.

Discussion : M. Firket pense que les lésions intralobulaires dues à la lymphogranulomatose hépatique méritent d'être particulièrement étudiées au point de vue de la question de la métaplasie myéloïde soulevée par M. Favre. A. Bocage.

Quelques recherches biologiques dans la lymphogranulomatose, par R. Huguenin et P. Foulon. *Annales d'anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7 *bis*, octobre 1931, pp. 980-985.

La cuti-réaction à la tuberculine est habituellement négative dans la lymphogranulomatose maligne, pourtant, on peut quelquefois, à un deuxième essai fait au voisinage du premier, voir une réaction positive de la deuxième cuti-réaction et un réveil de la première. La négativité n'est pas constante ; les réactions positives reparaissent au moment des périodes d'amélioration, sans que la radiothérapie soit en cause.

Jamais de réactions positives avec le sérum de cheval, malgré la répétition des essais. Par contre, l'intradermo-réaction à l'histamine s'est montrée parfois positive.

La réaction de Vernes à la résorcine est toujours très élevée chez un malade en poussée, mais sans rapport avec sa formule sanguine ni le taux d'albumine du sérum.

En raison des exceptions, il n'est pas encore possible de tirer de la positivité de la cuti-réaction à la tuberculine, un diagnostic formel d'adénopathie d'origine tuberculeuse.

Discussion : M. Weismann-Netter constate que ces résultats confirment sa communication sur le syndrome biologique de la lymphogranulomatose. A. Bocage.

XXVII[e] RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Le Congrès italien de Dermatologie et Syphiligraphie a tenu ses assises annuelles à Gênes du 21 au 23 octobre 1931, sous la présidence du professeur MARIANI.

Comme de coutume, trois questions avaient été proposées comme sujet d'étude :

I. *Pemphigus et pemphigoïdes.*
II. *Notions récentes sur le traitement de l'infection gonococcique.*
III. *Les acrodermatoses et leurs relations avec les troubles circulatoires.*

PEMPHIGUS ET PEMPHIGOÏDES

Les travaux sur ce thème ont été réunis dans un important volume de près de 600 pages, remarquablement édité, et dont il ne saurait être question, faute de place, de donner même une analyse.

Le Rapport principal est l'œuvre du Prof. RADAELI.

Des questions accessoires ont été traitées par divers collaborateurs :

Prof. BERTACCINI : Pemphigus et appareil neuro-endocrinien.

D[r] LEIGHEB : Recherches de biochimie et de biophysique dans les dermatoses du groupe du pemphigus.

D[r] DEVOTO : Méthodes modernes de traitement du pemphigus.

D[r] DEVOTO : Épidermolyse bulleuse.

D[r] DEL VIVO : *Herpès gestationis.*

D[r] AMBROGIO : Épreuves phytopharmacologiques dans le pemphigus, dans la dermatite herpétiforme de Duhring, et autres maladies cutanées.

D[r] AMBROGIO : Éruptions bulleuses provoquées par des substances hétérogènes par voie externe et interne.

Nous nous bornerons à résumer les conclusions de ces différents travaux.

1° Il convient de séparer du groupe du pemphigus :

a) les éruptions bulleuses par causes externes physiques et chimiques : parmi celles-ci, le soi-disant *pemphigus hystérique ;*

b) les éruptions bulleuses hétéro-toxiques ;

c) les éruptions bulleuses par infection locale d'origine externe : impétigo bulleux, pemphigus épidémique des nouveau-nés, dermatite exfoliatrice de Ritter von Rittersheim qui sont des pyodermites à streptocoques et à staphylocoques ;

d) les éruptions bulleuses de certaines infections générales : syphilis, lèpre, tuberculose, sporotrichose, typhoïde, pneumonie, maladie pyocyanique, septicémie streptococcique, infections par les viandes. A ces dernières infections et à la septicémie par le pyocyanique et le

streptocoque doivent être attribuées la plus grande partie des cas décrits sous le nom de pemphigus aigu et de pemphigus septique ;

e) les éruptions bulleuses par maladies du système nerveux central et périphérique ;

f) les éruptions bulleuses des maladies du système hémopoïétique (leucémie, pseudo-leucémie, lymphogranulomatose, mycosis fongoïde) ;

g) l'*herpès gestationis* ou pemphigoïde de la grossesse, qui doit être interprété comme un phénomène de sensibilisation par des substances d'origine maternelle ou ovulaire ;

h) l'épidermolyse bulleuse héréditaire dans ses deux formes simple et dystrophique ;

i) l'érythème polymorphe bulleux.

2° Les éruptions pemphigoïdes hétéro-toxiques, les septicémiques, l'*herpès gestationis*, peuvent présenter tous les types morphologiques qui se rencontrent dans le groupe du pemphigus.

3° Appartiennent au groupe du pemphigus, les cas qui présentent :

a) le type du pemphigus vulgaire bulleux ;

b) le type de la dermatose herpétiforme de Duhring ;

c) le type du pemphigus foliacé ;

d) le type du pemphigus végétant.

4° Nos connaissances sur la nature intime des processus du groupe du pemphigus sont très incomplètes, en ce que :

a) la symptomatologie, les constatations hématologiques et anatomo-pathologiques ne nous fournissent pas de données certaines sur les facteurs étiologiques et pathogéniques, mais nous font seulement penser vaguement à une intoxication ou à une infection ;

b) ni les faits cliniques, ni les faits anatomo-pathologiques ne justifient l'hypothèse d'une altération du système nerveux ou du système endocrinien comme cause générale des processus du groupe du pemphigus ;

c) on ne peut attribuer, ni à une rétention de substances azotées, ni à la rétention des chlorures (qui est inconstante), une valeur étiologique, pathogénique, diagnostique, ou pronostique ;

d) d'autres épreuves et d'autres recherches de biochimie et de biophysique (pomphyx chloro-sodique, réserve alcaline, équilibre électrolytique du sang et du liquide de bulle, etc...), nous fournissent pour le moment seulement quelques données intéressantes et qui laissent entrevoir des développements ultérieurs particulièrement au point de vue de l'interprétation du mécanisme pathogénique des manifestations cutanées ;

e) les recherches bactériologiques qui sont particulièrement orientées autour du bacille d'Eberson, de l'importance éventuelle de certaines formes spéciales de streptocoques, du bacille de Radaeli, n'ont pas encore fourni de données certaines pour la solution du problème étiologique.

5° Dans l'état actuel de nos connaissances, les auteurs conçoivent le

groupe du pemphigus comme constitué principalement par une entité morbide, de nature vraisemblablement infectieuse, que l'on peut considérer comme *pemphigus vrai*. Cette entité morbide, selon les auteurs, est capable d'assumer chez des sujets divers, et, chez le même sujet, à des moments différents, tantôt le type du pemphigus vulgaire bulleux, tantôt celui de la dermatite herpétiforme, ou du pemphigus foliacé, ou du pemphigus végétant.

6° La conception de la dermatite herpétiforme comme maladie propre, distincte du pemphigus, n'est justifiée, ni par l'observation clinique, ni par aucun des tests de laboratoire, qui ont été invoqués comme critères différentiels.

7° En l'absence de connaissances étiologiques certaines et par suite de base différentielle sûre, il est probable qu'actuellement, nous réunissons encore dans le groupe du pemphigus, en les confondant avec le pemphigus vrai, des formes pemphigoïdes de nature diverse (autotoxique, anaphylactique, dysendocrinienne ?).

Ce sera l'œuvre des travaux ultérieurs de distinguer et de séparer ces formes du pemphigus vrai.

Il convient, parmi ces travaux, d'attirer l'attention sur les curieuses *épreuves phytopharmacologiques*, imaginées par les Américains, et notamment par Mavid Macht, de Baltimore, et ses élèves Pels et Lubin. Cette méthode, qui a été également éprouvée sur une petite échelle en Allemagne, nous semble totalement inconnue en France. Elle consiste à éprouver l'action toxique de liquides de l'organisme sur la germination de graines de lupin. On mesure l'accroissement des radicelles et on établit ainsi l'*indice phytotoxique* du liquide éprouvé, d'après l'accroissement plus ou moins rapide. Ainsi Macht et Pels auraient constaté un indice phytotoxique différent dans le pemphigus et la maladie de Duhring et envisagent la possibilité d'utiliser cette méthode comme procédé de diagnostic entre les deux maladies.

Ambrogio a entrepris, pour vérifier ce point, des expériences de contrôle qui ne semblent pas avoir abouti à des résultats bien positifs.

Néanmoins, la méthode est curieuse, nouvelle et originale, et mérite d'attirer l'attention.

LES NOTIONS LES PLUS RÉCENTES SUR LE TRAITEMENT DE L'INFECTION GONOCOCCIQUE

1° *Chimiothérapie :* Prof. Jaja.

Après avoir passé en revue les diverses méthodes expérimentées dans ces dernières années, l'auteur s'attache surtout à la question de l'*acridine*. Il conclut que ce médicament exerce bien une action directe sur le gonocoque, mais peu intense. Cette faiblesse d'action est due à la fois à un taux de dilution trop élevé, et à un temps de contact trop bref avec le germe pathogène. On trouve une confirmation de cette opinion dans l'efficacité de l'acridine sur les cas de cystite, où elle fait

merveille. C'est qu'alors il y a dans la vessie un contact plus prolongé, tandis que, dans le cas de l'uréthrite, l'action est beaucoup moins efficace, à cause du contact trop éphémère. Le peu d'efficacité contre les localisations extra-muqueuses, peut se comprendre par la même explication, l'élimination trop rapide par le rein fait que le taux de concentration dans le plasma sanguin est insuffisant.

L'auteur admet aussi la possibilité d'une action de l'acridine par excitation de la défense histiocytaire, mais ce mode d'action paraît faible.

En résumé, action indéniable du médicament contre l'infection gonococcique, action qui peut fournir, entre des mains expérimentées, des résultats brillants, surtout par une association bien réglée avec d'autres méthodes thérapeutiques.

2° *Thérapie physique de l'infection gonococcique :* Prof. MONACELLI.

L'auteur passe en revue, discute et commente les diverses indications et les diverses méthodes d'application aux diverses contingences de l'infection gonococcique de la röntgen et radiumthérapie, photothérapie, électrothérapie, thermo et cryothérapie. Il conclut que, dans l'état actuel de la science, on ne peut attribuer à ces méthodes que le caractère d'une thérapie coadjuvante et symptomatique. En pratique, elles doivent être toujours associées aux autres procédés : immuno-biologiques, antiseptiques, chimiothérapiques, etc.

Mais cela ne veut pas dire qu'il ne faille attribuer à ces méthodes aucune valeur. Elles ont seulement leurs indications particulières, par exemple, les rayons X dans le rhumatisme blennorragique, la photothérapie dans certaines formes de la blennorragie féminine, la diathermo-coagulation et l'électrolyse pour certaines interventions endo-uréthrales.

Il faut donc persévérer dans l'emploi de ces méthodes, qui n'ont pas dit leur dernier mot et ne sont pas arrivées au dernier terme de leur perfectionnement.

3° *La diathermothérapie dans l'infection gonococcique de l'homme et de la femme :* Prof. TARANTELLI.

La diathermie exacerbe l'inflammation et n'est donc pas indiquée dans la blennorragie aiguë, où il y a déjà une phagocytose active, une forte imbibition plasmatique et de la tension du tissu malade. Cependant, elle pourra être employée avec avantage, à doses opportunément croissantes, sur des organes en état d'inflammation aiguë (épididymite, salpingite) pourvus de voies d'évacuation, et avec des gonocoques peu nombreux, de manière que l'hypersécrétion provoquée par la diathermie trouve une voie d'évacuation et que les réactions ne soient pas trop vives.

Dans les conditions inverses, où il peut y avoir rétention des exsudats : déviations utérines, sténoses, et à plus forte raison, organes entourés d'une capsule, comme la prostate, il faut se montrer très

prudent dans l'emploi de la diathermie et user de doses modérées et lentement progressives.

Par contre, dans les formes chroniques, l'emploi de la diathermie peut être recommandé sans réserves, comme une méthode essentiellement apte à réveiller la vitalité des tissus malades.

LES ACRODERMATOSES EN RELATION AVEC LES TROUBLES CIRCULATOIRES

L'acropathologie cutanée, en rapport avec l'appareil circulatoire, est dominée par les conditions fonctionnelles particulières de la peau elle-même, par le fait que celle-ci se trouve à l'extrémité du cycle circulatoire et que les troubles de la circulation cutanée peuvent avoir leur origine dans les gros troncs vasculaires. Aussi, les manifestations qui s'observent du côté des très petits vaisseaux ne peuvent-elles pas être considérées nécessairement comme une indication du siège du trouble pathologique, mais elles ont une signification générale et aspécifique.

Cependant, outre les répercussions de caractère général, il existe également des manifestations cutanées à siège vasculaire de cause locale.

Il s'agira donc, en présence de manifestations cutanéo-vasculaires des extrémités, d'apprécier si elles appartiennent à l'une ou l'autre de ces deux catégories, ce qui ne pourra guère être établi que par un examen approfondi de tout l'appareil circulatoire, local et général.

Il existe donc, dans la pathologie cutanée des extrémités, deux domaines, qui peuvent avoir entre eux des interférences, celui de la pathologie des troncs veineux et artériels, et celui de la pathologie des très petits vaisseaux.

Dans le premier cas, les facteurs essentiels sont ceux de la pathologie de l'appareil circulatoire ; dans le second, ce sont des facteurs strictement tissulaires.

Dans le premier cas, les manifestations cutanées auront une acrolocalisation stricte, due à une circulation ralentie et insuffisante et des caractères fortement aspécifiques.

Dans le deuxième cas, l'acrolocalisation ne sera pas aussi rigoureuse, et elle sera surtout déterminée par des conditions locales : action d'agents extérieurs, agents toxi-infectieux en circulation, etc.

De même que le domaine de ces manifestations cutanées par insuffisance circulatoire est limité et aspécifique, le domaine des manifestations à base tissurale capillaire est lui aussi souvent limité et aspécifique, et c'est ce qui explique l'identité fréquente de ces manifestations, qui ne correspond aucunement à une unité étiologique (exemple : purpura, éléments pomphoïdes, vésiculeux, etc...).

Mais, tandis que dans le premier domaine, plus limité, nous possédons des notions suffisamment claires, dans le deuxième, nous font encore défaut beaucoup de connaissances d'ordre physiologique et biochimique, et on en trouve un exemple très caractéristique dans l'examen des facteurs de la régulation capillaire, que l'auteur a cherché à éclaircir par l'étude des réactions cutanéo-vasculaires de type élémentaire.

BELGODERE.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en janvier 1932.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par les injections intraganglionnaires de glycérine, par M. Pinard et P. Robert. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 1, janvier 1932, p. 1.

Levaditi, Ravaut, Lépine et Mlle Schœn ont montré que les produits virulents de la maladie de Nicolas-Favre, soumis à l'action de la glycérine et conservés à la glacière, perdaient rapidement leur activité pathologique. De là vint aux auteurs l'idée de traiter les bubons par des injections intraganglionnaires de glycérine pure stérilisée. Ils vident ces bubons de leur pus, injectent de la glycérine dans la poche et renouvellent cette injection chaque jour. Cette méthode facile leur a donné des résultats satisfaisants et plus rapides qu'avec les autres thérapeutiques. H. Rabeau.

Considérations sur la syphilis mandibulaire, par M. Dechaume. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 1, janvier 1932, p. 4.

A propos de cinq observations qu'il publie, D. rappelle les trois formes classiques de la syphilis mandibulaire, affection moins rare qu'on le dit généralement. Ce sont l'exostose syphilitique, le syphilome circonscrit, le syphilome diffus. La première de ses observations se rattache à la fois aux hyperostoses et au syphilome circonscrit. Cliniquement, elle faisait penser au sarcome. La deuxième peut être comparée à une ostéite bacillaire. Radiologiquement, la troisième faisait penser à une ostéomyélite, et cliniquement à un sarcome. La quatrième simulait une épulis sarcomateuse. La cinquième rentrait dans le groupe des hyperostoses. D. fait remarquer combien la syphilis mandibulaire est polymorphe et combien il peut être difficile cliniquement de la reconnaître. Ce sont des faits sur lesquels en 1912 Nicolas et Favre avaient attiré l'attention. H. Rabeau.

Blennorragie gonococcique et non gonococcique (expérimentation bactériologique), par S. Franck (La Chaux-de-Fonds). *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 1, janvier 1932, p. 16.

La question de l'identification du gonocoque est des plus discutées. On l'a vu lorsqu'on a comparé les statistiques positives de spermo-

culture ; les résultats étaient si discordants qu'il s'agissait bien de différences d'interprétation. De très nombreuses observations cliniques, de recherches microscopiques, de cultures sur de multiples milieux, F. conclut que la blennorragie comprend deux groupes différents : la blennorragie à gonocoques et la blennorragie non gonococcique. La blennorragie à gonocoques, dans les cas aigus, chez la femme est beaucoup plus rare que chez l'homme, la blennorragie non gonococcique beaucoup plus fréquente. Les cultures difficiles à réaliser réussissent quand même quelquefois alors que l'examen microscopique n'a pas révélé de germes. On peut dire qu'il existe des gonocoques Gram négatifs, Gram neutres et Gram positifs. Ces deux derniers qu'il appelle « disgonocoques » peuvent, suivant les circonstances, redevenir des gonocoques et *vice-versa*. Il en existe de nombreuses espèces. Pour F., le gonocoque réagit vis-à-vis de la méthode de Gram de façon très différente suivant les cas de blennorragie. Il n'y a pas qu'un seul gonocoque et, dans l'infection dite non-gonococcique, il s'agit vraisemblablement d'un autre gonocoque.

H. Rabeau.

Fracture spontanée de la clavicule au début d'une syphilis secondaire, par Gougerot, P. Mathieu et Jaïs. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 1, janvier 1932, p. 31.

Curieuse observation d'un malade traité en avril 1930 pour une éruption généralisée prurigineuse, qualifiée d'urticaire ; en mai, il souffre de douleurs sur le trajet de la clavicule gauche, on pense à une arthrite de l'épaule. Il arrive à Paris en juillet, impotent, le bras en écharpe. La radiographie montre une fracture nette de l'extrémité interne de la clavicule. L'examen révèle une éruption papuleuse à gros éléments cuivrés, le diagnostic s'impose de fracture spontanée de la clavicule à la période secondaire d'une syphilis méconnue.

H. Rabeau.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Etude étiologique et pathogénique de la maladie de Nicolas et Favre (lymphogranulomatose inguinale subaiguë, ulcère vénérien adénogène, paradénolymphyte, par C. Levaditi, P. Ravaut, P. Lepine et Melle R. Schœn. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLVIII, n° 1, janvier 1932, pp. 26-88.

Ce beau mémoire expose les résultats des recherches entreprises par les auteurs depuis octobre 1930, et inspirées par l'important travail de Swen Hellerström et Erick Wassin, de Stockholm. Elles concernent la nature du virus qui provoque la lymphogranulomatose inguinale, ses affinités, sa répartition dans l'organisme du singe (espèce animale éminemment réceptive), les altérations histo-pathologiques, le mécanisme pathogénique de la maladie humaine et expérimentale, l'immunité, les propriétés virulicides du sérum sanguin. Leurs con-

clusions confirment l'opinion émise par Hellerström et Wassin. La maladie de Nicolas-Favre reconnaît comme agent étiologique, un virus filtrable spécifique, le virus lymphogranulomateux. La méthode des inoculations intracérébrales a ouvert la voie à des recherches expérimentales de grand intérêt. On ne saurait analyser cette longue suite d'expériences si méthodiquement poursuivies, et dont l'importance est considérable.

H. RABEAU.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

La présence du virus de la maladie de Nicolas-Favre dans les lésions d'un malade atteint d'ano-rectite ulcéro-végétante, par P. RAVAUT, C. LEVADITI, A. LAMBLING et R. CACHERA. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 96e année, 3e série, t. CVII, n° 3, 19 janvier 1932, pp. 98-103.

Chez un homosexuel traité antérieurement pour syphilis, puis pour chancrelle anale avec adénopathie non suppurée, une ano-rectite ulcéreuse et végétante persistait avec intradermo-réaction de Frei fortement positive, le bacille de Ducrey ayant disparu des ulcérations et les adénopathies ayant complètement fondu. L'inoculation sous la peau d'un cobaye d'un fragment de tissu pathologique donna naissance à un petit abcès avec réaction ganglionnaire non suppurée. Ces ganglions prélevés 13 et 21 jours plus tard permirent : 1° une inoculation intracérébrale positive chez le singe, qui présenta les lésions caractéristiques de la maladie de Nicolas-Favre ; 2° des inoculations au cobaye positives, sous forme de réaction ganglionnaire ; 3° la préparation d'un antigène déterminant des intradermo-réactions positives uniquement chez des sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre.

C'est la première démonstration directe de la présence du virus dans des lésions rectales.

A. BOCAGE.

Bulletin Médical (Paris).

Les troubles mentaux des syphilitiques, par J. LEVY-VALENSI. *Bulletin Médical*, 46e année, n° 3, 30 janvier 1932, p. 71.

L'auteur envisage tout d'abord l'importance de la notion de syphilis chez les psychopathes non syphilitiques et les troubles mentaux non syphilitiques chez les syphilitiques. Puis, laissant de côté la paralysie générale, il montre que les troubles mentaux des syphilitiques n'ont aucun caractère propre les rattachant à leur étiologie. Héréditaire ou acquise, la syphilis se manifeste sous trois modalités : 1° maladie infectieuse : confusion mentale ; 2° maladie destructrice du cerveau : démence ou idiotie ; 3° maladie révélatrice des tendances : certaines psychoses. L.-V. donne une étude rapide de ces diverses manifestations, et termine par l'étude des psychoses des syphilitiques.

H. RABEAU.

Les réactions de floculation et le sérodiagnostic de la syphilis, par R. Demanche. *Bulletin Médical,* 46e année, nº 3, 30 janvier 1932, p. 75.

La technique des réactions de floculation s'est beaucoup perfectionnée dans ces dernières années. On ne doit plus se contenter d'une réaction de Bordet-Wassermann, ou de ses variantes. On a dans les réactions de floculation des méthodes d'investigation nouvelles qui, par leur finesse et l'exactitude de leurs résultats, doivent prendre place à côté des méthodes anciennes. Leur association réalise un véritable syndrome sérologique. B. décrit brièvement les principales méthodes : réaction de Vernes (1917), réaction de Sachs et Georgi (1918), réaction d'opacification de Meinicke (1922), réaction de Kahn (1928), réaction de Müller (1928), réaction de clarification de Meinicke (1929). La confiance qu'on doit leur accorder est très grande, et les réactions de Kahn et de Müller sont parmi les plus recommandables, pour leur facilité, leur sensibilité, leur spécificité. H. Rabeau.

Les progrès accomplis dans le traitement des prostituées spécifiques de la Salpêtrière à Saint-Lazare et du traitement libre, par L. Bizard. *Bulletin Médical,* 46e année, nº 3, 30 janvier 1932, p. 78.

B. montre comment la réglementation s'est heureusement modifiée depuis les premières ordonnances jusqu'à maintenant. La fondation du dispensaire Toussaint Barthélemy en 1905 marqua un progrès décisif, et l'organisation du service du traitement prophylactique du dispensaire de la Préfecture de Police le complète utilement. B. estime que dans peu de temps, grâce aux efforts du service médico-social bien organisé, on pourra penser à établir complètement sur de nouvelles bases la réglementation de la prostitution.

H. Rabeau.

Lettre à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. XXX. Sur la méthode « Sézarienne » de traitement de la période dite biologique ou préclinique du tabès et de la paralysie générale, par Clément Simon. *Bulletin Médical,* 46e année, nº 3, 30 janvier 1932, p. 81.

Sézary ayant obtenu de bons résultats dans le traitement de la paralysie générale, à l'aide d'injections intramusculaires d'arsenicaux pentavalents, des résultats comparables à ceux de la malariathérapie, pense qu'*a fortiori* il aura de bons résultats lorsque ce traitement sera appliqué à la période *biologique*. Les doses conseillées par Sézary : (21 injections hypodermiques d'arsenic pentavalent à la dose de 1 gramme trois fois par semaine : quatre séries de 21 injections dans l'année), puis nouvelle ponction lombaire, paraissent à S. très élevées, et il recommande, si l'on emploie cette méthode, la plus extrême prudence, la recherche des petits signes d'intolérance de façon à interrompre le traitement à la moindre alerte. Pour lui, il se contente de 2 injections à 0,75 chaque semaine. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Agranulocytose pure après deux injections de novarsénobenzol, syndrome cardio-rénal transitoire, éosinophilie, guérison, par Cassoute, Poinzo, Zuccoli, Montus et Gueirand (de Marseille). *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, n° 1, 18 janvier 1932, p. 14.

Homme de 20 ans ; chancre mixte en novembre 1930, hospitalisé 15 février 1931. Il reçoit jusqu'au 6 mars, date à laquelle il quitte l'hôpital, amélioré, 3 injections intraveineuses de Dmelcos, une piqûre de muthanol, et 2 injections intraveineuses de novarsénobenzol 0,15 et 0,30 à 2 jours d'intervalle. Le 20 mars, grosse angine avec fausses membranes, et peu après plaques noirâtres, œdème du cou, avec éléments arrondis ulcéreux, état général grave, syndrome cardio-rénal transitoire. L'examen hématologique montre une anémie légère avec leucopénie (3.000 globules blancs) et 5 o/o de polynucléaires. Le malade guérit cependant en un mois. L'apparition d'une éosinophilie importante, 18 et 10 o/o, semble aux auteurs un signe de pronostic favorable. Ils pensent que la guérison est due à la minime quantité de novarsénobenzol injecté, à l'absence de tout syndrome hémorragique comme de tout stigmate de dyscrasie sanguine.

H. Rabeau.

Une confirmation typique de l'étiologie zonateuse de la varicelle, par P. F. Armand-Delille et Mme Trocmeé. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, n° 2, 25 janvier 1932, p. 48.

Les auteurs ont observé dans leur service de Herold une épidémie de varicelle apparue dans les délais normaux après un cas de zona. Ces faits s'ajoutent à ceux nombreux réunis par Netter, montrant l'identité des virus zonateux et varicelliques. M. Comby s'élève contre cette opinion, qu'Apert soutient au contraire. H. Rabeau.

Pyréto- et chimiothérapie dans la syphilis primaire et secondaire, par Ch. Richet fils et F. Joly. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, n° 2, 25 janvier 1932, p. 56.

Ainsi que Pasini l'avait fait avec d'excellents résultats, les auteurs ont associé la pyrétothérapie non malarique à la chimiothérapie dans la syphilis récente. Ils ont utilisé en injections intramusculaire ou sous-cutanée le propidon, le vaccin antigonococcique, le lait, le T. A. B., plus souvent le Dmelcos en injections intraveineuses à doses progressives. L'accès fébrile était provoqué le jour de l'injection de novarsénobenzol, le lendemain de l'injection bismuthique. L'inconvénient de la méthode est la nécessité de l'hospitalisation. L'avantage est une augmentation de l'activité du traitement chimiothérapique par cette asso-

ciation. La négativation du Wassermann est plus fréquente et plus rapide. Schulmann fait remarquer avec Terris, dans le service du professeur Jeanselme ils ont, en 1926, essayé la pyrétothérapie (injection intraveineuse soit d'électrargol, soit de collobiase du soufre). La cicatrisation du chancre n'a pas été plus précoce par cette association, la disparition de la réaction de Wassermann n'a pas été plus rapide.

H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Les syndromes infundibulo-tubériens syphilitiques, par LHERMITTE. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 1, 8 janvier 1932.

Les localisations de la syphilis sur l'infundibulum peuvent déterminer une série de symptômes autrefois attribués à l'hypophyse. A côté du syndrome global caractérisé par la polyurie, l'adiposité, les perturbations sexuelles, la narcolysie, il y a place à toute une série de syndromes dissociés, beaucoup plus fréquents, dans lesquels une manifestation domine les autres. Le syndrome adiposo-génital en particulier peut être chez l'enfant et l'adolescent l'expression de la syphilis infundibulaire. L. étudie rapidement les différents syndromes et établit que la lésion qui les conditionne n'est pas hypophysaire, mais infundibulaire.

H. RABEAU.

Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie (Paris).

Reproduction de la lèpre chez les animaux par l'inoculation de cultures de « Mycobacterium lepræ », par M. OTA et S. SATO. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CIX, n° 1, 15 janvier 1932, pp. 29-32, 2 fig.

65 hémocultures par la technique de Löwenstein ont donné aux auteurs 10 souches et 39 cultures de lépromes une souche d'un bacille acido-résistant qu'ils considèrent comme étant le *Mycobacterium lepræ*. Ils rapportent les résultats de l'inoculation de ce germe aux animaux ; le rat blanc s'est montré le plus sensible : les lésions obtenues se rapprochent des lésions déterminées par l'inoculation de lépromes ; histologiquement, elles ressemblent aux lépromes de l'homme.

A. BOCAGE.

Reproduction de la lèpre chez les rats blancs par l'inoculation de lépromes en émulsion, par M. OTA et S. SATO. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CIX, n° 2, 22 janvier 1932, pp. 75-77.

Ce résultat peut être obtenu surtout si on donne en même temps une nourriture privée de vitamine B. Deux animaux sont morts après avoir présenté des lésions de la joue et du nez, quelques mois après une inoculation à la paroi abdominale ; pas d'examen histologique. D'autres animaux sont en cours d'étude.

A. BOCAGE.

Etude pathogénique expérimentale de la parasyphilis. par C. Levaditi, P. Lépine et R. Schœn. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CIX, n° 2, 22 janvier 1932, pp. 86-89.

Des expériences sur le singe qu'ils viennent de faire et rapportent en détails, les auteurs concluent que chez les simiens comme chez le lapin, le névraxe normal oppose une barrière infranchissable à la pullulation locale des souches dermotropes du virus syphilitique. A l'origine de la paralysie générale et du tabès, il faut donc soit un virus à affinités neurotropes électives, soit une diminution de la résistance naturelle du névraxe. A. Bocage.

Sur une nouvelle méthode de diagnostic de la syphilis nerveuse, par Cerqueira Luz. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CIX, n° 2, 22 janvier 1932, pp. 132-133.

Technique : retirer par ponction sous-occipitale 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien et injecter immédiatement 1 cc. 5 d'eau bi-distillée ; 20 heures après, prélever 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien par la même voie. Centrifuger 10 minutes à 2.500 tours, décanter et examiner le culot sur lames, soit à frais après coloration avec une dose double de vert de méthyle-pyronine de Pappenheim, soit après dessiccation après coloration au May-Grünwald-Giemsa.

L'auteur confirme les résultats de Ravaut et Boulin sur l'importance des plasmazellen dans le diagnostic et le pronostic des processus neurosyphilitiques. Il a constaté, chez les malades atteints de syphilis nerveuse, une petite augmentation du nombre des cellules après l'injection d'eau, avec prédominance de cellules mononucléées à coloration immédiate ; au contraire, réactions considérables à cellules polynucléaires restant incolores chez les sujets indemnes. A. Bocage.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

Les épithéliomas de la cavité buccale ; leur traitement par le radium et les rayons X, par Cl. Regaud. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CIII, 1er cah., art. 30.160, 10 janvier 1932, p. 15.

Dans cette belle étude critique, R. précise les techniques de thérapie actuelle suivant le siège, l'importance de l'infiltration, et l'envahissement ganglionnaire. Cette adénopathie aggrave considérablement le pronostic des épithéliomas buccaux. Il donne ensuite ses résultats. De 1919 à 1925 (globalement 436 cas), proportion moyenne de guérisons, 16 o/o ; proportion pour 1925, 20 o/o. Ces résultats peuvent sembler médiocres, mais la statistique a été établie suivant des règles très sévères. Il reste certes beaucoup à faire, dit R. : diagnostic plus précoce, accroissement des ressources en radium, augmentation de puissance des machines et des tubes à rayons X, association judicieuse de ces agents entre eux et avec la chirurgie. H. Rabeau.

Paris Médical

Contribution à l'étude de la forme ulcéro-nécrotique et végétante de la fuso-spirillose buccale, par J. Gaté et P. J. Michel. *Paris Médical*, 22e année, nº 3, 16 janvier 1932, pp. 51-54.

Les auteurs apportent deux observations personnelles et une de Goéré et Quérangal des Essarts montrant l'existence de formes atypiques de stomatite de Bergeron caractérisées par l'absence de gingivo-stomatite et un très petit nombre d'ulcérations (une ou deux seulement) à localisations peu habituelles, telle que la pointe de la langue, et très profondes, d'allure gangréneuse au premier abord ; guérison facile par les traitements classiques de l'angine de Vincent.

A. Bocage.

Traitement des urticaires graves par l'insuline, par P. Chevallier. *Paris Médical*, 22e année nº 3, 16 janvier 1932, pp. 54-55.

Dans deux cas d'urticaire grave et particulièrement tenace, une courte série d'injections bi-quotidiennes de cinq unités chacune d'insuline amena la guérison à peu près complète et une tolérance alimentaire normale. A. Bocage.

L'eczéma du bois et la sensibilisation sylvestre, par E. Schulmann et P. Détouillon. *Paris Médical*, 22e année, nº 3, 16 janvier 1932, pp. 55-61, 1 fig. Bibliographie.

Après un historique de la question, les auteurs décrivent les accidents cliniques observés dans la région du Châtillonnais. Ils sont de deux types : d'abord un *eczéma des bûcherons* analogue à l'eczéma des laveuses, c'est-à-dire une maladie se développant lentement chez les professionnels travaillant dans le bois et guérissant par la cessation du métier (gale du bois) ; l'autre type est très différent et rappelle les accidents d'anaphylaxie cutanée, c'est la *sensibilisation sylvestre*. Survenant chez des professionnels, elle apparaît sous forme de *crise sensibilisatrice* : malaise brusque, chaleur, étouffement, picotements des yeux, rougeur et gonflement des paupières et de la face ; bientôt suintement en nappe et croûtes mélicériques ; les mains, les plis axillaires inguinaux, le périnée, voire même les espaces interdigitaux des pieds peuvent être atteints ; les formes sévères s'accompagnent de fièvre. La poussée dure de 3 à 15 jours, se terminant par une desquamation plus ou moins importante, parfois par une poussée de pyodermite. La crise se répète dans certaines conditions toujours les mêmes, surtout en saison humide ; la nécessité d'un contact direct ne paraît pas prouvée, à moins que l'agent causal ne soit une substance volatile agissant sur la conjonctive. Parmi les essences incriminées, il faut citer le chêne, puis le hêtre, le châtaignier, le peuplier, l'acacia, le platane, mais très rarement les résineux ; les mousses, lichens et le lierre

sont aussi des causes possibles. A noter la prédisposition spéciale du sexe masculin et peut-être l'hérédité. A défaut de traitement spécifique, on s'adresse aux méthodes de désensibilisation générales classiques. A. BOCAGE.

La rhinite lépreuse, par J. FOUQUET. *Paris Médical*, 22e année, nº 3, 16 janvier 1932, pp. 62-64.

A propos d'une observation personnelle, l'auteur fait une courte revue des caractères de la rhinite lépreuse et montre l'importance de la recherche du bacille de Hansen, dans le mucus nasal, pour le diagnostic de la lèpre, même quand il n'y a pas d'ulcération apparente ; au besoin, on fera prendre de l'iodure au malade auparavant. Les symptômes d'alarme sont un coryza tenace, récidivant, parfois des épistaxis répétées ; à la rhinoscopie, tuméfaction de la muqueuse, apparition de tubercules. Bactérioscopiquement, le bacille de Hansen prend le Gram, garde mieux le Ziehl que le bacille de Koch et se présente groupé en buissons caractéristiques. A. BOCAGE.

Les croûtes impétigineuses dans l'érythrodermie arsenicale, par MILIAN et DEGOS. *Paris Médical*, 22e année, nº 3, 16 janvier 1932, pp. 65-68, 2 fig.

Longue observation d'une érythrodermie arsenicale se compliquant d'un impétigo streptococcique chez une femme ayant eu des médications variées, en particulier de l'iodure et qui finalement fit une suppuration pelvienne. A. BOCAGE.

Ulcérations professionnelles des pulpes digitales et des éminences thénar, par G. MILIAN. *Paris Médical*, 22e année, nº 3, 16 janvier 1932, pp. 68-69, 2 fig.

Ulcérations douloureuses apparues aux mains chez un manœuvre employé à pousser des wagonnets de ciment dans un chantier ; guérison complète en 9 jours avec quelques soins de propreté et des pansements humides. A. BOCAGE.

Presse Médicale (Paris).

L'ulcère aigu de la vulve, par P. CHEVALLIER. *Presse Médicale*, 40e année, nº 6, 20 janvier 1932, p. 98, 4 fig.

L'ulcère aigu de la vulve a été bien individualisé par Lipschütz, de Vienne. Affection relativement rare, elle simule une maladie vénérienne alors qu'il est plus fréquent chez les vierges. Infection aiguë, spécifique, bénigne, sujette à récidives, elle semble due au *bacillus crassus* de Lipschütz. C. a eu l'occasion d'en observer 2 cas dont il publie l'observation. Il donne ensuite une étude d'ensemble de la maladie. H. RABEAU.

Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen (Montpellier).

Dégénérescence cancéreuse d'une plaie volontairement provoquée par un cautère. Traitement par la diathermo-coagulation et le radium. Guérison, par M. Parès. *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 22 janvier 1932.

Observation d'une malade qui entretint un cautère sur son bras depuis l'âge de 45 ans jusqu'à l'âge de 68 ans. Au bout de 23 ans, la petite plaie ainsi provoquée se mit tout à coup à se développer d'une façon anormale, donna lieu à un suintement abondant et nauséabond et surtout à des douleurs vives, paroxystiques, se propageant vers l'avant-bras et la main. La biopsie montra qu'il s'agissait d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire. La guérison fut facilement obtenue par la diathermo-coagulation et une application de radium. P. Vigne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Sur l'influence de l'iodoforme sur les cultures du streptobacille du chancre mou (Ueber den Einfluss des Iodoforms auf die Kulturen des Streptobacillus des Ulcus molle), par Hans Frœhlich. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 273.

L'auteur a recherché l'influence de l'iodoforme sur le développement des cultures du streptobacille du chancre mou. Ses conclusions sont les suivantes : l'iodoforme pulvérisé en quantité minime sur les cultures du streptobacille est capable de les tuer, mais il n'a aucune influence antibactérienne sur d'autres micro-organismes (les essais ont été faits sur les staphylocoques, les gonocoques et les colibacilles). La force antiparasitaire de l'iodoforme vis-à-vis du streptobacille est comparable à sa faculté bactéricide, découverte par Buchner et Neisser, vis-à-vis des cultures des vibrions du choléra. Les vapeurs d'iodoforme agissent de la même façon sur le vibrion du choléra et sur les cultures du bacille de Ducrey, mais le même procédé n'a aucune influence sur d'autres micro-organismes. Il faut admettre qu'il ne s'agit pas dans les deux cas d'une décomposition d'iode, mais d'une action spécifique de l'iodoforme. L'airol, le sozojodol de soude, l'europhène et le vioforme mis en contact direct ne sont pas en état de tuer les streptobacilles en cultures. En ajoutant de petits morceaux d'organes aux milieux de culture, on augmente la force antibactérienne de l'iodoforme vis-à-vis du streptobacille. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de la dermatomycose produite par la « Forula epizoa Corda » (Zur Frage der Dermatomykosis, hervorgerufen durch « Forula epizoa Corda »), par A. P. Alatorzeff. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 279, 2 fig.

Observation de deux cas de trichophytie du cuir chevelu et de la

peau où les parasites habituels étaient combinés avec le champignon *Torula epizoa Corda*. Ce champignon se rencontre donc également dans la peau humaine et dans celle du chien. Il semble qu'il peut produire chez l'homme ainsi que chez le chien une dermatose autonome. Ce champignon peut se rencontrer associé à la trichophytie du cuir chevelu des enfants. La lésion élémentaire qu'il produit sur la peau est une petite papule plane de teinte rose. Le champignon se trouve (démontré expérimentalement par l'auteur) dans les couches supérieures de l'épiderme.

OLGA ELIASCHEFF.

Exanthèmes généralisés du cobaye après la sensibilisation par le sérum de porc (Allgemeinexantheme beim Meerschweinchen nach Sensibilisierung mit Schweineserum), par P. JORDAN et R. L. MAYER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 285, 2 fig.

Les auteurs ont observé des exanthèmes généralisés expérimentaux par voie sanguine. Les cobayes sensibilisés avec le sérum du porc réagissent à une seconde injection intradermique ou sous-cutanée avec ce sérum, non seulement par une inflammation locale très prononcée et une nécrose (phénomène d'Artus), mais en partie aussi par des lésions inflammatoires sur différents points du corps non soumis à l'expérience. Ils concluent qu'ils sont en droit d'admettre, d'après la localisation et l'aspect de ces manifestations cutanées, qu'il s'agit non d'une réaction locale développée *per continuitatem*, mais d'un exanthème généralisé par voie hématogène. En répétant systématiquement cette expérience, ils ont toujours obtenu le même résultat.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur les épidermophyties atypiques (Ueber atypische Epidermophytien), par August MADRAS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 291.

Observations de cas atypiques et de diagnostic différentiel difficile d'épidermophyties accompagnées de lésions exanthématiques. L'auteur discute la question : est-on en droit d'admettre une épidermophytide généralisée s'il n'existe pas de réaction allergique positive, condition *sine qua non* pour les trichophytides et les autres exanthèmes généralisés mycosiques. Cette condition n'a pas été remplie dans deux cas de l'auteur, lesquels, d'après leur aspect clinique, devaient être sans réserve considérés comme des épidermophytides généralisées dyshidrosiformes.

L'auteur tâche d'appliquer aux dermatomycoses et aux mycides les résultats obtenus par Nægeli dans l'étude des processus d'immunisation dans la syphilis et la tuberculose. Il apporte ensuite l'observation d'un cas dans lequel il constata à côté d'une mycose dyshidrosiforme des pieds et des mains des foyers multiples ressemblant à l'eczéma marginé, foyers disséminés sur le tronc et les extrémités. L'atypie de ce cas se manifesta non seulement par le tableau clinique, mais surtout par la réaction négative à la trychophytine. Il termine son travail

sur une description clinique de deux cas d'épidermophyties inguinales atypiques, par leur localisation ainsi que par leur forme : plaques disséminées et confluentes par places érythémato-squameuses, herpétiformes par places. OLGA ELIASCHEFF.

Les rapports de la teinte des cheveux et de la peau avec l'épithéliome cutané (Die Bezichungen von Haar- und Hautfahre zum Hautepitheliom), par Stephan EPSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 304.

Ayant eu l'impression que les épithéliomes cutanés se rencontrent plus fréquemment chez les sujets à cheveux clairs et à yeux bleus, l'auteur a examiné à ce point de vue les malades de la clinique de Breslau. Chodesworth, de Sydney, avait fait cette constatation déjà en 1927. Parmi ses malades atteints d'*ulcus rodens*, la plupart étaient du « type blond ». D'après les recherches d'E., il ressort : que les épithéliomas cutanés sont plus fréquents chez le type clair (cheveux blonds, yeux clairs) que chez le « type brun » (yeux et cheveux foncés). Si on compte dans le groupe des blonds le nombre insignifiant de sujets à cheveux roux, on obtient les chiffres suivants : dans le « type clair », 29 o/o d'épithéliomes cutanés à côté de 16,7 o/o pour le reste de la population. Dans le « type brun », 14,5 o/o à côté de 27,1 o/o pour le reste de la population.

D'après l'expérience de l'auteur, les lésions cancéreuses des deux types réagissent de la même façon au traitement. La prédilection des sujets blonds aux épithéliomas peut être mise en rapport avec une défense insuffisante vis-à-vis de la lumière, car ce type réagit ordinairement plus fortement à la lumière et n'acquiert pas une protection suffisante vis-à-vis des rayons lumineux chimiques.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la présence des mélanoblastes dans les métastases cutanées d'un cancer du sein (Ueber Melanoblasten in Hautmetastasen eines Brustkrebses), par Rudolf BEZECNY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol CLXIV, cah. 2, 1931, p. 310.

Observation d'un cas de carcinome du sein avec métastases cutanées pigmentées. L'histologie montra la présence de mélanoblastes dans l'épiderme de cette tumeur à côté de cellules de Langerhans.

Tandis que Masson et Caudière considèrent les mélanoblastes et les cellules de Langerhans comme d'origine nerveuse identique, l'auteur différencie nettement ces cellules et admet leur origine épithéliale. Les mélanoblastes et les cellules de Langerhans proviennent des cellules épidermiques par anaplasie. Les premières produisent du pigment, les cellules de Langerhans règlent la circulation lymphatique dans l'épiderme (Kreibich). L'auteur discute la provenance des mélanoblastes dans le parenchyme cancéreux.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude du nævus bleu (Beitrag zur Frage des blauen Nævus), par Rudolf Bezecny. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 314, 2 fig.

Description clinique et histologique d'un nævus bleu foncé de la joue contenant quelques poils. Deux ans auparavant, le nævus était de teinte brune et recouvert de poils. Après une épilation par l'électrolyse, le nævus devint foncé et augmenta de volume.

L'histologie montra la structure d'un nævus cellulaire, le pigment se trouvait dans des chromatophores situés parmi les cellules nævriques ces dernières presque sans pigment. Ce nævus présenta quelques particularités : les cellules nævriques contenaient un lipoïde qui, en partie, était biréfringent. Quelques chromatophores contenaient, à côté d'un pigment mélanique, un pigment hémosidérique. Le nævus était cliniquement de teinte bleue et les cellules nævriques qui produisent le pigment ne le gardaient pas, mais le transmettaient aux chromatophores. Ce phénomène rappelle le mécanisme désigné par Br. Bloch comme *incontinentia pigmenti*. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de la classification et de la dénomination des alopécies atrophiantes cicatricielles et des folliculites (Zur Klassifizierung und Benennung der atrophisierenden bzw. narbigen Alopecien und Folliculitiden), par Erich Hoffmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 317, 12 fig.

Bibliographie, classification et dénomination des alopécies et folliculites atrophiantes, alopécies et folliculites cicatricielles. L'auteur en distingue six formes, dont les trois dernières se rapprochent sensiblement :

1° L'alopécie atrophique aréolaire (la pseudo-pelade de Brocq) qui conduit à des cicatrices sans folliculites visibles.

2° La folliculite décalvante cicatricielle du cuir chevelu, décrite par Laillier comme acné décalvante, par Quinquand comme folliculite épilante. A côté de cette forme, on avait décrit comme « syndrome de Lassueur » des lésions acnéiformes suivies de cicatrices de la peau couverte de poils follets.

3° La périfolliculite *abscedens* (et *suffodiens*) cicatricielle de l'auteur. Cette forme est en rapport avec la folliculite de la nuque et avec l'acné conglobée cutanée.

4° La folliculite sycosiforme atrophique du cuir chevelu, dont le prototype est le cas de l'auteur mentionné par Arndt. Cette forme, ainsi que les deux suivantes, se développe symétriquement, débute aux tempes et laisse des cicatrices très superficielles qui ressemblent à celles du lupus érythémateux.

5° La folliculite sycosiforme atrophique de la barbe, laquelle correspond au sycosis lupoïde de Brocq et à l'ulérythème sycosiforme d'Unna. Elle se présente sous forme d'une bande étroite, périphérique, serpigineuse, recouverte de folliculites autour d'une zone centrale ovalaire atrophique et symétrique.

6° La folliculite sycosiforme atrophique (*cutis lanuginosa*) du corps : cette dernière produit principalement sur les jambes des hommes velus des foyers avec les deux zones mentionnées ci-dessus. Dans les formes 4, 5 et 6 qui peuvent aussi exister ensemble, le tableau clinique (les deux zones, etc.) et l'histologie (folliculite avec disparition des glandes sébacées, plasmomes), se ressemblent à tel point que l'on est en droit de les rapprocher. L'auteur recommande comme traitement de ces lésions, l'épilation par les rayons, des pâtes soufrées, mercurielles, etc. OLGA ELIASCHEFF.

Le bord étoilé de l'efflorescence du psoriasis : bordure pseudoatrophique de Woronow) (Der strahlenförmige Saum der Psoriasiseffloreszenz (Woronow'scher pseudoatrophischer Saum), par Robert BERNHARDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 334, 8 fig.

L'auteur a recherché sur un nombre important de cas la présence d'une bordure étoilée au pourtour des plaques de psoriasis ; cette bordure pseudo-atrophique a été décrite par Woronow. L'auteur conclut qu'on pourrait considérer comme en faveur du psoriasis la présence d'une bordure étoilée au pourtour des plaques dans les cas cliniquement non typiques. Mais l'absence de cette bordure n'exclut pas le diagnostic de psoriasis. L'apparition nette du phénomène de Woronow indique que la plaque de psoriasis a atteint son point culminant, mais on ne peut pas exclure la propagation de cette plaque par son bord. L'absence de la bordure indique soit la régression de la lésion, soit la présence d'un processus atypique. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la fonction de l'estomac dans les dermatoses (Beitrag zum Verhalten der Magenfunktion bei Dermatosen), par Herbert GAUDIG. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 343.

L'auteur a examiné 380 sujets atteints de différentes dermatoses au point de vue de leur fonction gastrique. Il conclut qu'il existe très souvent, à côté d'une faiblesse constitutionnelle de la peau, des troubles digestifs, considérés par l'auteur comme un symptôme constitutionnel, mais non comme une étiologie des dermatoses.

OLGA ELIASCHEFF.

Lésions articulaires dans l'acrodermatite chronique atrophiante (Gelenkveränderungen bei Acrodermatitis chronica atrophicans), par Cl. HŒVELBORN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 349, 1 fig.

Observation d'un cas d'acrodermatite chronique atrophique (Herxheimer) qui présenta, à côté de lésions cutanées au stade d'infiltration localisées à la face dorsale des mains et des doigts, aux bras et avant-bras et aux deux jambes, une dilatation des capsules articulaires, une subluxation des condyles et une atrophie osseuse du squelette de la main. On peut considérer la dilatation de la capsule articulaire

comme le stade atrophique d'une inflammation rétrocédée de la capsule. On n'a jusqu'à présent décrit dans cette maladie qu'un rétrécissement de la capsule articulaire et à la suite de cette lésion une diminution des mouvements. OLGA ELIASCHEFF.

Un cas d'eczéma « suspect de variole » à la suite de vaccination ; vaccine généralisée (Ein « pockenverdæchtiger Fall » von Eczema vaccinatum mit folgender generalisierten Vaccine), par M. KAISER et Gustav BLASS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 357, 2 fig.

Observation d'un cas de vaccine généralisée chez une femme atteinte d'un eczéma chronique et dont l'enfant a été vacciné ; contagion par le linge de l'enfant et dissémination du virus par voie sanguine. Discussion sur les rapports de la vaccine généralisée avec « l'eczéma *vaccinatum* ». OLGA ELIASCHEFF.

Sarcoïde de Bœck associée à une tuberculose des organes internes et transformation d'un lupus vulgaire en sarcoïde (Observations sur l'anergie spécifique) Sarcoid Bœck bei Organtuberculose und Sarkoide Umwandlung eines Lupus vulgaris (mit Bemerkungen über die spezifische Anergie), par Hermann SCHREIBER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 365, 2 fig.

Observation d'un cas de sarcoïde de Bœck chez un sujet atteint d'une tuberculose iléo-cæcale. La sarcoïde était localisée à la face et au cuir chevelu. L'auteur a pu observer cliniquement et histologiquement sur la peau d'un autre malade, qui présenta une anergie spécifique, la transformation d'un lupus vulgaire en une sarcoïde ; on trouva aux poumons une ombre par petites taches (aspect marbré), que l'on rencontre dans les sarcoïdes réagissantes sans signes cliniques. Après l'emploi de tuberculine, apparition d'un murmure vésiculaire, de bacilles de Koch dans les crachats et atteinte de l'état général. Remarques sur l'anergie spécifique, sur la valeur des statistiques et des examens par la tuberculine dans la population « normale », sur la sensibilité diminuée, soit absente à cette tuberculine dans les cas combinés de sarcoïdes et de tuberculose sûre et dans le lupus miliaire.

OLGA ELIASCHEFF.

Mycosis fongoïde des organes internes (Mycosis fungoides der inneren Organe), par J. SAMEK et W. FEUEREISEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 375.

Les auteurs ont observé pendant de longues années un cas de mycosis fongoïde, dont l'histologie ne fut pas caractéristique et qui fit penser à une lymphogranulomatose. Le malade ne présenta pas de tumeurs cutanées et mourut en pleine rémission. On trouva à l'autopsie des tumeurs dans les organes internes. Les auteurs expliquent l'absence des tumeurs cutanées par l'effet du traitement par les rayons limites, qui empêchèrent leur développement sur la peau.

OLGA ELIASCHEFF.

Contributions à l'étude de la pellagre en tenant spécialement compte de la pellagre en Moldavie (Beitræge zur Frage der Pellagra mit besonderer Berucksichtigung der Pellagra in Moldavien), par H. Kleinmann. *Archiv für Dermatologie und syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 393.

L'auteur a observé 63 cas de pellagre dans la République de Moldavie, à la frontière de la Bessarabie et de la Roumanie. Parmi ces malades, tous furent des paysans, la population des villes ne fut jamais atteinte. L'auteur admet qu'il faut considérer la pellagre comme la suite d'un trouble endocrino-végétatif. Les pigmentations cutanées, les douleurs dans les bras et jambes, les maux de tête, le vertige, l'adynamie physique et psychique, la salivation augmentée et la mydriase parlent en faveur de cette hypothèse. L'auteur conclut que la résistance de l'individu vis-à-vis de l'agent nocif de la pellagre joue un rôle principal dans cette maladie. La qualité du maïs employé (dans les pays à maïs) ne semble devoir être incriminée l'agent pathogène du maïs agit seulement quand il existe dans l'organisme une prédisposition. Même l'absence des vitamines dans les cas de l'auteur ne fut pas d'une grande importance. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude du métabolisme des hydrates de carbone dans les dermatoses par les méthodes modernes d'exploration de la fonction du foie et du pancréas (Ein Beitrag zum Kohlenhydratstoffwechsel der Dermatosen auf Grund moderner Leber-und Pankreasfunktionsprüfungen), par Wilhelm Milbradt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 399, 2 fig.

Bibliographie et recherches personnelles sur les troubles hépatiques et pancréatiques par l'épreuve d'Althausen sur 100 sujets dont 90 atteints de lésions cutanées et sur 10 sujets sains (témoins) non alcooliques.

L'auteur constata une hypofonction du pancréas dans un grand nombre de cas de prurit et de lésions folliculaires et chez un petit nombre de malades atteints de psoriasis. M. trouva des troubles hépatiques chez un nombre important de sujets atteints de prurit avec lichénification, dans l'urticaire, les toxidermies, spécialement dans la dermite post-salvarsanique, le lupus vulgaire, l'acné varioliforme, la sclérodermie, la dermatite herpétiforme, le pemphigus, dans l'acné rosacée et dans quelques eczémas chroniques avec lichénification. L'auteur attire l'attention sur les bons résultats obtenus par Spiethoff avec l'hépatrate dans le traitement des dermites post-salvarsaniques et post-bismuthiques. Ce traitement doit être prolongé très longtemps. L'hépatrate doit être employé soit par ingestion, soit en injections. Dans l'insuffisance pancréatique, M. recommande la rizéine et la synthaline, ou l'insuline. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude des brûlures (Zur Verbrennungsfrage), par Gustav Riehl Jun. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 409, 7 fig.

Travail très documenté et examens histologiques en série du système

nerveux central de sujets morts après brûlures. L'auteur trouva dans les cas mortels peu de temps après les brûlures une vaso-dilatation, un œdème du cerveau et des lésions secondaires des parois vasculaires et du parenchyme. Dans les cas avec une survie plus longue, on constate des processus de prolifération des parois vasculaires et des lésions de dégénérescence allant jusqu'à l'état lacunaire, à côté d'une hyperplasie de la glia. Absence totale dans les deux groupes de lésions graves régressives des vaisseaux avec hémorragies ou ramollissement. Dans un cas accompagné de manifestations cliniques d'un trouble cérébral, R. constata une réaction de la glia, c'est-à-dire une formation de cellules d'Alzheimer et il considère cette réaction, ainsi que Pollak, comme l'expression d'une lésion du foie.

OLGA ELIASCHEFF.

La réaction de fixation du complément dans la blennorragie (Die Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhœ), par Aage KRISTJANSEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 2, 1931, p. 472.

L'auteur a examiné le sérum de 1.610 sujets (3.018 réactions sérologiques) par la réaction de fixation du complément dans la blennorragie. La réaction fut toujours négative chez 100 sujets (enfants) chez lesquels une infection gonococcique n'a jamais existé.

L'examen de 543 sujets chez lesquels l'examen bactériologique (recherche de gonocoques) fut négatif et qui n'ont pas eu de blennorragie ne donna pas dans les cas favorables de réactions non spécifiques. Dans les cas défavorables, la non-spécificité ne dépassa pas 10 o/o. Les réactions de Bordet-Wassermann positives ne donnent pas de réactions non spécifiques.

La réaction de fixation du complément dans la blennorragie devient ordinairement positive dans la 3e ou la 4e semaine de l'infection, elle devient exceptionnellement positive dès le 15e jour et alors seulement dans les blennorragies avec complications. Elle est positive à peu près dans 50 o/o des cas dans l'uréthrite antérieure sans complications. Les cas avec complications donnent 68,5 o/o de réactions positives. Dans la salpingite, l'auteur constata 90 o/o de réactions positives. L'infection gonococcique de l'enfant est analogue à celle des adultes.

La réaction sérologique positive peut disparaître avant la guérison ; elle disparaît ordinairement 1 à 2 mois après la guérison clinique apparente. Dans les prostatites et salpingites, la réaction peut rester pendant des années positive et elle doit être considérée (l'auteur apporte des arguments) comme un signe indiscutable de la présence de gonocoques et la possibilité de la transmission de l'infection.

L'auteur conclut que la valeur de la réaction de fixation du complément dans la blennorragie est scientifiquement démontrée ; elle a une valeur incontestable pour le diagnostic et le diagnostic différentiel dans la blennorragie avec complications ou chronique, ou dans les cas dans lesquels on ne peut pas exclure cliniquement ces affections.

OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Recherches expérimentales sur les lésions cutanées dans l'intoxication chronique externe ou interne par le thallium (Experimentelle Untersuchungen über die Hautveränderung bei externer und interner chronischen Thalliumvergiftung), par A. Buschke et J. v. Vásárhelyi, *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 1-2, janvier 1932, p. 37.

De leurs recherches, les auteurs concluent que l'application locale de thallium peut déterminer de l'alopécie et de légères réactions inflammatoires. Le thallium résorbé par la peau détermine des manifestations générales. Confirmant les travaux de Buschke et Peiser, les auteurs attribuent la chute locale des poils, ainsi que les réactions inflammatoires, à une action nerveuse. Même mécanisme pour l'intoxication par ingestion. Des lésions plus graves ne sont que des manifestations accidentelles, sans rapport avec le thallium.

L. Chatellier.

Sur la question de l'exanthème salvarsanique psoriasiforme (Ueber die Frage des psoriasiformen Salvarsanexanthems), par E. Zurhelle. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 1-2, janvier 1932, p. 41, 5 fig.

Un syphilitique, porteur de quelques taches de psoriasis, reçoit un traitement mixte sérieux. Vers la fin du traitement, se développe une éruption généralisée d'apparence psoriasiforme, où le microscope révèle des lésions de dermite arsenicale et de psoriasis. Le traitement par l'hyposulfite réduit rapidement la dermite arsenicale, tandis que persiste un psoriasis à petites papules, d'ailleurs facile à améliorer. Il s'agit là d'une « réaction cutanée psoriasiforme » à un toxique : le néosalvarsan.

L. Chatellier.

Sur la question de la dermite expérimentale du nickel (Zur Frage der experimentellen Nickeldermatitis) par W. Milbradt. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 1-2, janvier 1932, p. 47, 2 fig.

Par badigeonnages de l'oreille avec une solution de sulfate de nickel à 20 o/o, on détermine chez la souris blanche, après une incubation de 3-5 semaines, une dermite typique. Avec une solution à 1 o/o, aucun résultat, même en badigeonnant queue et membres postérieurs. Il n'y a aucune aggravation des phénomènes allergiques après action de la potasse ou du papier de verre. A la longue, il se fait une désensibilisation progressive de la peau. 90 o/o des animaux deviennent sensibles et les manifestations cutanées sont dues à une allergie locale, car il n'y a pas intervention humorale, sauf exception. Dans cette dermite provoquée, le nickel n'agit pas directement, car il faut une longue incubation et l'on a observé des transitions vers la sensibilisation générale.

L. Chatellier.

Recherches sur l'inoculation sous-occipitale de la syphilis chez le lapin (Untersuchungen über Syphilisimpfungen von der Zisterne aus beim Kaninchen), par Gisela SCHULTZE-WOLTERS. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 1-2, janvier 1932, p. 57.

72 heures après l'inoculation sous-occipitale d'une suspension de spirochètes, on retrouve à l'ultra-microscope des spirochètes dans le liquide, chez 2 animaux sur 8, mais pas au delà, bien que le liquide soit encore virulent. Les spirochètes étaient en nombre bien moindre, leur mobilité diminuée. Malgré leur abondance lors de l'injection, il semble qu'ils ne peuvent que rarement déterminer une lésion du système nerveux central, et que, chez ces animaux, ce dernier soit réfractaire. En général, l'inoculation est suivie d'une réaction méningée fugace. L. CHATELLIER.

Sur l'endophlébite syphilitique comme seule manifestation clinique (Ueber Endophlebitis syphilitica als selbstandtiges Kranheitsbild), par W. RICHTER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 1-2, janvier 1932, p. 63.

Chez un homme de 46 ans, qui nie toute syphilis, apparaissent sur les jambes et les pieds des nodules phlébitiques disséminés. Réaction de Bordet-Wassermann positive. Au microscope, endophlébite intense, aboutissant presque à l'oblitération, avec périphlébite ; peu de lésions artérielles. Pas d'autres altérations. Le traitement fait disparaître rapidement les nodules phlébitiques, mais il persiste une teinte violacée du pied. Un mois après le traitement, ulcère atone du 3e orteil gauche qui aboutit à l'amputation de l'orteil. A l'examen histologique, aux lésions veineuses, s'ajoute de l'artérite.

L. CHATELLIER.

Sur le diagnostic rapide de la malaria par l'ultramicroscope (Ueber die Schnelldiagnose der Malaria mit Hilfe des Dunkelfeldes), par A. WOLTER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 1-2, janvier 1932. p. 69, 2 fig.

Le fond noir permet de reconnaître les différentes formes du parasite, grâce à sa réfringence, beaucoup plus vive que celle des globules blancs. L'éclat du plasmodium est assez intense pour permettre une microphotographie. On peut se servir d'un prélèvement frais, sec ou même coloré par le Giemsa. On obtient de belles colorations vitales avec une solution alcoolique au 1/100e de bleu de méthylène, de rouge neutre et mieux de bleu de crésyl brillant. L. CHATELLIER.

Le danger du traitement des Vénériens (Die Gefæhrdung der Geschlechtokrankenbehandlung), par O. GANS. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 1-2, janvier 1932, p. 72.

G. constate depuis 1927 une augmentation progressive des contaminations syphilitiques et gonococciques. Il insiste, pour la syphilis, sur les dangers des traitements insuffisants arbitrairement fixés par des règlements sanitaires. Sur 100 malades, il a constaté 38 o/o de récidives cliniques ou sérologiques, après 3 cures seulement, sans

parler des manifestations nerveuses tardives, qui coûtent tant à la collectivité. Quant à la blennorragie, en 1930, G. a soigné 1.000 chaudepisses compliquées. D'où la nécessité de multiplier et de renforcer les moyens d'investigation et de traitement mis à la disposition des praticiens et des malades, et de délivrer la médecine de la bureaucratie qui tend à l'envahir. L. CHATELLIER.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Alopécie durable après épilation rœntgénienne (Ueber Daueralopecie der behaarten Kopfes nach Rœntgenepilation), par C. SPEIERER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 1, 2 janvier 1932, p. 1.

Buschke et Doctor ont rapporté l'observation de 3 sœurs chez lesquelles survint une alopécie post-röntgenienne (6, 9 et 12 ans). S. signale qu'une fillette de 6 ans, traitée d'une microsporie, d'une manière très exacte, a présenté une alopécie totale qui ne s'est réparée que très incomplètement. C'est la seule sur un total de 401 malades qui ont reçu une dose déterminée sur 1.544 champs.

S. n'a pas pu découvrir une bonne explication de cet accident.

CH. AUDRY.

Le traitement des dermatoses par stase au moyen de la bande mi-adhésive mi-élastique (Die Behandlung der Stauungsdermatosen mit der Elastoplast-Halbstrichbinde), par P. UNNA Jr. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 1, 2 janvier 1932, p. 3, 1 fig.

Les inconvénients bien connus des bandes adhésives sont supprimés par la nouvelle bande dont une partie seulement est enduite de pâte adhésive et dont l'autre partie est constituée par un tissu élastique. L'adhérence directe à la peau n'existe qu'au premier tour ; dans les tours suivants, l'adhérence se produit sur le tissu élastique. Ainsi on obtient une meilleure fixation grâce à l'élasticité de la bande ; l'arrachement des poils est évité, évités aussi le prurit et l'irritation cutanée. La meilleure indication de la méthode se trouve dans les dermatoses par stase des membres inférieurs (varices, ulcères variqueux).

L. CHATELLIER.

Forme rare d'érysipéloïde (Ueber seltene Formen von Erysipeloid), par W. RICHTER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 2, 9 janvier 1932, p. 45.

Une femme de 24 ans, qui travaille dans un restaurant, s'est fait il y a 6 mois, une érosion d'un doigt en préparant du poisson. Rougeur et cuisson étendue progressivement à la main, puis à tout le corps, avec fièvre matinale et rémission vespérale, anémie, etc. L'examen bactériologique permit d'isoler un bacille du rouget, *bacillus murisepticus*. La malade guérit par l'injection de sérum de cheval antirouget.

CH. AUDRY.

Syphilide tertiaire papillomateuse (Lues III papillomatosa), par J. Samek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 2, 9 janvier 1932, p. 50, 4 fig.

4 observations de syphilides tertiaires papillomateuses, dont l'aspect clinique et histologique est à rapprocher des papillomes vulgaires ; ces formes, rares du reste, sont souvent méconnues ; le traitement spécifique les guérit rapidement, en général. L. Chatellier.

Sur le purpura arsénobenzolique (Zur Kenntnis der Salvarsanpurpura), par Horst-Günther Bode. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nos 1 et 2, 2 et 9 janvier 1932, pp. 12 et 54.

Une jeune femme de 33 ans, sans antécédent, est traitée en 1928 par une cure combinée d'As et Bi, supportée sans incident. Environ un an après, nouvelle cure mixte, dont les 5 premières injections sont bien tolérées ; à la 6e injection de salvarsan, hémorragies punctiformes de la peau et des muqueuses, qui disparaissent au bout de 14 jours : suspension du traitement. La malade est hospitalisée pour un lupus érythémateux datant de 1920 ; on trouve en outre une perforation du voile palatin ; rien à l'examen des différents organes, mais réaction de Bordet-Wassermann positive. On reprend prudemment le traitement mixte : 0,20 de néosalvarsan à l'argent ; 6 jours après, 0,30 ; 6 jours après, 0,30 : filet de sang par les narines, quelques rares taches purpuriques punctiformes sur les cuisses, qui durent 24 heures ; 6 jours après la dernière injection à 0,30, 4e injection à 0,10 : 1 h. 1/2 après l'injection, légère hémorragie gingivale, qui s'accentue peu à peu, pour aboutir au bout de 6 jours à une anémie intense : 22 o/o d'hémoglobine, 1.200.000 globules rouges. La malade se rétablit ensuite petit à petit, les hémorragies ayant progressivement disparu. A propos de ce cas, l'auteur passe en revue les observations publiées de purpuras arsenicaux, seules manifestations de l'intolérance. La cause de ces accidents réside dans une altération des parois vasculaires, qui se crée au cours ou à la suite des traitements antérieurs. Au delà d'une certaine limite de tolérance, il y a hémorragie. Cette limite de tolérance, une fois atteinte, peut persister longtemps, même toujours.

L. Chatellier.

Un traitement des vomissements de la pyrétothérapie (Ein therapeutischer Vorschlag zu dem Erbrechen während der Fiebertherapie), par A. Wolter. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 2, 9 janvier 1932, p. 62.

Les vomissements sont parfois un obstacle à la pyrétothérapie. W. a employé avec succès le vasano, mélange de scopolamine et d'hyoscyamine, préconisé par Starkenstein. Avant l'accès et les vomissements, prescrire jusqu'à 3 dragées à 0,25 de vasano ; quand les vomissements ont déjà commencé, on peut recourir à l'injection de 0 cc. 5 de la solution de vasano. Si les dragées sont insuffisantes, W. y ajoute des suppositoires à 1 gramme. Les résultats sont en général satisfaisants. E. Delbanco ajoute, en note, qu'il a obtenu les mêmes résultats.

L. Chatellier.

Pemphigus et traumatisme (Zur Fräge Pemphigus und Trauma) par R. Bohnstedt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 3, 16 janvier 1932, p. 89.

B. commence par rappeler qu'il existe dans la littérature un assez grand nombre de cas où le traumatisme a été signalé à l'origine du pemphigus (foliacé ou non). Il donne 6 observations personnelles où l'on a vu le pemphigus apparaître dans ces conditions (après une section du nerf radial, l'incision d'une mastite, une intervention sur la langue (début sur les muqueuses), une fracture de la mâchoire (même début), l'amputation des cuisses (ces dernières précédaient le pemphigus de 12 à 20 ans). L'incubation la plus courte fut de 6 semaines. B. rappelle que V. Leckzinsky a indiqué 6 mois comme durée de l'intervalle entre la première lésion buccale et la généralisation.

Origine infectieuse, ou nerveuse ? Virus neurotropes ? Toutes hypothèses soutenables. On peut seulement conclure que le traumatisme joue un rôle dans l'origine du pemphigus et que le temps d'incubation est extrêmement variable. Ch. Audry.

Sur la valeur diagnostique de la recherche redoublée de la réaction à la tuberculine dans la tuberculose cutanée (Ueber den diagnostischen Wert der zweizeitigen Tuberkulinreaktion bei Hauttuberkulose), par H. Reiss. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 3, 16 janvier 1932, p. 93.

Pour apprécier l'activité de l'infection tuberculeuse, Bessau et Schwenke utilisent l'inoculation répétée de tuberculine. Leurs constatations ont été confirmées, dans l'ensemble, pour la tuberculose viscérale. La tuberculose cutanée offre l'avantage d'être constamment accessible à l'examen clinique et histologique. Elle permet donc d'apprécier mieux la valeur diagnostique de la double réaction. En outre, on sait la fréquence des foyers profonds dans les diverses manifestations tuberculeuses cutanées. Il y a donc intérêt à savoir si l'infection générale est ou non active. Pour éviter les dangers de l'inoculation répétée de doses trop fortes de tuberculine, R. s'est servi, dans les deux inoculations, de la même dilution 1/10.000e. Après avoir rappelé les résultats de Hamburger, Marchionini, il publie ses propres observations. Il injecte 0 cc. 1 de la dilution dans le derme et ne lit la réaction que 48 heures après, en appréciant ses dimensions, sa teinte et le degré d'infiltration. La deuxième inoculation se fait 8 jours après. Les tuberculoses cutanées qu'il a examinées se distribuent en lupus vulgaire, en tuberculoses cutanées, tuberculides papulo-nécrotiques et lupus érythémateux. Il a obtenu 50 o/o de réactions témoignant d'une activité de l'infection (égalité entre les 2 réactions) dont la plupart concernant des tuberculoses cutanées évolutives, 21 o/o de réactions d'inactivité (deuxième réaction plus intense que la première) ; 29 o/o de réactions où la deuxième réaction est plus faible que la première (réaction de cachexie). Chez les témoins, 10 o/o de réactions d'activité et 37 o/o de réactions de cachexie. Ce dernier chiffre s'explique parce

qu'il s'agit de malades très débilités. Pour cette épreuve, il faut employer des dilutions récentes de vieille tuberculine de Koch.

L. CHATELLIER.

Eczéma sur tégument anesthésique (Ekzem in hypæsthetischer Haut), par E. SCHRŒPL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 3, 16 janvier 1932, p. 103.

Un homme de 33 ans avait subi une fracture de l'avant-bras gauche avec parésie de la main. Pendant 6 ans, une zone d'eczéma resta cantonnée sur le tégument correspondant à la zone paralysée. Au bout de ce temps, placard réflexe et symétrique à droite. Cette observation s'ajoute à celle de Kreibich. CH. AUDRY.

Traitement de l'eczéma et du prurit cutané par l'extrait de muscles (Behandlung der Ekzems und der Pruritus cutaneus mit Muskelextrart), par S. SCHWARZMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 3, 16 janvier 1932, p. 106.

S. a eu d'excellents résultats en traitant l'eczéma et le prurit par des injections d'extrait de muscle. Celui-ci exerce d'ailleurs une action tonique, etc., puissante. S. l'a aussi employé avec succès contre les douleurs de l'angine de poitrine, etc. CH. AUDRY.

Traitement et formes rares du bouton d'Orient (Die Behandlung und die seltenen Form der Orientbeule), p. HOULOUSSI BEDJET. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 4, 23 janvier 1932, p. 138, 6 fig.

Dans un premier cas, outre une lésion des doigts, il existait sur la joue une efflorescence lupoïde papulo-kératosique, et une autre rupioïde. Le malade n'a jamais quitté Stamboul (2 autres cas autochtones). Un autre malade présente sur le menton une efflorescence saillante d'allure angiomateuse. Chez un enfant, forme infiltrante de la lèvre inférieure, comparable à un lupus pernio ; un cas sur la paupières d'une négresse, un autre sur le pavillon de l'oreille, ressemblant à un lupus ulcéro-croûteux. Dans tous ces cas, leishmania à l'examen. B. recommande le traitement par la diathermo-coagulation.

CH. AUDRY.

Sur le pseudo-charbon de l'homme (Ueber Pseudomilzbrand beim Menschen), par T. TONEWA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 4, 23 janvier 1932, p. 133.

Chez une jeune fille de 26 ans, apparaissent sur le médius droit, puis sur l'index droit, des tubercules des trayeurs (vérifiés par examens microscopiques et examen de la vache incriminée) ; puis sur le pouce droit et l'index gauche, des bulles noirâtres, douloureuses, accompagnées de gonflement et de lymphangite. L'examen direct ne montre dans les bulles aucun parasite, mais la culture fait porter le diagnostic de charbon. Les investigations ultérieures prouvent qu'il ne s'agit que de pseudo-charbon : pas de pouvoir pathogène pour

l'homme (5 médecins) et la souris. La malade s'est inoculée d'abord les tubercules, puis, grâce au prurit, des bacilles pseudo-charbonneux, qui, ensemencés accidentellement dans une pustule de vaccine, ont vu leur virulence s'exalter. L. CHATELLIER.

Sur le traitement de l'angioneurose douloureuse après injection d'arsénobenzène (Zur Behandlung der Angioneurosis dolorosa nach Salvarsaninjektion), par K. DREYER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 4, 23 janvier 1932, p. 142.

Sous le nom d'angioneurose douloureuse, on décrit la crise de douleurs lombaires et abdominales, accompagnées de pâleur de la face. Cette crise est due à une vaso-constriction intense provoquée par l'injection intraveineuse. Les douleurs s'exaspèrent au fur et à mesure qu'on répète les injections. D. a obtenu la sédation des crises par les rayons rouges et ultra-rouges, ce qui confirme la nature angiospastique de la crise. L. CHATELLIER.

Nouvelle technique de la réaction de conglomération (Neue Technik der Kugelflockungs- (Ballungs-) Reaktion), par H. HECHT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 4, 23 janvier 1932, p. 143.

La sensibilité de la réaction dépend de la concentration de l'antigène, de son alcalinité et enfin de la concentration du chlorure de sodium. La solution saline doit être fraîchement préparée, en partant d'une solution-mère à 10 o/o de NaCl. Voici la composition de la solution salée basique : NaCl, 0,9 — NaOH, 0,1 — eau distillée, quantité suffisante pour 100 centimètres cubes. La concentration optima est à 0,8 o/o, pour une alcalinisation avec 1 centimètre cube de la solution basique. On dilue donc l'antigène dans 8 centimètres cubes de solution salée à 10 o/o, 1 centimètre cube de la solution basique, 91 centimètres cubes H^2O distillée.

Technique : 1 centimètre cube d'extrait alcoolique de cœur de bœuf + 0 cc. 6 de solution salée alcalinisée sont rapidement mélangés ; laisser mûrir 15 minutes, ajouter 0 cc. 6 de solution salée. A 0 cc. 25 de sérum inactivé, on ajoute 0 cc. 25 d'antigène ; on agite et on ajoute 2 centimètres cubes de solution salée. 30 minutes au bain-marie à 54°-56°. On enlève les tubes qu'on laisse à la température du laboratoire. Les sérums fortement positifs sont lisibles 1/4-1/2 heure après. Au bout de 1 h. 1/2-2 heures, la lecture de tous les sérums est achevée. Il faut se méfier des conglomérations plus tardives. La dose de solution salée pour la première addition et pour la deuxième, le temps de mûrissement, le degré d'alcalinisation, la concentration de NaCl et la quantité d'antigène sont établis par dosage pour chaque antigène employé. Les sérums trop vieux ou laqués ou opalescents donnent des réactions inconstantes.

L. CHATELLIER.

Une injection de sérum diphtérique peut-elle provoquer une séro-réaction, positive chez un non-syphilitique ? (Kann eine Injektion von Diphtericserum eine positive Seroreaktion auf die Syphilis bei einem nicht-syphilitiker hervorrufen), par H. Boas et G. Tœlboll. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 5, 30 janvier 1932, p. 173.

Oui, une fois sur 100 malades, chez un homme de 25 ans, atteint de diphtérie grave. Un examen sérologique fait 6 jours après l'injection de sérum donna un résultat positif, mais 6 jours plus tard, il s'était négativé spontanément. Ch. Audry.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Les rapports réciproques du zona et de la varicelle (The mutual relation between zoster and varicella), par Bruusgaard (de Oslo). *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, janvier 1932, p. 1.

Exposé et discussion des arguments relatifs à l'identité du zona et de la varicelle. L'auteur ajoute au débat les expériences cliniques qu'il a faites.

I. On a inoculé au bras d'un enfant de 2 ans le contenu d'une vésicule de zona. Après 7 jours, quelques vésicules apparaissaient à l'endroit de l'inoculation. Deux enfants sains furent inoculés avec le contenu de ces vésicules ; l'un d'eux présenta après 14 jours une éruption varicelliforme généralisée avec fièvre. 14 jours après l'apparition de cette éruption, le frère de cette enfant, présenta une varicelle paraissant typique. Tous ces enfants étaient isolés pendant la durée des expériences.

II. Le contenu d'une vésicule de zona fut inoculé aux bras de 4 enfants. Deux présentèrent des vésicules localisées, un une éruption varicelliforme généralisée. Un enfant de 5 ans, se trouvant à côté de ce dernier fit, 16 jours après, une éruption vésiculeuse généralisée avec fièvre.

III. Trois enfants furent inoculés avec le contenu de vésicules de zona ; deux présentèrent des éruptions généralisées. L'un d'eux fut placé dans une chambre d'isolement avec 4 enfants sains. Au 9e jour, l'un de ces enfants présenta une éruption varicelliforme avec lésions muqueuses et fièvre. On introduisit alors dans la pièce un enfant de 2 ans qui fit une varicelle 14 jours après. Un autre enfant de la pièce voisine, fit une varicelle 12 jours après ce dernier.

IV. Deux adultes et 4 enfants furent inoculés avec la sérosité d'un zona. Pas de réactions chez les adultes. Un enfant eut des vésicules localisées, un autre une éruption généralisée. Ce dernier se trouvait dans la même pièce que l'un des enfants dont l'inoculation était restée négative. Celui-ci présenta une éruption varicelliforme avec légère fièvre 12 jours après l'apparition de l'éruption de son voisin et par conséquent, 25 jours après l'inoculation. Il devait donc avoir été contaminé par son voisin. Une femme de 31 ans, occupant une chambre

voisine, présenta une varicelle 14 jours après le dernier de ces enfants.

Ce qui frappe dans cette série d'expériences, c'est la fréquence avec laquelle les enfants, mis en contact avec des sujets inoculés avec la sérosité du zona, présentent, après 14 jours d'incubation, des éruptions identiques à celles de la varicelle. Ces varicelles ne présentaient comme caractère anormal que des températures ne dépassant pas 38°5 à 39° et une dessiccation relativement rapide des vésicules.

S. FERNET.

Sur une dermatose non décrite jusqu'ici (On a hitherto undescribed disease of the skin), par WHITFIED. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, janvier 1932, p. 24.

W. décrit une dermatose érythémato-squameuse d'aspect particulier qu'il a observée uniquement chez des individus dont la flore intestinale est anormale : diminution ou absence complète de colibacilles, prépondérance et augmentation des diverses variétés de streptocoques.

Cette dermatose a été observée chez des adultes des deux sexes. Il existe à la face, sur les membres, sur le tronc, des taches irrégulièrement ovales, allongées suivant l'axe des membres ; ces taches, légèrement squameuses, sont figurées et marginées. La rougeur plus accentuée des bords est due à de fines télangiectasies qui peuvent être vues à la loupe, et qui s'effacent par la compression, ne laissant persister qu'une teinte bistre. Les lésions ne sont pas infiltrées. Il y a un léger prurit ou une cuisson qui s'accentuent par les lavages et les savonnages.

Dans les cinq cas observés par W. on constatait, soit une absence totale de colibacilles dans les matières et une grande abondance de streptocoques, soit 5 ou 10 o/o de colibacilles contre 90 ou 95 o/o de streptocoques.

W. admet que cette dermatose est conditionnée par cette flore intestinale spéciale et propose de l'appeler *dermatitis colonica* (dermatose d'origine colique).

S. FERNET.

Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficiencia de la Capital (Buenos-Aires).

Une observation intéressante de maladie de Reklinghausen (Una observacion interesante de enfermedad de Recklinghausen), par MIGUEL IBANEZ PUIGGANI et E. R. GAVINA ALVARADO. *Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficiencia de la Capital*, 5e année, n° 9, octobre 1931, p. 90.

Il s'agit d'un cas familial de maladie de Recklinghausen avec des déterminations tumorales et pigmentaires typiques. La tumeur majeure, énorme élément de siège facial, a récidivé après une extirpation chirurgicale. On trouve des altérations du squelette et, en particulier, de la cavité orbitaire et des sinus.

Aucune relation ne peut être établie dans ce cas entre les lésions observées et un trouble fonctionnel de l'appareil endocrinien.

Ni la syphilis, ni la tuberculose, ni aucune autre infection ne peuvent être considérées comme la cause déterminante de la neurogliomatose. M. I. P. et G .A. croient cependant que l'alcoolisme des parents pourrait avoir quelqu'importance comme facteur étiologique.

J. MARGAROT.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Nouvelles voies dans le traitement vaccinal de l'arthrite blennorragique (Neue Wege in der Vakzinetherapie der Arthritisgonorrhoica), par A. WIEDMANN. *Wiener Klinische Wochenschrift*, nº 4, 22 janvier 1932, p. 111.

W. rappelle en particulier les recherches récentes sur les applications locales d'antivirus, de vaccins, etc., et particulièrement la méthode de Poincloux dans le traitement de la blennorragie de la femme. W. recommande de pratiquer des injections vaccinales localisées dans les tissus mêmes frappés par l'arthrite blennorragique. Il est remarquable que, tout comme dans les injections locales de Poincloux, W. a provoqué non seulement une amélioration, mais encore une réaction fébrile plus forte que si l'injection vaccinale était intramusculaire. Faut-il admettre une production locale d'anticorps plus considérable au point d'injection en tissu infecté ?

CH. AUDRY.

Sao Paulo Medico.

La lèpre et les maladies professionnelles (A lepra na infortunistica), par Nogueira MARTINS. *São Paulo Medico*, 4e année, vol. 1, nº 6, octobre 1931, p. 333.

Une semaine après un choc sur l'épaule, ayant les caractères d'un accident du travail, un ouvrier accuse des phénomènes douloureux dans le bras. Un examen pratiqué le mois suivant met en évidence des placards anesthésiques et divers signes manifestement en rapport avec la lèpre. La présence du bacille de Hansen dans le mucus nasal confirme le diagnostic.

La discussion des diverses données cliniques permet à N. M. de conclure que le traumatisme, en l'espèce peu important, n'a joué aucun rôle dans le déclenchement des manifestations lépreuses. Il attire néanmoins l'attention de tous ceux qui s'occupent de médecine sociale sur la possibilité d'inscrire la lèpre parmi les maladies professionnelles.

J. MARGAROT.

Boletin de la Sociedad cubana de Dermatologia y Sifilografia (La Havane).

Sur un cas clinique de nouvelle infection syphilitique survenue en pleine période secondaire de la première syphilis. Considérations sur les idées modernes touchant l'immunité, l'infection et le traitement abortif

dans la syphilis (Sobre un caso clinico de nueva infeccion sifilitica sobrevenido en pleno periodo secundario de la primera sifilis y algunas consideraciones sobre conceptos modernos de immunidad, infeccion y tratamiento abortivo en la sifilis), par JUAN GRAN et TRIANA. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifilografia*, vol. II, nº 5, octobre 1931, p. 259, 1 fig.

Un malade porteur d'un chancre du sillon balano-préputial avec présence de tréponèmes, est traité par le néosalvarsan et le bismuth. Quatre mois après, on note une lésion ulcéreuse de la joue, du volume d'un œuf de pigeon, à bords nets et abrupts, non douloureuse, sans induration marquée et accompagnée d'une adénopathie indolente. Un traitement arsenical et bismuthique cicatrise rapidement l'ulcération et fait disparaître l'adénopathie.

L'existence de nombreux tréponèmes dans la lésion, le caractère négatif de la réaction de Bordet-Wassermann et la notion d'une réaction ganglionnaire font éliminer le diagnostic de syphilide chancriforme et porter celui d'accident primaire. Il ne s'agit pas d'une réinfection, le malade ne pouvant être considéré comme guéri de sa première syphilis. Une superinfection peut seule être en cause.

Dans ce cas, comme dans les réinoculations expérimentales faites au cours de la période secondaire, la lésion affecte le type gommeux.

J. MARGAROT.

Sur un nouveau traitement du lichen plan. Diathermo-thérapie médullo-sympathique. (Sobre un nuevo tratamiento del liquen plano diathemo-terapia medulo-simpatica), par Juan José MESTRE. *Boletin de la Sociedad cubana de Dermatologia y Sifilografia*, vol. II, nº 5, octobre 1931, p. 269.

20 malades atteints de lichen plan ont été traités par la diathermie appliquée aux régions cervico-dorsale et dorso-lombaire. Le nombre des séances a varié entre 7 et 25.

Le résultat a été nul chez 3 sujets. 3 autres malades ont interrompu leur traitement dès qu'ils ont été améliorés. 13 ont guéri complètement. Une seule récidive a été notée. J. MARGAROT.

Le séro-diagnostic de la syphilis par les réactions de Wassermann, de Kahn et de Müller (El serodiagnostic de la sifilis por las reacciones de Wassermann, Kahn y Muller), par A. CHEDIAK et M. Alonso PEREZ. *Boletin de la Sociedad cubana de Dermatologia y Sifilografia*, vol. II, nº 5, octobre 1931, p. 278.

Un total de 1.000 réactions sérologiques permet à A. C. et à M. A. P. de conclure que la réaction de Kahn est la plus sensible. Viennent ensuite par ordre de sensibilité la réaction de Müller et celle de Wassermann.

1° Dans la syphilis primaire, la réaction de Kahn est légèrement plus sensible et plus précoce que les autres.

2° Au cours de la syphilis secondaire, les trois réactions sont d'intensité comparable. La plus sensible est celle de Müller.

3° Dans la syphilis tertiaire, les techniques de Kahn et de Müller donnent des réactions fortes. Les résultats du Wassermann sont plus faibles.

4° Dans la syphilis nerveuse, les réactions de floculation sont plus sensibles que le Wassermann.

5° Les résultats obtenus dans la syphilis viscérale sont discordants. Les réactions de floculation sont plus sensibles.

6° Dans la syphilis héréditaire, la réaction de Kahn se montre la plus sensible de toutes.

7° Dans la syphilis latente, le Wassermann est peu sensible et nettement inférieur aux réactions de Kahn et de Müller.

Les auteurs concluent qu'à l'heure actuelle on ne doit pas s'en tenir à une seule méthode dans l'investigation sérologique de la syphilis.

J. MARGAROT.

Actas dermo-sifiliograficas (Madrid).

Herpès cataméniaux (Herpes catameniales), par J. Sanz BENEDED. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 3, déc. 1931, p 103.

J. S. B. présente deux femmes atteintes, l'une d'herpès labial, l'autre d'herpès génital et présentant leur éruption à chaque retour des règles. Chez la première, le métabolisme basal est de — 22, chez la seconde, il est de — 12. On les soumet à un traitement par la thyroïdine à la dose de 0 gr. 30 pendant la quinzaine qui précède les règles. L'herpès ne se montre pas. Chez l'un des sujets, il reparaît dès que le médicament est suspendu.

J. S. B. explique ces faits par l'action du corps thyroïde sur l'ovaire. Les deux malades présenteraient un état d'hypo-métabolisme non myxœdémateux.

J. MARGAROT.

Contribution à l'étude de la maladie de Darier (Contribucion al estudio de la enfermedad de Darier), par J. S. COVISA et J. BEJARANO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 25e année, n° 3, déc. 1931, p. 120, 8 fig.

La maladie de Darier, ou dyskératose folliculaire, est une dermatose rare, dont on ne trouve que deux cas dans la bibliographie espagnole.

L'observation de J. S. C. et J. B. se rapporte à un jeune homme de 19 ans, qui a été soumis il y a 5 ans à un traitement général pour une adénopathie rétro-auriculaire. L'affection actuelle remonte à 2 mois environ. Les lésions ont apparu d'abord sur le cuir chevelu. Elles étaient prurigineuses et devenaient le siège, après grattage, d'une légère exsudation, qui se desséchait en donnant des croûtelles. Les lésions du corps se sont montrées récemment.

On trouve sur le cuir chevelu, sur la paroi abdominale, sur la ligne médiane du dos, dans les aisselles et sur la face dorsale des mains, des éléments disséminés ou confluents, constitués par des papules acuminées dont le sommet est surmonté d'une squame-croûte

adhérente. Son enlèvement fait apparaître un orifice cratériforme de siège habituellement folliculaire. Le prurit est intermittent et modéré.

Les auteurs soulignent ce fait que les lésions, débutant par le cuir chevelu, peuvent être pendant longtemps les seules déterminations de la maladie et sont souvent prises pour un eczéma séborrhéique vulgaire.

Ils remarquent, en outre, que les éléments éruptifs du corps ont, au moment de leur apparition, l'aspect de verrues planes et conservent cet aspect définitivement sur la face dorsale des mains.

L'étude histologique met en évidence de l'hyperkératose, de la dyskératose, des fissures épidermiques, des digitations basales et des lésions dermiques. Les cellules dyskératosiques se présentent sous deux formes principales : 1° corps ronds dans lesquels on trouve un noyau, plus ou moins bien conservé, enveloppé d'une membrane réfringente à double contour ; 2° grains d'aspect homogène et de moindre volume que les corps ronds. J. MARGAROT.

Démonstration d'un état allergique dans l'herpès (Demostración de un estado alérgico en el Herpes), par A. NAVARRO MARTIN. *Actas Dermo-sifiliograficas*, 25e année, n° 3, décembre 1931, p. 134.

Chez les personnes affectées d'herpès simple ou récidivant, on peut mettre en évidence un état allergique par l'injection d'un antigène spécial. N. M. a utilisé un extrait d'émulsion de cerveau d'un lapin inoculé avec du virus herpéto-encéphalitique (virus B du laboratoire de Levaditi). Cette émulsion a été diluée dans une solution saline physiologique, phéniquée à 0 gr. 05 o/o, dans la proportion de 1 à 5 et chauffée pendant 2 jours consécutifs à 60° durant une demi-heure. L'injection intradermique est faite avec 0,02 centimètres cubes du liquide qui surnage.

Les recherches ont porté sur 8 malades atteints d'herpès (dont 6 récidivants) et sur 31 témoins, présentant des affections dermatologiques diverses. Les réactions ont été notées après 24 et 48 heures. N'ont été retenues comme positives que les réactions manifestées par un infiltrat papuleux net, accompagné d'un halo érythémateux. L'auteur a considéré comme négatives celles dans lesquelles on notait simplement un infiltrat papulo-érythémateux très limité.

Chez les sujets atteints d'herpès, l'intradermo-réaction avec ce virus a donné constamment un résultat positif (soit dans 100 o/o des cas). Sur les 31 témoins, 26 ont eu une réaction complètement négative, 4 une réaction faiblement positive, 1 une réaction positive (soit 83,8 o/o de réactions négatives).

L'état allergique, ainsi mis en évidence chez les herpétiques, présente son acmé pendant l'éruption. Il diminue dans les intervalles.

J. MARGAROT.

Un cas d'acanthosis nigricans (Un caso de acantosis nigricans), par LAUREANO SOLLA CASALDERREY. *Actas Dermo-sifiliograficas*, 25e année, n° 3, décembre 1931, p. 140, 2 fig.

Un enfant de 8 ans, traité il y a 2 ans pour des lésions de bacillose scissurale et très rapidement amélioré, présente peu de temps après une mélanodermie discrète sur les zones de flexion. Elle s'accentue progressivement jusqu'à devenir complètement noire. En même temps, la peau devient rugueuse et végétante. Finalement, la surface entière du corps se pigmente. La mélanodermie est surtout intense sur le cou et dans les aisselles. On trouve dans ces régions des élevures verruqueuses séparées par des sillons assez profonds dans lesquels on voit du pus. Le malade présente divers stigmates de rachitisme. Il est asthénique. Le ventre est bombé, le foie gros, la rate augmentée de volume.

L. S. C. regrette de ne pouvoir donner une étude histologique des lésions et se borne à faire quelques remarques :

1° D'après ce cas particulier, l'*acanthosis nigricans* n'est pas toujours en relation avec une néoplasie de la cavité abdominale, comme l'ont prétendu quelques auteurs.

2° Contrairement au fait observé par Bonnet, on ne peut qualifier de bénin l'*acanthosis nigricans* juvénile.

3° Knowles, Sidlick et Ludy ont publié des cas analogues à celui de l'auteur. On peut admettre avec eux que la mélanodermie survenant comme symptôme initial dans l'*acanthosis nigricans*, est sous la dépendance d'une insuffisance surrénale d'origine tuberculeuse.

J. Margarot.

Résultats obtenus avec le traitement antisyphilitique dans la prostitution réglementée de Saragosse (Resultados obtenidos con el tratamiento antisifilitico en la prostitución matriculada de Zaragoza), par Eduardo de Gregorio et Garcia Serrano. *Actas Dermo-sifiliograficas*, 25e année, n° 3, décembre 1931, p. 154

E. de G. et G. S. ont publié il y a quelque temps sous le titre de « La syphilis dans la prostitution réglementée de Saragosse » une étude statistique établissant que la majorité des filles publiques présentaient des réactions sérologiques fortement positives tout en ignorant leur affection, qu'un très grand nombre d'entre elles n'avaient jamais été traitées et que les autres l'avaient été d'une façon insuffisante.

Depuis cette époque, une thérapeutique méthodique a été instituée dans la mesure où elle a été possible, en même temps que se poursuivaient les réactions sérologiques (Wassermann, Hecht, Meinicke, Kahn).

Les résultats obtenus sont les suivants :

Le nombre des réactions sérologiques positives a d'abord cru au fur et à mesure que celui des investigations augmentait. Il est monté à 60 o/o des cas en septembre 1929. A ce moment, on comptait 32 o/o de réactions négatives.

En octobre 1931, il n'y a plus que 15 o/o de résultats positifs. Les réactions négatives s'élèvent à 75 o/o des cas.

J. Margarot.

Quelques considérations cliniques et étiologiques sur un cas de pellagre (Algunas consideraciones clinicas y etiológicas sobre un caso de pelagra), par Javier M. Tome Bona et Antonio Marin Quesada. *Actas Dermo-sifiliograficas*, 25e année, nº 3, décembre 1931, p. 172.

Cas typique de pellagre avec paraplégie spasmodique, exagération des réflexes tendineux et signe de Babinski. Les auteurs attribuent l'affection à une avitaminose partielle, conséquence d'une alimentation insuffisante chez un vagabond végétarien par nécessité. Ils incriminent plus spécialement l'absence de la vitamine B, qui se trouve surtout dans la viande, les œufs, le poisson, le lait, tous aliments qui faisaient absolument défaut dans l'alimentation du malade.

J. Margarot.

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'épidermolyse bulleuse dystrophique (Contribución al estudio de la patogenia de la epidermolisis bullosa distrofica), par J. Gay Prieto. *Actas Dermo-sifiliograficas*, 25e année, nº 3, décembre 1931, p. 178, 5 fig.

G. P. met en évidence dans un cas d'épidermolyse bulleuse, sans hérédité connue, une légère perturbation du métabolisme de l'eau, caractérisée par la tendance à la rétention de ce liquide dans les tissus.

Il conclut de ce fait à la possibilité de faire entrer l'épidermolyse bulleuse dans le groupe des affections pemphigoïdes, dont les caractéristiques constantes paraissent consister en une tendance à la formation de bulles sous l'influence du moindre traumatisme et en un même trouble du métabolisme de l'eau et du chlorure de sodium.

J. Margarot.

Neuro-récidives et réactions d'Herxheimer (Neurrecidivas y reacciones de Hexheimer), par H. Sanz Benitez. *Actas Dermo-sifiliograficas*, 25e année, nº 3, décembre 1931, p. 189.

H. S. B. considère les neuro-récidives comme une affection isolée des nerfs crâniens, en rapport avec une méningite basilaire syphilitique, survenant plusieurs semaines ou plusieurs mois après un traitement insuffisant par des médicaments énergiques (salvarsan, etc.).

On ne saurait d'après lui les confondre, ni les identifier avec les réactions d'Herxheimer « réactions congestives locales », qu'il interprète comme la réaction d'un foyer inflammatoire provoquée par les antisyphilitiques et due à l'action sur les éléments cellulaires de la désintégration des tréponèmes. Deux exemples précisent la différence des deux sortes d'accidents.

J. Margarot.

The New England Journal of Medecine (Boston).

La réaction de Takata-Ara dans le liquide céphalo-rachidien (The Takata-Ara Test on spinal fluid), par Daffinee et Grzebieniowska. *The New England Journal of Medecine*, 31 décembre 1931, p. 1277.

La réaction colloïdale de Takata-Ara a été proposée en 1926 par deux

médecins japonais pour l'examen du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis. Elle peut aussi être pratiquée sur tous les autres liquides pathologiques.

On ajoute à 1 centimètre cube de liquide céphalo-rachidien 1 goutte de carbonate de Na à 10 o/o et 0,3 centimètres cubes de réactif de Takata-Ara (mélange à parties égales de bichlorure de Hg à 0,5 o/o et de solution de fuchsine basique à 0,02 o/o). Après avoir secoué le mélange, la lecture se fait après 15 minutes, 6 et 24 heures. Lorsque le liquide est normal, le mélange est bleu-violet et une floculation minime se produit seulement au bout de 24 heures. Lorsque la réaction est positive, il se produit un précipité pourpre au fond du tube et le liquide reste clair au-dessus.

D. et G. ont pratiqué cette réaction dans 500 cas, parallèlement à d'autres examens. Dans 29 o/o des cas la réaction de Takata-Ara ne concordait pas avec les résultats des autres examens ; dans 5,8 o/o des cas, en particulier, le Bordet-Wassermann était positif et le Takata-Ara négatif ; dans 23,6 o/o le Bordet-Wassermann était négatif et le Takata-Ara positif. Les auteurs concluent donc que la réaction de Takata-Ara est moins spécifique que celle de Bordet-Wassermann sur le liquide céphalo-rachidien. Elle est sensiblement parallèle à la réaction à l'or colloïdal mais un peu moins sensible.

La réaction de Takata-Ara ne peut servir seule au diagnostic de la syphilis nerveuse, mais elle a de la valeur comme réaction adjuvante. En raison de sa simplicité et de sa rapidité elle peut convenir aux petits laboratoires des praticiens. S. FERNET.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Le mycosis fongoïde, entité clinique et pathologique n'existe pas (Mycosis fungoides as a clinical and pathologic nonexistent), par SYMMERS. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 1, janvier 1932, p. 1.

La maladie « mycosis fongoïde » date de l'époque où l'aspect clinique seul servait de base à la classification.

Il semble actuellement, d'après les données autopsiques et histologiques, que ce syndrome est l'expression cutanée de trois affections différentes du système lymphatique : la maladie de Hodgkin, une variété de sarcome à cellules rondes développé aux dépens du tissu connectif des ganglions lymphatiques ou ailleurs et le lymphosarcome, développé aux dépens des cellules lymphatiques des ganglions ou de toute autre formation lymphoïde.

Le mycosis fongoïde n'existe pas en tant qu'entité indépendante.

S. FERNET.

Le taux du sucre vrai dans la peau des diabétiques (The true sugar content of the skin in diabetes), par TRIMBLE et CAREY. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 1, janvier 1932, p. 6.

T. et C. ont dosé le sucre dans des fragments de peau prélevés au cours des opérations sur des diabétiques.

Ils ont trouvé en moyenne 144 milligrammes de sucre par 100 centimètres cubes de peau, la moyenne des glycémies étant de 2 gr. 38. Chez les sujets sains, ils ont trouvé 56 milligrammes en moyenne de sucre dans le même volume de peau, la glycémie moyenne étant de 1 gr. 126. Le taux du sucre dans la peau s'est montré sensiblement proportionnel à celui du sang ; il s'élève lorsque la glycémie augmente et s'abaisse lorsque celle-ci diminue ; sa valeur est presque constamment égale à 62 o/o du sucre du sang, les variations individuelles étant minimes en ce qui concerne ce rapport.

La majeure partie des substances réductrices de la peau des diabétiques est constituée par du sucre vraï. S. FERNET.

Les lésions chimiques et électrolytiques de la bouche causées par des pièces dentaires (Chemical and electrolytic lesions of the mouth caused by artificial dentures), par LAIN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 1, janvier 1932, p. 21.

42 o/o des individus examinés, portant des appareils dentaires, présentaient une stomatite ou une glossite.

En dehors des cas où l'on peut incriminer un défaut de soins, une occlusion défectueuse, un traumatisme, il est des cas où l'appareil exerce une action chimique sur la muqueuse ; il s'agit tantôt de porosité exagérée favorisant les fermentations, tantôt de mise en liberté de substances diverses telles que sulfure de Hg, aluminium, cuivre, zinc, etc.

Dans d'autres cas encore, les métaux employés, se trouvant plongés dans la salive, qui joue le rôle d'un électrolyte, constituent une véritable batterie galvanique, émettant des courants électriques. L. a réussi à enregistrer ces courants dans la bouche des malades toutes les fois que deux métaux différents ou deux alliages différents étaient en présence. Il a contrôlé ces faits en plongeant des pièces dentaires métalliques dans une solution faiblement acidulée comme c'est le cas pour la salive (*p*H 6,2 à 7,2) : la micro-ampèremètre enregistrait des courants de 200 à 280.000 micro-ampères. Il suffit d'ailleurs de placer une pièce en cuivre et une pièce d'argent dans la bouche, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la langue, en les laissant se toucher en un point pour percevoir un goût métallique.

La production de courants électriques dans la bouche donne lieu à des troubles divers : on a relevé le plus souvent une sensation constante de brûlure ou de douleur de la langue, mais aussi des névralgies dentaire et des exulcérations de la muqueuse avoisinant les blocs d'obturation et les divers appareils. S. FERNET.

Trichostasis spinulosa. par BURGESS. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 1, janvier 1932, p. 40, 15 fig.

On a décrit sous le nom de *Trichostasis spinulosa* ou de *Pinselhaar*

une malformation congénitale des follicules pileux : hyperkératose de l'infundibulum avec formation d'une masse cornée contenant une minuscule touffe de poils courts ; vues au microscope, ces touffes se composent de 30 à 40 poils très fins, pleins, effilés et placés côte à côte comme les poils d'un pinceau. L'ensemble du cône corné et de la touffe forme une saillie noirâtre qui ressemble grossièrement à un comédon.

Cette malformation occupe habituellement des régions plus ou moins étendues du tronc ; dans le cas observé par B., elle siégeait sur le crâne chauve d'un homme de 56 ans. S. FERNET.

Granulome chronique à coccidioïdes (Chronic coccidioïdal dermatitis), par ZEISLER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 1, janvier 1932, p. 52.

Il s'agit d'un cas de granulome à coccidioïdes à manifestations exclusivement cutanées, simulant un mycosis fongoïde, puis une tuberculose verruqueuse ou une blastomycose. La chronicité et l'absence de toute lésion hilaire, glandulaire ou osseuse constatable fait l'intérêt de ce cas. S. FERNET.

Crépure acquise et progressive des cheveux accompagnée d'un changement de coloration (Acquired progressive kinking of the scalp hair accompanied by changes in its pigmentation), par WISE et SULZBERGER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 1. janvier 1932, p. 99.

A l'âge de 19 ans, un jeune homme ayant une chevelure lisse, brillante, châtain clair, s'aperçut que les cheveux des régions temporale et frontale se modifiaient totalement. A 21 ans, il présentait dans ces régions et sur une profondeur de quelques centimètres, des cheveux crépus, laineux, ternes et complètement noirs. Les régions modifiées étaient nettement délimitées et contrastaient avec le reste de la chevelure demeurée lisse et claire.

Il ne pouvait s'agir d'un « nævus à cheveux laineux » car il n'y avait aucune modification du cuir chevelu, l'affection était rapidement progressive et non congénitale. S. FERNET.

Pemphigus : guérison par des lavages du côlon longtemps continués et l'arsenic en ingestion (Pemphigus-recovery following long continued colonic irrigations and arsenic by mouth), par SCHAMBERG. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 1, janvier 1932, p. 134.

S. décrit un cas grave de pemphigus chez un homme de 48 ans. Malgré des transfusions répétées, malgré les vaccins, le mercurochrome, la quinine, le novarsénobenzol, le cacodylate, l'aggravation était continue, le malade était adynamique et avait 40° de fièvre.

C'est lorsque son état paraissait désespéré que S. institua le traitement par des lavements de 30 litres d'eau trois fois par semaine et une solution d'arsénite de potasse par la bouche. Après 3 mois de ce traitement, l'amélioration fut considérable et après 9 mois, le malade fut guéri. Sa guérison se maintenait encore un an après.

S. ne pense pas devoir attribuer cette guérison à l'arsenic qui avait été employé antérieurement sous des formes différentes et qui, d'ailleurs, ne donne jamais de guérison aussi radicale. Il attribue ce résultat aux lavages répétés du côlon et suppose que le pemphigus est une infection d'origine intestinale. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Radiodermatitis, par HAZIN. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVII, nº 25, 19 décembre 1931, p. 1881.

Cet article est l'expression d'une réaction contre l'abus de la radiothérapie dans les dermatoses. H. a observé en peu de temps 110 cas de radiodermites plus ou moins graves et constate que très fréquemment ces conséquences des traitements ont été plus graves que les dermatoses souvent bénignes, pour lesquelles ils ont été employés.

D'une façon générale, la face, le cou, les faces de flexion des membres, paraissent être les plus sensibles aux rayons X ; les peaux sèches le sont plus que les peaux grasses. L'emploi de toute substance irritante doit être interdit aux malades traités par les rayons ; l'iode, l'acide salicylique, l'acide phénique, les mercuriaux favorisent les radiodermites.

L'acné, le prurit anal ne doivent être traités par les rayons qu'en dernier ressort, après échec de tous les autres traitements. Le psoriasis, en raison de sa chronicité et de ses récidives, ne doit être traité qu'avec la plus grande prudence. Les épidermophyties, trop souvent traitées par la radiothérapie, n'en sont nullement justiciables.

S. FERNET.

L'onycholyse, dermatose professionnelle (Onycholysis, an industrial dermatosis), par TEMPLETON. *The Journal of the American Médical Association*, vol. XCVII, nº 26, 26 décembre 1931, p. 1950.

Il s'agit d'une onychose professionnelle observée chez des femmes employées à laver des bouteilles et à décoller des étiquettes. Dès les premiers jours de ce travail, il se produit des taches noirâtres sous la lame unguéale, puis, l'ongle se décolle en totalité sauf au niveau de la lunule. Il repousse normalement en 4 à 6 mois, si le travail est interrompu. Aucun produit corrosif n'est employé dans cette industrie et il semble que le séjour prolongé dans l'eau et le traumatisme (les femmes grattant les étiquettes et les restants de colle) doivent être seuls incriminés.

Ls compagnies d'assurances admettent cette affection comme accident du travail. S. FERNET.

The Urologic and Cutaneous review (Saint-Louis).

Syphilome cylindroïde de l'urèthre (Cylindroid syphiloma of the urethra), par JUNGANO. *The Urologic and cutaneous review*, janvier 1932, p. 8.

J. décrit, en raison de sa rareté, un cas de syphilome tertiaire cylindroïde de l'urèthre chez un homme de 74 ans. Il s'agissait d'une infiltration régulière, indolore, s'étendant du sillon balano-préputial au périnée et donnant la sensation d'une bougie. Début insidieux, sans douleurs, sans hémorragies, mais évolution progressive ayant déterminé, au bout de 2 mois, un rétrécissement à peine perméable à une sonde filiforme. Malgré le traitement spécifique et une cystostomie, le malade succomba.

Il s'agissait d'une forme scléreuse pure sans gommes ; grosse hyperplasie conjonctive, infiltration péri-vasculaire et oblitération des vaisseaux.

S. FERNET.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Sur un cas de dermatite herpétiforme avec symptômes d'épidermolyse bulleuse, par ENZO BIZZOZERO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 6, décembre 1931, p. 1397. Bibliographie.

Il s'agit d'un sujet de 46 ans, atteint d'une dermatite herpétiforme typique qui présente deux particularités dignes d'être notées :

1° la guérison des bulles avec la formation de zones atrophico-cicatricielles parsemées de petits kystes miliaires et la chute presque totale des ongles des pieds ;

2° l'apparition aux mains et aux pieds, à 4 mois de distance du début de la dermatose, de symptômes très évidents d'épidermolyse bulleuse, c'est-à-dire consistant dans la formation de grosses bulles à la suite de froissements.

Cette tendance à la production traumatique de bulles est allée en s'atténuant progressivement jusqu'à disparaître avec l'amélioration et la disparition des éruptions de la dermatite herpétiforme.

Étant donné que, dans les régions susdites, il existait une très forte hyperhidrose, exclusivement limitée à ces régions, et étant donné que, dans la littérature, sont citées de nombreuses observations qui démontrent l'importance de l'hyperhidrose dans la formation des bulles traumatiques, l'auteur se considère comme autorisé à admettre que les symptômes d'épidermolyse bulleuse chez son malade doivent être imputés à la superposition de ce facteur, particulièrement intense, à l'œdème dermique et épidermique existant déjà normalement dans la dermatite herpétiforme ; aussi dans son cas, n'est-il pas permis de parler de l'association des deux dermatoses, mais bien plutôt d'une dermatite herpétiforme, laquelle, pendant un certain temps, a présenté des symptômes qui coïncident avec ceux de l'épidermolyse bulleuse.

BELGODERE.

Pemphigus et glandes à sécrétion interne (Observations cliniques et constatations histopathologiques dans dix cas), par C. CHIALE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXII, fasc. 6, décembre 1931, p. 1405, 16 fig. Bibliographie.

Dans cet important mémoire de 60 pages, l'auteur résume les histoires cliniques et les examens nécroscopiques de 10 cas de pemphigus et décrit les résultats obtenus par l'expertise histologique des glandes à sécrétion interne et des parenchymes de quelques viscères : cette enquête a intéressé 7 fois l'épiphyse, 8 fois l'hypophyse, 9 fois la surrénale, 8 fois le pancréas, 7 fois le testicule, 3 fois l'ovaire, 4 fois le myocarde, 8 fois le foie et 6 fois le rein.

Dans les limites où il est permis d'apprécier l'état fonctionnel par des recherches d'ordre morphologique, on peut admettre que la plus grande partie des parenchymes étudiés ne présente pas d'altérations nettes structurales et fonctionnelles, étant donné que l'on remarque pour chacun des organes, très souvent, un état à peu près normal ou parfois des altérations dégénératives ou de putréfaction cadavérique, rarement des modifications dans le sens d'une hyperfonction ou d'une hypofonction, presque toujours à un degré très modéré. Des altérations dégénératives graves et constantes furent mises en évidence dans le foie et dans le rein.

Pour ce qui concerne la glande masculine, dans 6 cas, comprenant des individus âgés de 34 à 68 ans, on put constater presque constamment la présence identique d'altérations dégénératives et scléreuses aux dépens de groupes de tubes séminifères, correspondant tout à fait à celles décrites par Aschoff dans les maladies cachectiques sous le nom d'atrophie testiculaire progressive. Une pareille altération observée chez des sujets décédés après une période souvent très longue de maladie, qui a les caractères cliniques et le type nécroscopique des états toxi-infectieux graves, et dont l'aspect histologique est identique à celui observé dans tant de maladies cachectisantes, est, très probablement, une lésion secondaire, qui rentre dans le cadre anatomo-pathologique du pemphigus, comme conséquence d'une influence nocive commune, capable de déterminer des lésions aussi graves ou plus graves, et aussi constantes dans d'autres viscères.

Trois fois, l'ovaire fut examiné. Dans un cas, celui-ci, complètement évolué et ne fonctionnant pas, offrait un aspect histologique correspondant à la durée de la ménopause (2 ans) commencée alors que le pemphigus était déjà en évolution depuis un certain temps ; dans un second cas, l'examen révélait, bien qu'avec des signes de souffrance de l'organe, sa récente activité fonctionnelle ; dans un troisième cas, les données cliniques et le tableau histologique portaient à admettre un rapport de simultanéité entre la ménopause et la dermatose.

Examinant la question d'un lien étiologique et pathogénique possible entre les altérations endocrines et le pemphigus, l'auteur, en raison de la fréquence de constatations tout à fait normales, de la dissemblance des lésions rencontrées (altérations dégénératives ou scléreuses, ou tumorales d'une ou de plusieurs glandes, vraisemblablement secondaires au pemphigus ou en rapport avec l'âge, ou accidentelles ou indépendantes) en raison de l'inconstance de ces lésions, de leur

caractère d'aspécificité, est conduit à admettre que l'on ne peut reconnaître aux altérations endocrines une importance causale dans l'étiologie du pemphigus : celui-ci peut apparaître dans des conditions hormoniques variables, dans lesquelles aucune glande sanguine ne présente des altérations histologiques graves, ou s'il en existe, celles-ci, loin de présenter un caractère d'uniformité, sont souvent l'expression de conditions fonctionnelles contradictoires.

Cependant, certaines influences endocrines particulières semblent agir sur le mécanisme pathogénique et sur l'évolution clinique du pemphigus : c'est surtout à l'ovaire, auquel on s'accorde à reconnaître une action particulière sur le métabolisme en général, et spécialement sur le métabolisme chlorosodique, qu'il semble que l'on doive attribuer lorsque l'on explore son activité exo ou endocrine (exaltée, atténuée ou altérée), une action révélatrice ou aggravante du pemphigus, non cependant une action causale, le pemphigus pouvant apparaître alors que la fonction ovarienne n'est pas encore établie, ou bien quand elle a pris fin depuis pas mal d'années, ou bien encore, celle-ci pouvant persister sans altérations cliniquement appréciables pendant un temps assez long, le pemphigus poursuivant son cours habituel. Le résultat contradictoire des interventions thérapeutiques (opothérapie, röntgenthérapie) n'est pas non plus favorable à l'hypothèse d'une action étiologique. Suivant une telle conception, qui peut être étendue à d'autres glandes endocrines, par exemple la thyroïde, une mutation fonctionnelle de type très variable, qui fut souvent invoquée pour expliquer l'apparition de certains cas de pemphigus, en surpassant un seul jusqu'alors demeuré dans les limites physiologiques, pourrait déterminer un déséquilibre hormonique tel qu'il rendrait évidente ou aggraverait la dermatose, sans que cependant on puisse attribuer à ce déséquilibre un rôle étiologique ; à l'intervention de la gonade, qui peut être sous la dépendance d'une action primaire d'autres glandes endocrines ou qui peut déterminer une modification fonctionnelle de celles-ci (que l'on songe à la complexité des altérations endocrines dans la grossesse et la ménopause) il serait permis, dans les limites susdites, de reconnaître une importance pathogénique. BELGODERE.

Contribution à l'étude des sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy, par Mario ARTOM. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifiloloqia*, vol. LXXII, fasc. 6, décembre 1931, p. 1464, 10 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit un cas de sarcoïdes sous-cutanées de Darier-Roussy, observé chez un jeune homme de 27 ans, atteint gravement de tuberculose pulmonaire. Il met en relief les caractères particuliers, cliniques et anatomo-pathologiques de ce cas, et discute l'importance que peut avoir la tuberculose comme facteur étiologique. A ce propos, relevant dans la littérature la fréquence avec laquelle chez les sujets atteints de sarcoïdes de Darier-Roussy existe une intense réaction de foyer consécutive à l'intradermo-réaction tuberculinique, il émet l'hypothèse que,

à la production de la sarcoïde puisse contribuer cette hyperréactivité tuberculinique, c'est-à-dire que celle-ci puisse être considérée à l'origine comme un mode spécial de réaction dermique particulier aux sujets qui présentent une semblable hyperéactivité. BELGODERE

La sclérodactylie et la sclérodermie diffuse étudiées spécialement au point de vue des troubles vaso-moteurs. Leurs rapports avec la maladie de Raynaud, par E. SCOLARI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 6, décembre 1931, p. 1477, 6 fig., 4 pages de Bibliographie.

Le travail débute par une revue générale des observations cliniques relatives à des troubles vaso-moteurs de type cyanotique ou spastico-cyanotique, apparus comme phénomènes prodromiques ou concomitants, ou consécutifs, dans des cas de sclérodactylie ou de sclérodermie diffuse. L'auteur rapporte ensuite un cas d'observation personnelle (ayant débuté par des troubles circulatoires) de sclérodactylie, avec diffusion du processus aux parties distales des membres et formation du masque sclérodermique, le cas clinique est accompagné d'examens histologiques, cliniques et biologiques. Suit une discussion du cas observé, mettant en lumière ses caractères cliniques les plus saillants, c'est-à-dire le masque sclérodermique, les télangiectasies du visage, les dépôts calcaires, un état érythrodermique diffus, les altérations dystrophiques des jambes.

En se guidant sur les observations et les considérations relevées dans la littérature et sur les données relatives à son cas, l'auteur traite de la pathogénie du cas examiné et, parallèlement, de la pathogénie de la maladie de Raynaud, en insistant particulièrement sur les doctrines d'auto-intoxication, nerveuses, ou neuro-végétatives, qui ont actuellement le plus de crédit ; il résume les conceptions relatives à une comparticipation de facteurs histiogènes et infectieux dans la pathogénie de l'affection. L'importance des facteurs vasculaires est discutée, spécialement au point de vue de la différenciation pathogénique entre la maladie de Raynaud, où ces facteurs apparaissent d'importance fondamentale, et la sclérodactylie et la sclérodermie diffuse dans lesquelles les troubles fonctionnels circulatoires et les altérations anatomiques des vaisseaux ne semblent pas devoir être retenus comme facteurs étiologiques du processus scléreux de la peau, car il apparaît probable que l'un et l'autre sont la conséquence d'une cause dystrophiante commune fondamentale de nature neuro-végétative.

Enfin, l'auteur examine diverses hypothèses proposées pour tenter de donner une explication de la signification physiopathologique des troubles vaso-moteurs souvent associés à la sclérodactylie et à la sclérodermie diffuse et il discute différents aspects du problème relatif à la transformation cliniquement constatable de syndromes similaires à la maladie de Raynaud en syndromes sclérodermiques.

BELGODERE.

Purpura annulaire télangiectode de Majocchi, par Luigi Ciarrocchi. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 6, décembre 1931, p. 1525, 8 fig. Bibliographie.

Ce consciencieux et copieux mémoire de 75 pages, accompagné de 5 pages de bibliographie, peut être considéré comme une véritable somme de l'état actuel de nos connaissances sur cette affection cutanée rare, et particulièrement peu connue en France, la première observation française de purpura annulaire télangiectodes, qui est demeurée unique, étant celle qu'ont publiée en 1908 Balzer et Galup.

Depuis le premier cas découvert par Majocchi en 1887, et sa première description au Congrès de dermatologie italienne en octobre 1895, 270 autres observations peuvent être relevées dans la littérature mondiale, si bien que quelques-uns estiment même qu'aujourd'hui le purpura annulaire télangiectodes ne peut plus être considéré comme une dermatose rare. Mais ce nombre de 270 ne doit pas faire illusion, car beaucoup de ces cas sont discutables et la maladie de Majocchi a été souvent confondue avec la maladie de Schamberg, la maladie de Klotz, le purpura annulaire simple et diverses télangiectasies non classées.

Dans la première partie de son travail, C. reprend l'étude de la dermatose et en précise les caractères cliniques et histologiques, tels qu'ils ont été établis par Majocchi et il en discute la pathogénie.

La deuxième partie est consacrée à une revue générale, où, reprenant point par point les différents chapitres de l'étude précédente, il expose les opinions des différents auteurs qui ont traité du purpura annulaire et en fait ressortir les concordances et les divergences.

Il discute en particulier dans ce chapitre l'étiologie tuberculeuse, que Majocchi avait tout d'abord contestée, mais à laquelle il semblait s'être rallié peu de temps avant sa mort, dans un mémoire publié en 1928 (analysé ici).

Une troisième partie du mémoire est consacrée à l'étude de deux cas nouveaux que C. a rencontrés, l'un chez un enfant de 5 ans (très rare, c'est seulement le quatrième cas observé avant l'âge de 10 ans), l'autre chez un jeune homme de 25 ans.

A propos de ces deux cas, il reprend la discussion étiologique, en insistant particulièrement sur :

1° La *polyglobulie*, dont l'influence a été incriminée par certains, et dont il rappelle les différents types : polyglobulie apparente, polyglobulie vraie, cette dernière pouvant être secondaire (érythrocytose) ou primitive (érythrémie), celle-ci présentant elle-même trois formes : forme de Vaquez, forme de Gaisbock, forme de Mosse. Dans les deux cas observés, les examens du sang ne permettaient pas de retenir ce facteur étiologique.

2° La *tuberculose*, semble pouvoir être incriminée chez les deux malades de C. Mais comment agit-elle ? Est-ce par une action directe, toxi-infectieuse, sur les tuniques vasculaires, ou par un mécanisme endocrino-sympathique ?

3° L'*insuffisance surrénalienne* semble devoir être invoquée si on s'en rapporte aux résultats des épreuves pharmaco-dynamiques chez les deux malades.

Tuberculose, insuffisance surrénale, purpura annulaire télangiectodes, semblent former, d'après C., les trois anneaux d'une même chaîne.

BELGODERE.

Xeroderma pigmentosum (Contribution anatomique), par Luigi AJELLO. *Giornale italiano di Dermatologia y Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 6, décembre 1931, p. 1600, 12 fig. Bibliographie.

L'auteur étudie au point de vue anatomo-pathologique un cas de *xeroderma pigmentosum* avec *xeroderma carcinome ulcéré* parvenu à la table d'autopsie. Sur cette question, la littérature manque de constatations anatomiques complètes.

Aux dépens de la peau, on observa une très forte atrophie de la couche de Malpighi, avec désordre dans la présence et la distribution du pigment et avec zones hyperkératosiques, atrophie du derme avec infiltrations et endo-vascularite oblitérante, raréfaction des glandes sébacées, faite d'hypertrophie d'une part, de dégénérescence et d'inflammation, d'autre part, aux dépens des glandes sudoripares, qui allaient jusqu'à la transformation scléreuse de beaucoup d'entre elles. Il existait aussi des faits de dégénérescence hyaline aux dépens des fibres musculaires sous-jacentes à la peau. Aux dépens des autres viscères, furent trouvés une hyperplasie des surrénales (spécialement de la partie médullaire), des altérations de l'hypophyse, de la sclérose des ovaires et de la thyroïde, de la néphrite chronique, etc., et un tableau d'ensemble de cachexie avancée.

L'auteur fait ressortir ce tableau anatomique particulier, non encore décrit et développe des considérations critiques relatives au tableau morbide qui caractérise le *xeroderma pigmentosum* et aux lésions variées et particulières rencontrées à l'autopsie, spécialement les lésions relevées aux dépens des glandes endocrines (surrénales, thyroïde, hypophyse).

BELGODERE.

Recherches sur l'action pathogène du tabac, par Felice BERNUCCI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 6, décembre 1931, p. 1618, 3 fig. Bibliographie.

On a discuté et on discute encore sur le rôle pathogène du tabac et en particulier son influence étiologique au point de vue du cancer, et on ne sait pas encore grand'chose de précis sur ce point.

Après avoir rappelé quelques travaux antérieurs peu nombreux sur la question, B. rapporte ses recherches personnelles, qui lui ont causé, dit-il, *molta fatica* et on le croit sans peine, car il a eu la patience, pendant 18 mois et plus, de soumettre à des attouchements et à des fumigations de tabac différents animaux.

Il a étudié d'abord l'action du facteur *mécanique et chimique*, en

traumatisant légèrement la face interne de la joue chez des souris, au moyen d'un cure-dents chargé d'un mélange formé d'huile additionnée de produits de la combustion du tabac. La même expérience était faite sur un lot de témoins avec de l'huile non additionnée de tabac. Il a examiné ensuite l'action des facteurs *physico-chimiques et physiques* en dirigeant sur la face interne de la joue, chez des lapins, la fumée de la combustion du tabac.

Dans la première série de recherches, il a réussi, au bout de 19 mois, à obtenir un épaississement notable de la muqueuse de la joue, et au point de vue histologique, il y avait hyperplasie marquée du tissu conjonctif et épaississement cellulaire très notable, et quelque caryocinèse atypique dans les cellules basales, mais rien de net au point de vue du cancer, tandis qu'un lot de souris traitées en même temps par le goudron présentèrent des lésions nettement cancéreuses.

Dans la deuxième série de recherches, sous l'influence de fumigations répétées pendant 1 an et demi, on vit se former une plaque blanche ressemblant objectivement aux plaques de leucoplasie, et qui, au point de vue microscopique, présentait une notable hyperplasie du tissu conjonctif et même dans quelques cas de la prolifération épithéliale.

Mais de l'ensemble des résultats obtenus, B. conclut que le tabac, bien qu'il occasionne à la longue des lésions organiques d'un certain intérêt, n'a jamais donné lieu à des processus pathologiques qui puissent être considérés comme étant de nature néoplasique.

BELGODERE.

Une rare localisation de l'hypoderma bovis chez l'homme, par Ribeiro SANTOS (de Bahia, Brésil). *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 6, décembre 1931, p. 1623, 1 fig.

Malade venu consulter pour deux nodules du pénis, qu'il croyait de nature vénérienne. A la section de ces deux nodules, on met en liberté deux larves de l'*Hypoderma bovis* que l'on ne réussit pas à cultiver, car elles avaient été lésées. Le malade avait l'habitude tous les soirs de se coucher dans l'herbe auprès d'un ruisseau et c'est vraisemblablement ainsi que s'est faite l'infestation. BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Contribution à la casuistique et à l'étude des sarcomes de la peau, par Giacomo SERRA. *Il Dermosifilografo*, 6e année, nº 12, décembre 1931, p. 673, Bibliographie.

L'auteur étudie un cas de néoformation nodulaire multiple de la peau qu'il a eu l'occasion d'observer. Il s'agit d'un homme de 35 ans, qui vit apparaître sur son cuir chevelu deux éléments saillants, deux nodules, de couleur rouge sombre, indolents, de volume inégal. Le plus gros fut détruit au thermo-cautère par un médecin, mais il se reproduisit, fut cautérisé une seconde fois. Par la suite, d'autres éléments

semblables apparurent dans le voisinage des deux premiers. Le malade se décida alors à aller consulter à la Clinique dermatologique de Turin. A ce moment, le diagnostic pouvait être hésitant, on pouvait penser à des kystes athéromateux, ou à ces éléments qui ont été décrits par Majocchi sous le nom de *verrues angiomateuses*, et que cet auteur considérait comme un signe prémonitoire de sarcomatose cutanée.

Mais, au bout d'une semaine d'observation, l'accroissement rapide des petites tumeurs, ainsi que leur multiplication, ne pouvait plus laisser aucun doute, et bientôt tout le cuir chevelu fut envahi, en même temps que l'état général du malade s'altérait notablement. Puis, les lésions envahirent tout le corps et la mort survint au bout d'une dizaine de mois.

L'examen histologique, qui avait été pratiqué dès le début sur un des nodules, avait mis en évidence les caractères suivants : localisation dermo-épidermique du nodule néoplasique, structure essentielle et cellulaire du foyer de néoformation, caractères d'atypie des cellules, arrondies ou presque polyédriques, avec protoplasma peu abondant et noyau irrégulier, résidus peu importants du tissu envahi, absence de réticulum, d'infiltration parvi-cellulaire et d'hémorragies ; vascularisation très riche, disposition désordonnée des éléments cellulaires et, enfin, caractère typique de la lésion sarcomateuse ; contact direct des éléments cellulaires de la néoplasie avec les vaisseaux.

S. discute le diagnostic : il élimine le sarcome de Kaposi (qui toujours débute par les extrémités), le granulome luétique, le nodule lépreux, les tubercules, les gommes tuberculeuses, la sporotrichose, le mycosis fongoïde, les sarcoïdes bénignes, les tumeurs lymphatiques (leucémiques, pseudo-leucémiques, lymphomes, lymphosarcomes), les sarcomes mixtes, et il conclut finalement qu'il s'agit bien dans ce cas d'un sarcome vrai et propre, et, plus précisément, d'un sarcome globo-cellulaire simple à localisation cutanée primitve. La question des sarcomes cutanés est une de celles sur lesquelles les dermatologistes sont le plus divisés, et les classifications proposées ont été tellement multiples et variées, qu'il est résulté, de ces tentatives pour mettre de l'ordre, le plus grand désordre, une véritable bouteille à l'encre.

La première classification qui ait été proposée fut celle de Perrin (1886) qui distinguait deux variétés : le sarcome idiopathique, type Kaposi, et le sarcome hypodermique simple généralisé, type Perrin.

S. passe en revue les différentes classifications qui ont été proposées depuis, celles de Hardy, Profeta, Hebra, Pelagatti, Johnston, Mibelli, Gaucher, Unna, Hallopeau et Leredde, Neisser et Jadassohn, etc. Ces diverses classifications ont tout au moins le mérite de mettre en évidence deux points : 1° la forme variable des sarcomes à localisation cutanée ; 2° le manque de précision des termes usités pour désigner les différents types et par suite la confusion dans l'attribution des cas observés. Ce qui rend une telle classification malaisée, c'est la difficulté

d'établir une classification qui tienne compte à la fois des caractères cliniques et des caractères anatomo-pathologiques. S. termine son étude en proposant la classification suivante des sarcomes cutanés.

Deux grandes classes : A. celle des sarcomes vrais ou purs ; B. celle des sarcomes impurs, ou sarcomes composés, ou sarcomes mixtes.

A. Sarcomes vrais. — Deux variétés : 1° sarcomes à localisation primitivement cutanée ; 2° sarcomes à localisation cutanée secondaire.

Primitifs. — Deux variétés : *a*) sarcome solitaire, ou sans métastase cutanée ; *b*) sarcome primitivement multiple.

Secondaires. — Deux variétés : *a*) sarcome propagé à la peau par contiguité, d'organes voisins ; *b*) métastases sarcomateuses de tumeurs non cutanées.

Ces sarcomes primitifs pouvant, au point de vue anatomique, présenter trois types : 1° globo-cellulaire ; 2° fuso-cellulaire ; 3° mixte.

B. Sarcomes impurs. — Il en distingue également deux variétés : 1° sarcomes primitivement cutanés ; 2° sarcomes secondairement cutanés.

Primitifs. — Trois variétés : *a*) lympho-sarcome ; *b*) angio-sarcome ; *c*) fibro-sarcome.

Secondaires. — Comprennent toutes les variétés de sarcomes mixtes enregistrés dans la pathologie.

Mais une telle classification, comme le reconnaît l'auteur, ne peut avoir une valeur absolue, car, le plus souvent, on observe le malade à une période déjà avancée de sa maladie, de sorte qu'il est impossible de discerner, parmi les tumeurs multiples, quelle a été la lésion primaire, et quelles sont les lésions secondaires, et il faut s'en rapporter aux déclarations du malade. Cette classification aura donc d'autant plus de valeur que le sujet sera examiné d'une manière plus précoce.

BELGODERE.

Vratchébnaïa Gazeta (Leningrad).

Contribution à la conservation du complément pour la réaction de Bordet-Wassermann, par S. L. CHIRWINDT et R. J. LIBERMANN (Leningrad). *Vratchébnaïa Gazeta*, nos 16-17, 15 septembre 1931, pp. 1256-1259.

Après avoir cité les données bibliographiques, les auteurs rapportent leurs recherches personnelles relatives à la conservation du complément et pratiquées au Laboratoire sérologique central de Léningrad.

Tout d'abord, ils ont appliqué la méthode de conservation proposée en 1927 par Quinsbourg et Kalinine et qui consiste à additionner le complément frais d'un volume égal d'eau bi-distillée contenant soit 5 o/o de chlorure de strontium + 4 o/o d'acide borique, soit 10 o/o de chlorure de sodium + 4 o/o d'acide borique cristallisé. Avec 29 séries de complément ainsi conservées, les auteurs ont examiné 2.000 sérums et leurs conclusions sont très favorables, car toutes ces

séries des compléments se sont montrées très utiles pour la pratique de la séro-réaction de Bordet-Wassermann. Il y avait des séries qui conservaient leur activité durant 6 et 8 mois. Le titre du complément baissait très lentement.

En 1929, Quinsbourg et Kalinine modifient leur méthode en ce sens qu'ils ajoutent au complément non pas une solution, mais directement 10 o/o de chlorure de sodium + 4 o/o d'acide borique cristallisé. Les recherches que les auteurs ont entreprises au Laboratoire sérologique central sur 10 séries de complément leur ont prouvé que l'activité du complément n'a pas changé au bout de 3 mois et demi de conservation à la température de la chambre et qu'il pouvait très bien être employé pour la réaction de Bordet-Wassermann. Quelques séries de complément utilisées pour le Bordet-Gengou avec l'antigène gonococcique se sont montrées également actives et démonstratives.

Sonnenschein a encore modifié la méthode de Quinsbourg et Kalinine, en remplaçant le chlorure de sodium par l'acétate de sodium dans la même proportion. Pour comparer cette modification avec celle de Quinsbourg et Kalinine 1929, les auteurs ont pris 3 séries de complément et les ont divisées en 2 parties qui sont périodiquement vérifiées dans la pratique du Bordet-Wassermann et dans leur titre.

La première série a été essayée sur 100 sérums, la deuxième sur 90 et la troisième sur 85. Les deux dernières méthodes se sont montrées d'une valeur égale et sont les meilleures existant actuellement pour conserver le complément. L'activité du complément n'a pas changé après 5 mois 1/2 de conservation et le titre n'a presque pas dévié.

Le complément qui est l'ingrédient le plus instable de la réaction de Bordet-Wassermann peut donc être conservé longtemps. Les grands laboratoires centraux pourraient donc en fournir aux petits laboratoires périphériques, ce qui aura une importance capitale et économique, car l'on n'aura plus besoin d'avoir à sa disposition des cobayes. On pourra faire venir le complément d'une autre ville de même qu'on le fait pour l'ambocepteur et l'antigène, ce qui jouera un grand rôle, surtout dans les expéditions, examens en masse, etc.

BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Les dyskératinisations épithéliomateuses. Maladie de Paget, maladie de Bowen, épithelioma pagétoïde, par Jean Rousset. Préface de M. le Prof. Nicolas. 599 pages, 108 figures et 3 planches en couleurs hors texte. Masson et Cie, éditeurs. Prix : 60 fr.

Il y a plus de trente ans que Darier créait le terme de dyskératose. Depuis, d'innombrables travaux sont venus confirmer, combattre, interpréter, compléter les idées de Darier qui ont d'ailleurs elles-mêmes évolué. Il raconte volontiers l'histoire des débuts de la « psorospermose ». Besnier, hésitant à propos d'un malade, le montra à Darier. Après discussion, aucun diagnostic ne fut posé et Darier se mit à étudier les lésions histologiquement. Il y trouva les fameux corps ronds qui le rendirent perplexe. Aussi alla-t-il montrer ses préparations à Ranvier, à Malassez et, finalement, à Balbiani. Celui-ci pensa qu'il s'agissait de psorospermose et les deux autres se rangèrent à cette opinion. Darier revint faire part de cette opinion à Besnier qui demanda : « Est-ce votre avis ? — Non, répondit Darier. — Tant pis, il faut publier. Si vous avez raison, tant mieux pour vous. Sinon, tant pis pour vous. Mais c'est la seule façon d'attirer l'attention et de susciter les travaux de contrôle. » Ainsi fut fait. Darier appela la maladie psorospermose folliculaire végétante et il remarque plaisamment aujourd'hui que dans la maladie qui porte maintenant et justement son nom, il n'y a pas de psorospermose et que le siège folliculaire ainsi que les végétations ne sont pas constants

On me pardonnera cette anecdote que je raconte de mémoire pour l'avoir entendue de la bouche de Darier, mais j'ai pensé qu'elle pouvait intéresser et montrer où peut conduire une constatation nouvelle, même mal interprétée d'abord et par les plus grands noms de la science.

Aussi bien la maladie de Darier n'est-elle pas l'argument du très important volume de Jean Rousset, élève et collaborateur de Nicolas. Il étudie seulement la maladie de Paget, la maladie de Bowen et l'épithélioma pagétoïde qu'il réunit sous le nom de *Dyskératinisations Épithéliomateuses*. On remarquera que l'auteur ne dit pas pré-épithéliomateuses. C'est qu'il est convaincu de la nature cancéreuse de ces dermatoses qu'il distingue soigneusement des autres dyskératoses. Six cents pages et de nombreuses figures (dont le tirage malheureusement laisse à désirer), c'est, je crois, l'étude la plus complète qui ait paru jusqu'à ce jour.

R. examine avec l'esprit le plus critique les observations publiées un peu partout. Il y ajoute ses observations personnelles, extrêmement complètes aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue histologique. Comme le dit le Prof. Nicolas dans sa préface : « C'est une œuvre profondément étudiée et méditée, sur le thème de laquelle l'auteur a longuement et patiemment réfléchi : c'est le fruit d'un travail

infiniment consciencieux, de plusieurs années, d'un sens critique éveillé et averti, qui indiscutablement constitue un véritable monument scientifique de premier ordre élevé à l'histoire des soi-disant dyskératoses pré-cancéreuses. » CLÉMENT SIMON.

Les Législations antivénériennes dans le monde, par P. CAVAILLON.

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur le très intéressant volume publié par l'Union Internationale contre le Péril Vénérien, 4, rue de Sèvres, à Paris.

C'est un recueil des arrangements internationaux, des lois et des réglementations nationales dans 66 pays et Colonies, concernant la lutte sociale contre le péril vénérien, la communication et le traitement obligatoire des maladies vénériennes, la prostitution, le certificat prénuptial, le charlatanisme.

Le professeur Gougerot a donné à cet ouvrage une importante préface dont l'extrait suivant marque bien l'importance de l'œuvre que l'Union a réalisée en publiant ce volume.

« Depuis de longues années, les syphiligraphes et les hygiénistes se plaignaient de ne pas trouver réunis dans un ouvrage d'ensemble les documents législatifs et administratifs des principaux pays concernant la lutte antivénérienne ; ils étaient obligés de faire des recherches bibliographiques longues et parfois infructueuses dans des périodiques de toutes langues, se heurtant souvent à des difficultés de traduction et d'interprétation juridique. C'est donc un incomparable service que rend à l'Hygiène sociale et aux syphiligraphes l'Union Internationale contre le Péril Vénérien, en prenant l'initiative et la charge de cette remarquable publication. »

Pelada expérimental de Max Joseph, thèse par Enrique A. AUBRUN. Travail de l'Institut de Physiologie de la Faculté des Sciences Médicales de Buenos-Aires. 1 vol. in 8° de 279 p. Imprimerie Lopez, Buenos-Aires.

Cet important travail a été fait sous la direction du professeur Bernardo A. Houssay, le directeur bien connu de l'Institut de Physiologie de Buenos-Aires. Il présente donc toutes les garanties possibles.

L'auteur a repris les classiques expériences de Max Joseph, sur le chat. Le nombre des animaux en expérience est imposant : 150 environ. On se souvient qu'elles consistent à extirper le ganglion, les racines ou les rameaux périphériques des nerfs cervicaux. A. a fait 118 opérations sur le second nerf cervical, 18 sur le troisième et 18 sur les trois premiers à la fois. Il a obtenu des lésions cutanées qui vont de l'exulcération à l'alopécie dans un pourcentage de cas qui varie de 15 o/o (second nerf cervical) à 4 o/o (troisième nerf cervical) et à 50 o/o (trois premiers nerfs cervicaux).

L'auteur considère que l'alopécie est due seulement au grattage lui-même consécutif au prurit, celui-ci étant produit par les sections nerveuses et d'une façon immédiate. La preuve en est dans ce fait que si

l'on protège la région par un « chapeau » adéquat, l'alopécie ne se produit pas. La théorie trophique n'est donc pas à retenir.

CLÉMENT SIMON.

Précis de Vénéréologie et de Dermatologie clinique, expérimentale et sociale. Tome I. Clinique des maladies de la peau. Editions Médicales de l'Etat. Moscou et Leningrad, 1931, 710 pp., 119 fig. ; relié : 15 roubles 50 kopecks.

C'est le premier traité de dermato-vénéréologie collectif écrit exclusivement par des auteurs russes. Jusqu'à présent, il n'y avait en Russie aucun manuel de ce type, tous ceux qui y étaient répandus étant soit des traductions des traités étrangers, soit, quoique originaux, rédigés par un seul auteur.

Cette lacune qui se faisait sentir est maintenant comblée. L'idée des *Précis de vénéréologie et de dermatologie clinique, expérimentale et sociale* appartient à l'Institut vénéréologique d'État à Moscou, dont le Directeur, M. le professeur Efron est le Rédacteur en chef de l'ouvrage collectif. Le Comité de rédaction se compose, en plus, de MM. les professeurs attachés également audit Institut : Bronner, Jordan, Mestchersky, Finkelstein et Fronstein.

L'œuvre complète, qui paraîtra en plusieurs années, sera composée des 6 volumes suivants : I. Clinique des maladies cutanées (vient de paraître) ; II. La syphilis ; III. La blennorragie ; IV. L'histopathologie des maladies cutanées et vénériennes ; V. La microbiologie des maladies cutanées et vénériennes et VI, la dermatologie et vénéréologie sociale.

Le premier volume a déjà paru. Il est dédié à M. le professeur Mestchersky, Directeur de la Chaire dermato-syphiligraphique de la Première Université de Moscou, en souvenir du 30e anniversaire de son activité médicale et pédagogique. Le Rédacteur en chef de ce premier tome est M. le professeur Jordan, Directeur de la Clinique dermatologique de la Deuxième Université de Moscou.

« La clinique des maladies de la peau » se divise en deux parties : générale et spéciale. La partie générale expose les notions générales, l'histoire de la dermatologie depuis ses origines jusqu'à l'époque moderne, en s'arrêtant plus particulièrement sur le passé de la dermatologie russe, l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la peau (Nikolsky), la morphologie des éléments cutanés et leurs significations pour le diagnostic, le diagnostic et le traitement général des maladies de la peau (Jordan), en tout 4 chapitres.

La partie spéciale se compose de 4 chapitres et traite les affections cutanées d'une manière détaillée. La classification du matériel est faite en partie d'après Darier, c'est-à-dire en se basant sur la morphologie et la nosologie, et en partie d'après Brocq, c'est-à-dire par chapitres séparés, non liés entre eux et disposés sans système. La Rédaction a dû se contenter de cette classification mixte, car la classification seulement et uniquement d'après l'étiologie ne peut encore être adoptée en dermatologie vu l'obscurité des causes de la plupart des dermatoses.

Chaque chapitre comprend le plus souvent un groupe des dermatoses liées entre elles, soit par leur morphologie, soit par leur étiologie. Les articles sont écrits par des spécialistes qui ont déjà fait des travaux antérieurs dans le domaine qu'ils traitent et sont illustrés par de nombreuses figures et photographies des cas personnels. Les articles sont écrits d'une façon claire, détaillée et tiennent le lecteur au courant des derniers progrès réalisés dans le vaste domaine de la dermatologie, non seulement en Russie, mais aussi à l'étranger. A la fin de chaque chapitre, on trouve un riche index bibliographique embrassant la littérature du monde entier.

Les principaux chapitres de cette partie sont : l'hyperémie, l'anémie et l'angionévrose cutanées (Muhlmann, Tachkent) ; l'eczéma (Démianovitch, Moscou) ; les dermatoses professionnelles des tumeurs cutanées (Grintchar, Moscou) ; les dermatoses dues aux substances toxiques de combat (Glébovitch, Moscou) ; les dermatites médicamenteuses (Kedroff, Moscou) ; les dermatoses érythémato-squameuses et les érythrodermies (Soboleff, Kharkov) ; les dermatoses vésiculeuses et bulleuses (Bogolégroff, Toansk) ; les pyodermies (Mestchersky, Moscou) ; les hyperkératoses (Tyjnenko, Kief) ; les troubles de la pigmentation cutanée (Voronoff, Moscou) ; les atrophies, les indurations et les dégénérescences cutanées (Gryébine, Smolensk) ; les maladies des glandes sébacées et sudoripares (Iasnitzky, Kazan) ; les maladies des ongles, les affections de la muqueuse buccale (Jordan, Moscou) ; les dermatomycoses (Tchernogouboff, Moscou) ; la tuberculose de la peau (Podroyssotzkaïa, Léningrad) ; les tuberculides (Mrongovius, Minsk) ; les sarcoïdes (Prokoptchouk, Minsk) ; la lèpre (Pospéloff, Krasnodar) ; l'actinomycose (Efron, Moscou) ; le mycosis fungoïde, la leucémie et la pseudo-leucémie de la peau (Rosenthal, Minsk).

L'histopathologie et la microbiologie étant réservées pour des volumes spéciaux où elles seront traitées par des auteurs compétents en la matière, les descriptions dermatologiques n'en font que gagner en clarté, car la symptomatologie et le diagnostic passent au premier plan et se gravent mieux dans la mémoire du lecteur.

Les noms des auteurs qui ont collaboré au premier traité collectif russe, son originalité et le riche matériel qu'il contient en font une œuvre précieuse, contemporaine et vivante. La rapidité avec laquelle furent épuisés les 5.000 exemplaires de la « Clinique des maladies de la peau » prouve assez le succès de la collection qui commence et dont la nécessité s'est déjà fait sentir depuis longtemps auprès des dermatologistes russes. Espérons que les volumes qui vont suivre remporteront le même succès et dépasseront encore le premier paru.

BERMANN.

NÉCROLOGIE

Prof. Dr. MAXIMILIANO ABERASTURY

† le 6 Octobre 1931 à Buenos Aires

Le professeur Maximiliano Aberastury, qui vient de mourir à Buenos-Ayres, à l'âge de 65 ans, eut pour maître le professeur Baldomero Sommer, fondateur, en 1892, de la chaire de clinique dermato-syphiligraphique à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires.

Nommé chef de clinique de cette chaire en 1893, le professeur Aberastury y resta dès lors étroitement attaché durant plus de 30 ans. Il y fut successivement professeur agrégé en 1894, professeur extraordinaire en 1907, et professeur titulaire en 1919 à la mort de Sommer. Malheureusement la santé lui fit défaut et il dut, avant la soixantaine, abandonner la chaire, sans avoir pu réaliser le programme de travail qu'il s'était proposé. Le repos prématuré qu'il dut prendre en 1925 et sa récente disparition, furent une perte irréparable pour la science et la dermatologie argentine.

La science médicale sud-américaine doit à Sommer, — élève en son temps, de Hebra et de Kaposi, disciple et ami de Besnier, Fournier, Hallopeau, Darier, etc., — le grand service et l'honneur d'avoir apporté avec lui en Argentine, il y a 40 ans aujourd'hui, le trésor des connaissances dermato-syphiligraphiques alors amassé dans les plus célèbres cliniques d'Europe.

Aberastury, aux côtés de son maître, put ainsi, dès ses débuts, s'imprégner largement de ces connaissances, et grâce à cette circonstance, à une intelligence et des aptitudes particulières, voir surgir en lui une profonde vocation pour la dermatologie.

A partir de ce moment il approfondit et perfectionna les connaissances dermatologiques héritées de son maître et, lui qui n'avait jamais quitté le sol natal, les porta dans son pays à un tel degré d'ampleur et de perfection que, de l'avis unanime des gens qualifiés, son savoir en la matière pouvait se comparer à celui des maîtres étrangers les plus éminents.

Il enrichit la bibliographie scientifique de nombreux travaux traitant de sujets les plus variés, entre autres la lèpre, les sarcomatoses et les blastomycoses cutanées. Il s'occupa de diverses questions sanitaires, et particulièrement de la loi nationale de prophylaxie sur la lèpre, qui fut son œuvre. Il fut, il y a 25 ans, un des fondateurs de la Société Dermatologique Argentine, puis son président durant plusieurs années.

Le professeur Aberastury avait une véritable vocation pour l'enseignement et, tant dans la classe, qu'au sein des sociétés scientifiques, ses exposés étaient écoutés avec respect. Doué d'une parole facile, il savait traduire sa pensée avec une parfaite justesse et avec élégance, aussi bien par la parole que par la plume. Dans la polémique, il était simplement formidable. Travailleur acharné, le trait le plus accusé de sa physionomie spirituelle fut la trempe acérée de son caractère. Son influence dans les milieux scientifiques fut profonde et sa vie demeurera comme un exemple.

PEDRO L. BALIÑA.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LA TUBERCULOSE CUTANÉE (1)



Par

MM. S. NICOLAU et M. BLUMENTAL

(Travail de la Clinique dermato-syphiligraphique de Bucarest, Prof. Dr S. Nicolau).

Les progrès réalisés récemment dans les procédés d'isolement et d'identification des espèces du bacille tuberculeux, ainsi que les faits nouveaux concernant les formes filtrantes du parasite, nous ont incité à reprendre l'étude des tuberculoses cutanées à la lumière des nouveaux moyens d'investigation. Dans ce but, nous avons entrepris des recherches systématiques sur les malades hospitalisés dans notre clinique, par la mise en culture du produit pathologique et par l'inoculation, au cobaye, du même produit pathologique, employé, comparativement à l'état natif ou à l'état de filtrat.

Dans cette communication préliminaire nous nous bornons à rapporter les résultats obtenus dans la tuberculose cutanée proprement dite. Le nombre des cas étudiés a été de 18, parmi lesquels il y avait 8 lupus tuberculeux, 3 tuberculoses verruqueuses, 6 gommes tuberculeuses et 1 ulcère tuberculeux.

Avant de passer à l'exposé des faits, nous voulons donner quelques détails sur la nature des recherches entreprises, ainsi que sur les techniques suivies.

1) *Mise en culture.* — Le matériel pathologique obtenu par ablation ou raclage, réduit en fragments aussi petits que possible, était d'abord soumis à l'action d'une solution d'acide sulfurique à 12 0/0, suivant le procédé de Löwenstein et ensuite ensemencé sur les milieux de Petragnani, de Lubenau et de Petroff (une dizaine de

(1) Mémoire remis à la Rédaction le 10 juin 1931.

tubes, au moins, de chaque). Une partie de ces tubes étaient gardés à 37° et l'autre à 42° (en prévision d'une tuberculose aviaire) et contrôlés pendant une période de 3 à 4 mois.

L'identification des cultures, eu égard au type parasitaire, était faite en prenant pour base la morphologie du parasite, l'aspect des colonies sur les différents milieux, la température optimum de son développement, ainsi que les résultats des inoculations au cobaye, au lapin, à la poule et à la souris.

En cas d'échec de la culture *directe*, nous avons utilisé, en vue de la détermination de l'espèce parasitaire, les ensemencements des produits pathologiques prélevés sur les animaux inoculés.

Inoculations expérimentales. — Parallèlement à la mise en culture, des inoculations ont été pratiquées, dans chaque cas, chez le cobaye, avec la lésion humaine extirpée, ainsi qu'avec son filtrat. Un morceau du produit pathologique (de la grandeur approximative d'un haricot) était inséré, tel quel, sous la peau de l'abdomen, en poche, que nous fermions ensuite par quelques points de suture. Le reste du produit servait à la préparation du filtrat, en observant rigoureusement, dans cette opération, toutes les précautions d'usage. Mélangé à l'eau physiologique et longuement trituré, le produit était ensuite filtré à travers une bougie Chamberland L^3 et inoculé au cobaye, par quantité de 2 à 4 cm^3, par voie soit intrapéritonéale, soit sous-cutanée. Les animaux morts des suites de l'inoculation, ou sacrifiés à des époques variables, étaient soumis à un examen anatomo-pathologique minutieux, tant macroscopique que microscopique (frottis et coupes) avec colorations appropriées.

Voici, en résumé, les protocoles des cas étudiés, classés suivant leur forme clinique.

I. — LUPUS TUBERCULEUX

Observation I. — D. A..., 19 ans. *Lupus tuberculeux végétant du nez.*

Culture. L'ensemencement du produit pathologique a donné, au bout de 4 semaines, sur le milieu de Petragnani seul, des cultures de tuberculose appartenant au *type humain.*

Inoculation de produit pathologique. Le cobaye n° 90, pesant 470 grammes, inoculé sous la peau abdominale en poche, le 12 février 1928, meurt *au bout d'une année,* ayant gagné 100 grammes de poids,

avec des lésions de tuberculose viscérale généralisée. Les frottis du foie, de la rate et des ganglions péri-bronchiques montrent de nombreux acido-résistants. *Il ne s'est pas développé de chancre au point d'inoculation et pas d'adénopathie satellite.*

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 70, pesant 305 grammes, est inoculé le 13 février 1928, dans le péritoine, avec 1 centimètre cube du filtrat du même produit pathologique que le précédent. L'animal gagne le premier mois 130 grammes de poids, ensuite il commence à maigrir et finalement meurt au bout de *4 mois*, ayant perdu 85 grammes par rapport au pesage précédent.

A l'autopsie, on constate un groupe de 5 ganglions péri-bronchiques, gros comme des lentilles et un autre groupe de 5 ganglions mésentériques, ayant les dimensions d'un petit pois, dont 3 caséifiés. Rien dans les autres organes ni macroscopiquement, ni microscopiquement. *Les frottis des ganglions mésentériques, montraient des bacilles acido-résistants,* isolés ou groupés, en nombre assez important.

Observation II. — T. T..., 28 ans. *Lupus tuberculeux ulcéré du nez et de la lèvre.*

Culture. L'ensemencement du produit pathologique a donné, au bout de 2 mois, sur le milieu de Petragnani seul, des cultures de tuberculose que nous avons identifiées comme appartenant au *type humain.*

Inoculation de produit pathologique. Le cobaye n° 44, inoculé en poche, sous la peau abdominale le 14 décembre 1928, est mort au bout de *6 mois*, ayant perdu 100 grammes de poids. *Pas de chancre à l'endroit inoculé.* Dans les régions inguinales, quelques ganglions de la grosseur d'un petit pois, caséifiés, dont les frottis montrent de rares bacilles acido-résistants. Dans le mésentère, quelques ganglions, ayant la grosseur d'un grain de mil, dans lesquels nous ne pûmes mettre de bacilles en évidence. Les autres organes abdominaux et thoraciques, normaux macroscopiquement et microscopiquement. Les frottis négatifs.

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 9, pesant 420 grammes, inoculé sous la peau avec 2 centimètres cubes de filtrat du produit pathologique, se porte bien et gagne constamment en poids. Sacrifié au bout d'une année, on ne constate aucune trace de lésion tuberculeuse. Pas d'adénopathie trachéo-bronchique. Les frottis des organes négatifs. Il n'a pas été fait des passages.

Observation III. — P. S.., 19 ans. *Lupus tuberculeux en placards multiples de la face, du cou et du poignet.*

Culture. L'ensemencement du produit pathologique a donné, au bout d'un mois, sur le milieu de Lubenau, des cultures abondantes de bacilles tuberculeux, que nous avons pu identifier comme appartenant au type *aviaire* (1).

(1) L'observation de ce cas a été publie *in extenso* dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 9, 1929.

Inoculation de matériel pathologique. Le cobaye n° 13, inoculé en poche, sous la peau de l'abdomen, le 22 juillet 1928, meurt au bout d'un mois de maladie intercurrente (ulcération gangréneuse de la peau). A l'autopsie, on ne constate aucune lésion tuberculeuse. *Pas de chancre au point inoculé.* Pas d'adénopathie inguinale.

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 42, pesant 387 grammes, est inoculé le 24 juillet 1928 dans le péritoine avec 3 centimètres cubes de filtrat de produit pathologique. L'animal se porte bien et augmente de poids. Sacrifié au bout de 16 mois, on ne constate aucune trace de tuberculose. Pas d'adénopathie trachéo-bronchique. Les frottis des organes négatifs.

Observation IV. — C. M..., 24 ans. *Lupus myxomateux de l'oreille droite et de la région parotidienne correspondante.*

Culture. L'ensemencement du produit pathologique a donné un résultat *négatif* sur tous les milieux.

Inoculation de matériel pathologique. Le cobaye n° 4, pesant 320 grammes, inoculé le 28 mai 1928, en poche abdominale, meurt ou bout de *6 mois*, ayant gagné 20 grammes de poids. *Pas de chancre d'inoculation.* A l'autopsie, on constate, dans les aines, quelques ganglions de la grosseur d'une lentille, sans caséification. Nombreux tubercules dans le foie et dans la rate. L'ensemencement de ces organes donna des cultures de bacilles appartenant au *type humain.*

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 14 pesant 578 grammes, inoculé le 30 mai 1928 dans le péritoine avec 2 centimètres cubes de filtrat, meurt au bout de 2 mois, ayant perdu 28 grammes de poids, sans lésions tuberculeuses visibles. Légère adénopathie trachéo-bronchique (5 ganglions de la grosseur d'un grain de mil) sans structure tuberculoïde et sans bacilles. Les ensemencements du foie, de la rate et des ganglions sont restés stériles. L'inoculation en série, chez 2 autres cobayes, des ganglions, du foie et de la rate n'a rien donné. Les animaux sont morts de maladies intercurrentes entre 2 mois et 2 mois 1/2.

Observation V. — C. O..., 24 ans. *Lupus proéminent non ulcéré de la joue droite.*

Culture. L'ensemencement du tissu lupique a donné, au bout de trois semaines, tant sur le milieu de Petragnani que sur celui de Lubenau, des cultures de tuberculose de *type humain.*

Inoculation de matériel pathologique. Le cobaye n° 67, pesant 572 grammes, inoculé en poche abdominale le 6 mars 1929, meurt au bout de *5 mois*, ayant perdu 112 grammes de poids. *Pas de chancre d'inoculation.* A l'autopsie, on constate une adénopathie inguinale double, constituée par plusieurs ganglions gros comme des haricots, en partie caséifiés. Nombreux tubercules dans le foie, la rate et le poumon.

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 91, pesant 435 grammes, a été inoculé, à deux reprises, le 22 août 1929 et, une semaine plus tard,

sous la peau avec 3 centimètres cubes de filtrat. Rien au point inoculé ; pas d'adénopathie inguinale. Sacrifié au bout de 16 mois (il avait gagné 215 grammes de poids), on ne constate aucune trace de tuberculose. Pas d'adénopathie trachéo-bronchique. Les frottis des organes, négatifs.

Observation VI. — S. S..., 27 ans. *Lupus proéminent, en partie ulcéré, des joues, du nez et de la lèvre supérieure.*

Culture. L'ensemencement du tissu lupique a donné, au bout de 40 jours, sur le milieu de Petragnani seul, des cultures de tuberculose, appartenant au *type humain*.

Inoculation de matériel pathologique. Le cobaye n° 104, pesant 420 grammes, inoculé le 8 avril 1929, en poche abdominale, meurt au bout de 5 mois, ayant gagné 30 grammes de poids. *Pas de chancre au point inoculé.* A l'autopsie, on constate une tuberculose viscérale généralisée et, en plus, une adénopathie inguinale et trachéo-bronchique, quelques-uns des ganglions étant caséeux.

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 7, pesant 425 grammes, est inoculé le 10 avril 1929 dans le péritoine avec 2 centimètres cubes de filtrat. Il gagne 225 grammes de poids. Sacrifié au bout de 2 ans, on ne constate aucune lésion tuberculeuse. Pas d'adénopathie trachéo-bronchique. Les frottis des organes, négatifs.

Observation VII. — V. C..., 22 ans. *Lupus tuberculeux proéminent, non ulcéré, de la fesse droite.*

Culture. L'ensemencement du tissu lupique a donné, au bout de 40 jours, sur le milieu de Petragnani seul, des cultures bien développées de bacilles tuberculeux de type humain.

Inoculation de produit pathologique. Le cobaye n° 100, pesant 848 grammes, inoculé en poche abdominale le 26 mai 1929, meurt au bout de 8 mois, ayant perdu 200 grammes de poids. *Au point d'inoculation, il s'est développé une ulcération* grosse comme une pièce de 5 francs, contenant des bacilles acido-résistants. Dans les aines, des ganglions gros comme des grains de maïs, caséifiés. Nombreux tubercules dans la rate, le foie et les poumons.

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 38, pesant 520 grammes, est inoculé le 30 mai 1929, dans le péritoine, avec 2 centimètres cubes de filtrat ; sacrifié après 15 mois, époque à laquelle il avant gagné 315 grammes de poids, on ne constate aucune trace de lésion tuberculeuse. Pas d'adénopathie trachéo-bronchique. Les frottis des organes, négatifs.

Observation VIII. — C. P..., 34 ans. *Lupus tuberculeux serpigineux ulcéré du bras et du coude droits.*

Culture. L'ensemencement du tissu lupique a donné, au bout de 3 semaines, sur le milieu de Lubenau seul, des colonies de bacilles tuberculeux de *type humain*.

Inoculation de matériel pathologique. Le cobaye n° 86, pesant 540 grammes, inoculé en poche abdominale, le 29 avril 1929, meurt au bout de 7 mois, ayant perdu 120 grammes de poids. *Au point d'inoculation, il s'est développé une ulcération* grosse comme une pièce de 50 centimes. Dans les aines, des ganglions gros comme des grains de maïs, caséifiés. Le foie, la rate et les poumons, remplis de tubercules.

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 22, pesant 325 grammes, est inoculé, le 30 juin 1929, sous la peau, avec 3 centimètres cubes de filtrat. Sacrifié au bout de 10 mois (époque à laquelle il avait gagné 95 grammes de poids), on ne constate aucune trace de lésion tuberculeuse. Pas d'adénopathie trachéo-bronchique. Les frottis de tous les organes, négatifs.

II. — TUBERCULOSE VERRUQUEUSE

Observation IX. — U. M..., 32 ans. *Tuberculose verruqueuse du pied.*

Culture. L'ensemencement du tissu tuberculeux a donné, sur tous les milieux, un résultat *négatif.*

Inoculation de tissu pathologique. Le cobaye n° 29, pesant 432 grammes, inoculé le 9 juillet 1928, en poche abdominale, est mort au bout de 80 jours, ayant gagné 62 grammes de poids. *Au point d'insertion, il s'est développé un nodule caséifié, qui ne s'est pas ulcéré.* Adénopathie inguinale bilatérale, composée de ganglions gros comme des grains de maïs, durs. Nombreux tubercules dans la rate et le foie. Les cultures pratiquées avec ces deux organes ont donné, au bout de 3 semaines, sur le milieu de Petragnani, des cultures de bacilles tuberculeux de type *humain.*

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 89, pesant 420 grammes, est inoculé le 10 juillet 1928, sous la peau, avec 3 centimètres cubes de filtrat. L'animal se porte bien et gagne pendant une année 230 grammes de poids. Sacrifié à cette époque on ne constate chez lui aucune trace de tuberculose. Pas d'adénopathie trachéo-bronchique. Les frottis des organes, négatifs. Un autre cobaye, inoculé avec les organes du précédent, sacrifié au bout de 6 mois, ne présentait également rien.

Observation X. — A. M.., 29 ans. *Tuberculose verruqueuse du dos de la main.*

Culture. L'ensemencement du tissu pathologique donne, au bout de 22 jours, sur le milieu de Lubenau seul, des cultures de bacilles tuberculeux de *type humain.*

Inoculation de tissu pathologique. Le cobaye n° 5, pesant 446 grammes, inoculé le 19 mars 1929, en poche abdominale, meurt au bout de 2 mois. *Aucune lésion ne s'est développée au point d'inoculation.* A

l'autopsie, on ne constate que des adénopathies multiples : inguinale, abdominale et trachéo-bronchique, à ganglions en partie caséifiés et contenant de nombreux acido-résistants. Foie, rate et poumons d'aspect normal. Les frottis de ces derniers organes, négatifs.

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 4, pesant 325 grammes, est inoculé le 21 mars 1929, dans le péritoine, avec 2 centimètres cubes de filtrat. L'animal meurt au bout de 9 mois, ayant gagné 95 grammes de poids. A l'autopsie, on ne constate qu'une adénopathie péri-bronchique, constituée par 4 ganglions, gros comme des petits pois, dont un caséifié. *Les frottis des ganglions montraient des bacilles acido-résistants*, granuleux, en nombre modéré, réunis parfois par groupes de 3 à 4 individus.

Observation XI. — G. C..., 35 ans. *Tuberculose verruqueuse du dos de la main.*

Culture. L'ensemencement du tissu pathologique a donné un résultat *négatif* sur tous les milieux.

Inoculation de tissu pathologique. Le cobaye n° 131, pesant 345 grammes, inoculé le 1er mars 1930, en poche abdominale, meurt au bout de 2 mois 1/2, ayant perdu 55 grammes de poids. *Aucune lésion ne s'est développée au point d'inoculation.* A l'autopsie, on constate une tuberculose viscérale généralisée et une adénopathie inguinale double, constituée de ganglions, gros comme des petits pois, en partie caséifiés. Les ensemencements des organes de l'animal donnèrent des cultures de bacilles tuberculeux de *type humain.*

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 132, pesant 420 grammes, est inoculé le 2 mars 1930, dans le péritoine. L'animal gagne 180 grammes de poids. Sacrifié au bout de 14 mois, on ne constate aucune trace de tuberculose. Pas d'adénopathie péri-bronchique. Les frottis des organes, négatifs.

III. — GOMMES TUBERCULEUSES

Observation XII. — I. P..., 23 ans. *Gommes tuberculeuses ulcérées des ganglions sous-maxillaires.*

Culture. — L'ensemencement des ganglions extirpés a donné, sur tous les milieux, un résultat *négatif.*

Dans ce cas, il n'a pas été fait d'inoculations avec le produit pathologique natif.

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 88, pesant 320 grammes, est inoculé le 17 juillet 1928, sous la peau, avec 2 centimètres cubes de filtrat. L'animal qui, dans les 3 premiers mois, avait gagné 145 grammes de poids, commence à maigrir et succombe au bout de 5 mois. A l'autopsie, on ne constate aucun signe de tuberculose, sauf une adénopathie inguinale et péri-bronchique. Les frottis des ganglions, négatifs.

Une partie de ces ganglions est inoculée au cobaye n° 76, qui meurt après 4 mois, avec des lésions de pneumonie, sans présenter de lésions tuberculeuses. Le cobaye n° 22, pesant 700 grammes, est inoculé le 17 juillet 1928, sous la peau abdominale, avec *4 centimètres cubes* de filtrat. L'animal meurt au bout de 3 mois, ayant perdu 300 grammes de poids, avec une adénopathie inguinale modérée, sans lésions de tuberculose visibles. Les frottis des organes et des ganglions, négatifs.

Les ganglions inguinaux de ce dernier sont inoculés le 8 octobre 1928, en poche, au cobaye n° 50, pesant 525 grammes. L'animal gagne, dans les 8 premiers mois, environ 400 grammes de poids, puis il commence à maigrir et meurt au bout de 14 mois. L'autopsie montre une *tuberculose viscérale généralisée* avec adénopathie trachéo-bronchique et inguinale. Les frottis des organes montrent des bacilles acido-résistants longs et granulés.

Observation XIII. — T. M.... *Tuberculose ostéo-gommeuse en foyers multiples.*

Culture. L'ensemencement du pus extrait par ponction donna, au bout de 3 semaines, sur le milieu de Petragnani seul, des cultures de bacilles tuberculeux, que nous pûmes identifier comme appartenant au *type aviaire* (1).

Inoculation de produit pathologique. Le cobaye n° 20, pesant 620 grammes, inoculé le 23 juin 1929, sous la peau, avec 1 centimètre cube de pus gommeux, meurt au bout de 3 mois 1/2, ayant perdu 120 grammes de poids, avec des lésions de tuberculose viscérale. Au point d'inoculation il s'est développé une ulcération, grosse comme une pièce de 50 centimes, accompagnée d'adénite inguinale caséifiée.

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 21, pesant 350 grammes, et le cobaye n° 71, pesant 380 grammes, inoculés dans le péritoine avec 2 centimètres cubes de filtrat, succombèrent, le premier au bout de 2 mois 1/2, ayant perdu 60 grammes de poids, et le second au bout de 8 mois, sans présenter ni l'un ni l'autre aucune trace de tuberculose. Pas d'adénopathie péri-bronchique. Les frottis des organes, négatifs.

Observation XIV. — F. B..., 25 ans. *Gommes tuberculeuses ulcérées de la face. Abcès froid de la fesse.*

Culture. L'ensemencement du pus extrait par ponction de l'abcès froid, sans avoir été traité à l'acide sulfurique suivant le procédé de Löwenstein, est resté *négatif* sur tous les milieux.

Inoculation de produit pathologique. Le cobaye n° 10, pesant 322 grammes, inoculé le 14 février 1930, sous la peau abdominale, avec 1 centimètre cube de pus de l'abcès froid, meurt au bout de 2 mois,

(1) L'observation de ce cas se trouve publiée *in extenso* dans les comptes rendus du congrès de Copenhague de 1931.

ayant perdu 52 grammes de poids. *Il ne s'est pas développé de chancre au point d'inoculation.* A l'autopsie, on constate de nombreux tubercules dans la rate, le foie et les poumons. L'ensemencement de ces organes donne des bacilles tuberculeux de *type humain.*

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 11, pesant 400 grammes, est inoculé le 16 février 1930, sous la peau, avec 2 centimètres cubes de filtrat. Sacrifié au bout de 5 mois, il ne présentait aucune trace de tuberculose. Pas d'adénopathie péri-bronchique. Les frottis, négatifs. Le cobaye n° 12, pesant 250 grammes, est inoculé, le même jour, dans le péritoine, avec 2 centimètres cubes de filtrat. L'animal gagne 100 grammes de poids. Sacrifié après 11 mois, il ne présentait également rien de suspect. Frottis, négatifs.

Observation XV. — I. Gh..., 17 ans. *Gommes tuberculeuses ulcérées multiples.*

Culture. L'ensemencement du produit pathologique, obtenu par râclage profond de la lésion, sur les milieux de Petragnani et de Lubenau, est resté *négatif* (comme dans le cas précédent, le produit n'avait pas été traité à l'acide sulfurique).

Inoculation de produit pathologique. Le cobaye n° 26, pesant 325 grammes, inoculé le 19 mars 1930, en poche abdominale, meurt au bout de 7 mois, ayant gagné 25 grammes de poids. *Pas d'ulcération au point d'inoculation.* Adénopathie inguinale double, à ganglions caséifiés. Nombreux tubercules dans le foie, la rate et les poumons. L'ensemencement, pratiqué avec ces organes, suivant la méthode de Löwenstein, a donné des cultures de tuberculose de *type humain.*

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 1, pesant 280 grammes, est inoculé le 20 mars 1930, sous la peau, avec 2 centimètres cubes de filtrat. Pendant 8 mois il gagne 120 grammes de poids. Sacrifié ensuite, on ne constate aucune trace de tuberculose. Pas d'adénopathie péri-bronchique. Les frottis des organes, négatifs.

Observation XVI. — M. J..., 29 ans. *Gommes tuberculeuses disséminées.*

Culture. L'ensemencement du pus des gommes (sans homogénéisation préalable) est resté *négatif.*

Inoculation de produit pathologique. Le cobaye n° 38, pesant 330 grammes, inoculé le 13 juin 1930, en poche sous-cutanée, avec 1 centimètre cube de pus gommeux, meurt au bout de 2 mois, ayant perdu 30 grammes de poids. *Aucune lésion ne s'est développée au point d'inoculation.* Dans les aines, quelques ganglions, gros comme des lentilles, sans lésion. Les poumons, mais surtout la rate et le foie, présentent de nombreux tubercules. On constate, en plus, quelques ganglions abdominaux ayant la grosseur d'un haricot. L'ensemencement des organes, suivant le procédé de Löwenstein, donna des cultures de tuberculose de *type humain.*

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 42, pesant 325 grammes, est inoculé le 15 juin 1930, sous la peau, avec 2 centimètres cubes de filtrat de pus gommeux. Il gagne en 4 mois 125 grammes de poids. Sacrifié le 13 octobre 1930, on ne constate aucune trace de tuberculose. Pas d'adénopathie trachéo-bronchique. Les frottis des organes, négatifs.

Observation XVII. — T. V..., 42 ans. *Gommes tuberculeuses multiples avec lymphangite tuberculeuse, de la cuisse.*

Culture. L'ensemencement du produit de râclage des parois des gommes, suivant le procédé de Löwenstein, donna, au bout d'un mois, sur les milieux de Petragnani et de Lubenau, des cultures riches de tuberculose de *type humain*. *Inoculation de produit pathologique.* Le cobaye n° 46, pesant 750 grammes, inoculé le 6 octobre 1928, en poche, sous la peau abdominale, meurt au bout d'un mois et demi, ayant perdu 233 grammes de poids. *Aucune lésion ne s'est développée au point d'inoculation.* Adénopathie inguinale double, peu prononcée. A l'autopsie, on constate une tuberculose viscérale généralisée.

Inoculation de filtrat. Le cobaye n° 83, pesant 360 grammes, est inoculé le 8 octobre 1928, dans le péritoine, avec 1 centimètre cube de filtrat. L'animal meurt au bout de 3 mois, ayant perdu 75 grammes de son poids. A l'autopsie, tous les organes d'aspect normal. On ne constate qu'un groupe de 5 ganglions péri-bronchiques, gros comme des grains de maïs ; un de ces ganglions est ramolli et contient un pus crémeux. *Les frottis de ces ganglions montrent des bacilles acido-résistants,* longs, quelques-uns d'entre eux granuleux. Les frottis des organes, négatifs.

Observation XVIII. — P. P... *Ulcération tuberculeuse de la région vulvo-vaginale avec œdème des lèvres.*

Culture. L'ensemencement du produit pathologique, suivant le procédé de Löwenstein, est resté *négatif.*

Inoculation de produit pathologique. Le cobaye n° 150, pesant 280 grammes, inoculé le 24 avril 1930, en poche, meurt au bout d'un mois, ayant perdu 60 grammes de son poids. Au point d'inoculation, il s'était développé un nodule fluctuant, gros comme une noisette, contenant un pus crémeux avec bacilles. Légère adénopathie inguinale. A l'autopsie, on constate quelques rares tubercules dans la rate et le foie. L'ensemencement de ces organes montre qu'il s'agissait de tuberculose, de *type humain.*

De ce cas, il n'a pas été fait d'inoculation avec filtrat.

Conclusions. — Les résultats de nos recherches peuvent se résumer de la façon suivante :

1) *Cultures.* — L'ensemencement du produit pathologique, provenant de formes différentes de tuberculose cutanée proprement

dite, pratiqué suivant la méthode de Löwenstein, nous a permis de cultiver le bacille tuberculeux, 10 fois sur les 18 cas examinés, soit un pourcentage de 55,5 o/o.

Les résultats les plus constants furent obtenus dans le lupus tuberculeux, qui nous donna 6 cultures positives sur les 8 cas examinés ; tout de suite après, se classe la tuberculose verruqueuse, avec 2 cas positifs sur 3 et, en troisième ligne, les gommes tuberculeuses, qui ne donnèrent que 3 résultats positifs sur 7. Il est juste de remarquer que, contrairement aux deux premières catégories de faits, où les cultures furent toujours pratiquées suivant la méthode de Löwenstein, dans les gommes ce procédé ne fut utilisé que dans 4 cas et c'est précisément parmi ces derniers que se trouvaient les 3 cas positifs.

Dans les 8 cas où l'ensemencement du matériel humain est resté sans résultat, les cultures furent quand même obtenues, en utilisant les produits pathologiques d'inoculation expérimentale.

Au cours de nos recherches, nous nous sommes convaincus de l'excellence du procédé de Löwenstein, qui constitue, sans conteste, à l'heure actuelle, le moyen le plus sûr pour l'isolement direct du bacille tuberculeux des lésions cutanées. L'emploi de l'acide sulfurique, qui est à la base de ce procédé, et dont le rôle est des plus précieux pour la stérilisation des germes d'infections secondaires, si fréquents dans ces lésions, loin d'entraver la végétation du bacille tuberculeux, donne parfois l'impression qu'il la favorise (1). Ce procédé est donc à employer non seulement dans les lésions ouvertes, mais aussi dans celles fermées.

Parmi les milieux nutritifs employés, c'est celui de Petragnani qui se montra le plus favorable pour la primo-culture du bacille tuberculeux. Ce milieu présente, en outre, sur celui de Lubenau, l'avantage qu'il s'infecte plus rarement que lui. Le milieu de Petroff nous a semblé le moins avantageux pour ce genre de recherches.

Relativement au type parasitaire, dans les 10 cas où nous pûmes obtenir des cultures directement des lésions humaines, nous avons isolé 8 fois le type humain et 2 fois le type aviaire. Si nous ajoutons à cela les autres 8 cas, où la nature du parasite put être précisé,

(1) Dans un cas de gomme tuberculeuse l'ensemencement du pus natif resta sans résultat, tandis que celui du même pus, traité à l'acide sulfurique, donna des cultures abondantes.

indirectement, par la culture des lésions expérimentales provoquées chez le cobaye, nous avons une proportion de 15 cas de tuberculose humaine, pour 2 cas de tuberculose aviaire.

2) *Inoculations expérimentales avec le produit pathologique natif.* — Les inoculations, pratiquées chez le cobaye par insertion, en poche, sous la peau abdominale, d'un fragment frais de tissu pathologique, ont provoqué, 16 fois sur 17 expériences, la mort de l'animal par tuberculisation : 2 fois après 1 mois 1/2 ; 6 fois entre 2 mois et 3 mois 1/2 ; 3 fois après 5 mois ; 2 fois après 6 mois ; 3 fois entre 7 et 8 mois et 1 fois après 1 année. Dans 14 cas, il s'agissait de *tuberculose viscérale généralisée* (tubercules plus ou moins nombreux dans le foie, la rate et parfois dans les poumons) et 2 fois de *tuberculose ganglionnaire multiple* (inguinale, abdominale et trachéo-bronchique, sans lésions des viscères (obs. II et X).

Une particularité, qui mérite d'être signalée, est *l'absence, dans la majorité de nos cas, de toute réaction au niveau du point d'inoculation.* En effet, sur les 17 cas inoculés, nous n'avons observé que 3 fois seulement (obs. VII, VIII et XIII) le développement d'un chancre bacillaire, et 2 fois (obs. IX et XVIII) la formation, *in situ*, d'un nodule caséifié, qui ne s'ulcéra pas. Signalons encore que l'adénopathie inguinale n'était présente que dans 13 cas sur 17. — Ces particularités éloignent un peu les résultats de nos recherches de ce qu'on observe chez le cobaye, à la suite d'inoculations de produits doués d'une virulence particulière, tels que crachats, viscères tuberculeux, etc., où, suivant les données classiques, le chancre d'inoculation, ainsi que l'adénopathie satellite ne manquent pour ainsi dire jamais.

Etant démontré, aujourd'hui, que l'accident initial est fonction de la virulence et de la richesse en parasites du produit inoculé (Denys), on est conduit à conclure que les manifestations cutanées de la tuberculose sont des lésions pauvrement parasitées et de virulence en quelque sorte atténuée. Aussi, à l'inoculation, les rares germes qu'elles contiennent peuvent franchir les premières voies de pénétration, sans engendrer à leur niveau des réactions anatomo-pathologiques visibles.

3) *Inoculation de filtrat.* — L'inoculation des filtrats, préparés avec les lésions de 17 de nos malades, resta, 13 fois, sans effet, chez le cobaye. Les animaux continuaient à se bien porter et la

plupart gagnèrent progressivement de 100 à 200 grammes de poids. Sacrifiés à des époques variant entre 4 mois et 2 ans, ils ne présentaient aucune trace de tuberculose viscérale ou d'adénopathie trachéo-bronchique. Les frottis des organes étaient toujours négatifs (1). Nous tenons à signaler, à part, le cas d'un de ces animaux, ne présentant, pour toute lésion, qu'une adénopathie inguinale modérée, sans structure tuberculoïde et sans bacilles dans les frottis (obs. XII), mais dont les ganglions inoculés, en poche, chez un second cobaye, déterminèrent la mort de ce dernier, au bout de 14 mois, par tuberculose viscérale généralisée.

Dans 3 cas seulement (obs. I, X et XVII), *l'inoculation du filtrat nous donna des résultats positifs*, dès la première inoculation. Les animaux injectés maigrirent et finirent par succomber au bout de 4 à 14 mois. La seule lésion constatée à l'autopsie, fut, chez tous, une hypertrophie des ganglions péribronchiques, quelques-uns d'entre eux présentant des signes de caséification. *Les frottis des ganglions en question montraient la présence de bacilles acido-résistants, parfois d'apparence granuleuse*. Les autres organes ne présentaient aucune lésion ni macroscopique, ni microscopique.

Il ressort de ces expériences que dans la tuberculose cutanée, proprement dite, à côté de la forme classique du bacille tuberculeux, déterminant régulièrement, chez le cobaye, une tuberculose viscérale nodulaire (le plus souvent sans chancre), il existe également, parfois, des formes filtrables du parasite, capables d'engendrer, chez le même animal, dès la première inoculation, une adénopathie trachéo-bronchique, avec présence de bacilles dans les ganglions et formation de caséum.

De ce dernier point de vue, nos constatations s'écartent un peu de ce qu'on observe, d'habitude, à la suite de l'inoculation de l'ultra-virus tuberculeux d'autres provenances, où, la formation de caséum est un phénomène plutôt rare et n'apparaît généralement qu'après un certain nombre de passages.

(1) Pour des motifs d'ordre matériel, il ne nous a pas été toujours possible de pratiquer des passages en série, ainsi qu'il eût été désirable. Aussi la plupart des résultats que nous donnons se rapportent à une première inoculation.

SUR LE PHÉNOMÈNE DE KŒBNER DANS LE PSORIASIS (1)

(PSORIASIS FACTICE)

Par le Prof. Enzo BIZZOZERO
Clinique dermosyphilopathique de la R. Université de Turin.
Directeur : Prof. Enzo Bizzozero.

Il est connu que, sur la peau en apparence normale d'un sujet atteint de psoriasis en période évolutive, si l'on vient à faire agir des excitants déterminés, physiques, chimiques, mais surtout mécaniques, il se forme fréquemment dans la zone correspondante une efflorescence psoriasique. Ce phénomène, connu sous le nom de phénomène de Kœbner, a été l'objet de recherches de la part de nombreux auteurs (Nielsen, Kaposi, Bettmann, Hoffmann), et d'une manière plus particulière de Lipschütz et, tout récemment, de Levi.

Les conclusions auxquelles est parvenu Lipschütz peuvent se résumer ainsi : le psoriasis factice :

1° Atteint son plus grand développement lorsque la couche papillaire est lésée ; il est de degré moyen si la couche malpighienne seule est entamée ; il manque au contraire si la lésion est limitée à la couche cornée ;

2° Il peut se produire indifféremment, soit sur le tronc, soit sur les extrémités ;

3° Il fait défaut dans les régions qui ont été préalablement traitées par la chrysarobine et par l'acide pyrogallique ;

4° Il n'est pas exclusivement limité aux cas dans lesquels la maladie se trouve dans une période éruptive, mais il peut être provo-

(1) Traduit de l'italien par le docteur Belgodere, membre correspondant de la Société italienne de Dermatologie et de Syphiligraphie.

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 6. JUIN 1932.

qué même sur des patients qui présentent seulement quelques taches isolées ;

5° Il commence à devenir évident à 8 ou 10 jours de distance du trauma et recouvre exactement et exclusivement les excoriations qui lui ont donné naissance.

Ces constatations ont suggéré à Lipschütz une théorie sur l'étiopathogénie du psoriasis. Faisant ressortir l'analogie entre le phénomène du psoriasis factice et celui que, par le même mécanisme, on provoque à volonté chez les animaux atteints de maladies à virus dermotrope (épithélioma contagieux des pigeons, variole), Lipschütz en déduit que le psoriasis est une maladie infectieuse dont les manifestations cutanées représentent la conséquence de la projection cutanée du virus dermotrope qui se trouve à l'état latent dans l'organisme.

Levi a étudié le phénomène sur 25 patients, et, si d'un côté il a confirmé les constatations de Lipschütz, il y a d'autre part ajouté de nouvelles observations, qui lui ont permis de tirer d'intéressantes déductions sur l'étiopathogénie du psoriasis.

Pareillement à des auteurs précédents, il a constaté que le psoriasis factice se manifeste avec une fréquence plus grande, mais non exclusive, pendant la période éruptive, et qu'il dépend, en premier lieu de la qualité de l'excitant que l'on fait agir sur la peau.

Parmi les divers excitants, les irritations mécaniques sont les plus actives et celles-ci produisent le phénomène d'autant plus facilement qu'elles agissent plus profondément au sein du derme.

Dans l'apparition du phénomène, on n'observe pas, au dire de l'auteur, des différences régionales, c'est-à-dire que celui-ci peut avoir lieu dans une zone cutanée quelconque, même dans celles qui normalement sont épargnées par le psoriasis. En outre l'auteur rapporte, à la fin de son travail, qu'il a réussi à reproduire des lésions psoriasiques même dans des zones centrales récemment guéries de taches psoriasiques progressant à la périphérie. Levi a encore fait cette intéressante constatation, que le phénomène, tandis qu'il se manifeste dans une zone cutanée déterminée après une excitation irritante, peut faire défaut dans une autre zone sur laquelle on aurait appliqué des compresses imbibées d'une solution d'adrénaline à 1 o/oo. De ces faits, l'auteur déduit que les altérations épidermiques qui se manifestent dans la papule de psoriasis dépendent d'une lésion primitive des capillaires.

Certaines observations que j'avais faites accidentellement sur cet intéressant phénomène m'ont amené à poursuivre les recherches, non seulement dans le but d'en pénétrer plus intimement la nature et d'en mieux connaître les modalités, mais encore pour l'étudier au point de vue des phénomènes d'immunité locale, tels qu'ils nous sont révélés, chez certains sujets, par la guérison spontanée de lésions à progression centrifuge, pareillement à ce que l'on observe dans la syphilis, dans la tuberculose et dans la lèpre.

Avant tout, je me suis demandé : l'apparition du phénomène de Kœbner est-elle liée exclusivement à une lésion du corps papillaire, ou bien peut-elle être déterminée également par des lésions qui intéressent seulement les couches sous-jacentes du derme ?

A ce point de vue, Levi affirme « que l'excitation mécanique produit le phénomène de Kœbner d'autant plus facilement que celle-ci agit plus profondément dans le derme » et plus loin : « il n'est pas exclu que la manifestation du phénomène de Kœbner soit liée non pas seulement à la qualité et à l'intensité de l'excitant, mais aussi à l'action que ce même excitant développe sur les différentes couches cutanées : c'est-à-dire qu'il serait nécessaire pour que le phénomène irritatif isomorphe se manifeste, que l'excitant que l'on fait agir sur la peau lèse avec une intensité suffisante telle couche déterminée de la peau de manière à en altérer les fonctions normales. Si, à quelqu'un de ces excitants, vient à faire défaut la faculté de frapper avec une intensité suffisante telle couche déterminée de la peau, alors le phénomène irritatif isomorphe, ne peut avoir lieu ; il est très probable que le phénomène de Kœbner est sous la dépendance de l'action que l'excitant exerce sur les vaisseaux papillaires ».

Si cependant nous analysons une à une les différentes expériences rapportées par l'auteur, on ne trouve pas cette concordance de faits qui autoriserait de telles conclusions. En effet, si le cas XIII est probant, le II et le VIII le sont beaucoup moins, puisque l'auteur écrit que les efflorescences se sont produites, *selon toute probabilité*, sur les points où l'excitation a été plus profonde, et le V et le I enfin, vont à l'encontre de l'affirmation ci-dessus citée par ce fait que dans le cinquième, le phénomène s'est produit au niveau de scarifications superficielles, et dans le premier, d'autre part, il s'est produit là où la couche papillaire avait été lésée superficiellement, et, au contraire, a fait défaut sur des excoriations *assez profondes*.

Considérant la question comme non résolue, j'ai exécuté diverses expériences.

Chez un sujet chez lequel le phénomène était très accentué, j'ai enfoncé sur de nombreux points à travers toute l'épaisseur de la peau, une grosse aiguille de seringue, en lui imprimant une direction presque parallèle à la surface de manière à léser sur un trajet aussi long que possible, toutes les couches du derme. Il se produisit, après le délai habituel, de typiques macules psoriasiques, grandes comme une tête d'épingle, arrondies, avec signe d'Auspitz positif, *situées exactement et exclusivement aux points correspondants aux orifices d'entrée*, autrement dit, uniquement sur les points où la couche papillaire avait été lésée. Sur tout le reste du trajet de l'aiguille, la peau ne montra pas la plus petite altération.

Pour mieux encore m'assurer de la chose, je modifiai l'expérience en ajoutant au traumatisme produit par la pénétration de l'aiguille l'action chimique exercée par une suspension très fine de feuilles d'eucalyptus injectée simultanément dans les couches superficielles du derme, et cela dans le but de favoriser autant que possible, par la sommation des excitants, l'éruption, *sur le trajet de l'aiguille*, des lésions psoriasiques, qui avait fait défaut dans les expériences précédentes.

Sur 8 patients avec signe de Kœbner positif, il y eut, chez 6, formation de papules de couleur cyanotique, sans aucune altération épidermique, qui se résolurent spontanément et lentement, sans jamais assumer un aspect, qui, même de loin, s'approchât de celui des lésions de psoriasis. D'autre part, l'examen histologique a démontré que, si superficielle qu'ait été l'injection, les signes inflammatoires provoqués épargnaient la couche papillaire. Seules deux injections exécutées sur 2 patients donnèrent un résultat positif.

Mais l'importance de la lésion du corps papillaire pour l'apparition du psoriasis factice, a été encore plus évidemment démontrée par l'expérience suivante :

Chez un sujet avec un psoriasis en pleine période éruptive et avec un signe de Kœbner, intensivement positif, je fis avec la même technique quatre injections sur l'abdomen. Les résultats furent complètement concordants : sur chacun des quatre points, il se forma, par action de la suspension d'eucalyptus, un nodule inflammatoire arrondi, grand comme une lentille, érythémateux, légèrement infil-

tré, qui peu à peu se résorba sans jamais présenter la plus petite altération épidermique, tandis que, au niveau des orifices d'entrée de l'aiguille, se formèrent des papulettes typiques de psoriasis, arrondies, avec signe d'Auspitz positif, en tous points analogues à celles de l'expérience précédente (Fig. 1).

A peu de chose près, j'ai fait les mêmes constatations, bien qu'à un degré moins accentué, en employant comme excitant les applications de neige carbonique. Celles-ci furent exécutées sur 7 patients, quelques-unes avec une pression légère et répétée avec un intervalle de quelques jours sur le même point, dans le but d'exciter seulement la couche papillaire et les couches sous-jacentes les plus superficielles, d'autres, au contraire, prolongées et avec une pression plus forte pour léser gravement le corps papillaire et faire parvenir l'excitation intense jusqu'aux couches les plus profondes du derme.

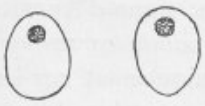


fig: 1

Chez trois patients réfractaires au psoriasis factice, le résultat fut nul ; chez deux autres se formèrent des plaques typiques de psoriasis par les deux procédés, chez deux enfin, les plaques de psoriasis furent provoquées par le premier procédé et non par le deuxième. A leur tour donc ces deux dernières observations démontrent que les excitations portées sur le corps papillaire sont celles qui donnent lieu de préférence au psoriasis factice.

Toutes ces séries d'expériences concordent donc pour démontrer que, *pour qu'une lésion de psoriasis factice se produise, il est nécessaire que l'excitation, qu'elle soit mécanique, chimique ou physique, agisse sur la couche papillaire : si au contraire cette action se manifeste seulement sur les couches sous-jacentes au derme, l'effet est ordinairement nul.*

*
* *

Quant à ce qui concerne l'évolution du phénomène, je n'entrerai pas dans les détails puisque cette évolution a été décrite avec beaucoup de soin par les auteurs précédents. Lorsque le Kœbner est positif, les lésions psoriasiques emploient pour se produire, une période qui varie de 8 à 18 jours, rarement davantage.

Ce que j'ai remarqué d'intéressant, c'est que le phénomène de Kœb-

ner se manifeste dans une mesure qui peut varier beaucoup d'un cas à l'autre. Dans certains cas et principalement dans ceux dont l'évolution est en période d'extension, l'excoriation se fait rapidement érythémateuse, légèrement surélevée, se recouvre de squames parakératosiques, et dans l'espace de 8 à 9 jours, se transforme par toute sa longueur en une lésion psoriasique typique qui tend à s'étendre rapidement en surface. D'autres fois, la formation de la lésion psoriasique s'effectue bien sur toute la longueur de l'excoriation, mais d'une manière moins tumultueuse : c'est-à-dire que la lésion emploie un temps plus long pour acquérir les caractères de l'efflorescence psoriasique, et montre une tendance beaucoup moins accentuée à l'extension. Dans d'autres cas au contraire la transformation ne s'observe pas sur toute la longueur de l'excoriation, mais seulement sur quelques points de son trajet sous la forme d'une ou plusieurs papulettes minuscules, lesquelles apparaissent cependant après un petit nombre de jours disposées sur une ligne et séparées entre elles par de petits intervalles de peau normale. Quelquefois aussi (chez 4 patients), le phénomène se développe dans une mesure encore plus limitée, à savoir, sur une sorte de quadrillage constitué par deux séries d'excoriations perpendiculaires entre elles, les lésions psoriasiques punctiformes apparaissent seulement au nombre de 1, 2, 3 et de préférence sur les points où ces excoriations linéaires se rencontrent à angle droit. Sur deux patients aussi, je constatai un fait curieux : chez l'un, entre l'éruption des lésions discrètes d'un quadrillage, et l'éruption de lésions égales d'un autre quadrillage situé à distance du premier, il s'écoula un intervalle de 9 jours ; et chez deux autres patients, des intervalles respectifs de 4 et de 8 jours furent constatés aussi dans l'apparition des lésions du même quadrillage, à une distance de quelques millimètres les unes des autres.

Il en résulte donc *que les lésions du psoriasis factice n'apparaissent pas toujours chez le même individu avec une égale période d'incubation : celle-ci peut varier de plusieurs jours non seulement entre des zones distantes entre elles, mais encore sur la surface d'une zone très limitée.*

J'insisterai pour terminer sur un fait dont je n'ai trouvé aucune trace dans la littérature et qui mérite d'être particulièrement mis en relief.

Chez 4 patients, les excoriations, au lieu de passer à la résolution ou de se transformer en placards psoriasiques, allèrent, dans les jours consécutifs, en s'entourant d'une bordure hyperhémique plus ou moins accentuée, de tonalité égale à celle des lésions psoriasiques, légèrement infiltrée, avec tendance à la desquamation, mais sans signe d'Auspitz ou bien avec un signe douteux, de telle manière que l'ensemble donnait l'impression que la lésion évoluait vers la tache psoriasique typique. Mais, au contraire, parvenues à ce point, les lésions commencèrent à régresser et à disparaître, respectivement à une distance de 12, 15, 21, 30 jours de l'excoriation, tandis que l'éruption se conservait inaltérée.

Cette lésion si particulière, qui possède seulement en partie les caractères de la lésion psoriasique et ne peut pas par conséquent être identifiée avec elle, doit être interprétée, à mon avis, comme une tentative à moitié manquée de la peau pour réagir au traumatisme avec le phénomène de Kœbner et par conséquent peut être considérée comme un *psoriasis factice abortif ;*

Pour me résumer, les excoriations exécutées sur la peau psoriasique peuvent évoluer selon les diverses éventualités suivantes :

1° *Se transformer sur toute leur longueur en lésions de psoriasis typiques, lesquelles, dans les formes de psoriasis en voie d'extension, se développent d'une manière particulièrement rapide et ont une tendance marquée à s'étendre en surface ;*

2° *Devenir simplement le siège de rares et minimes lésions psoriasiques, par exemple, de 1 ou 2, sur 8 ou 10 excoriations longues de 1 centimètre, qui apparaissent parfois successivement, avec des intervalles de plusieurs jours l'une de l'autre ;*

3° *Se transformer en totalité en traînées érythémateuses légèrement saillantes et légèrement desquamantes, qui ont une certaine ressemblance avec les lésions du psoriasis, mais sans signe d'Auspitz ou avec un signe douteux, et qui se résolvent spontanément dans un espace de 12 à 20 jours. Ce phénomène peut être appelé « psoriasis factice abortif » ;*

4° *Se réparer dans l'espace de peu de jours, comme celles qui sont exécutées sur la peau normale.*

Or, si l'on confronte un par un ces divers degrés de psoriasis factice avec le stade dans lequel se trouve l'éruption psoriasique au moment de la provocation, on constate qu'il existe entre eux un

certain rapport. Et en effet, *la première modalité du phénomène de Kœbner est liée aux poussées aiguës étendues de psoriasis ; mais au fur et à mesure que le psoriasis tend vers sa période d'état, le phénomène de Kœbner va en s'atténuant graduellement, jusqu'à ce que l'on arrive au psoriasis en période stationnaire dans lequel, habituellement (mais non toujours) le phénomène de Kœbner ne se produit plus.*

*
* *

Lipschütz, Levi, ont constaté qu'il n'existe pas de différences appréciables dans le comportement des diverses régions du corps au point de vue du psoriasis factice. Mes observations confirment seulement en partie cette constatation.

Sur 12 patients, chez lesquels je pratiquai sur chaque zone 4 excoriations, j'ai trouvé chez cinq le signe de Kœbner négatif ; chez cinq sur lesquels l'éruption était en état de développement, les lésions de psoriasis se développèrent dans toutes les régions (chez deux de ces patients, chez lesquels l'éruption se trouvait dans une période d'extension très accentuée les lésions apparurent même dans la région en avant du tragus, qui, comme on le sait, est rarement atteinte par le psoriasis.

Chez les deux au contraire dont l'éruption était depuis assez longtemps stationnaire, il y eut chez l'un (A) : apparition du psoriasis factice à la région inguinale et sacrée, sous une forme très discrète, absence à l'avant-bras et à la jambe. Chez l'autre (B) : apparition aux cuisses et aux bras, également sous forme discrète et absence à l'abdomen, sur la surface latéro-externe de la main et à la région rétro-auriculaire.

Que cette propriété du psoriasis factice d'apparaître, selon les cas, sur toutes les régions dans lesquelles il a été provoqué, ou bien de se limiter seulement à certaines d'entre elles, soit en rapport avec la période d'extension ou bien de stationnement de l'éruption, comme il résulte des recherches présentes, cela m'a été confirmé par l'observation du cas suscité (A), lequel, soumis quatre mois plus tard à la même expérience, pendant une poussée psoriasique très aiguë, se comporta d'une manière différente en ce que les lésions de psoriasis factice apparurent luxuriantes, *indistincte-*

ment sur toutes les régions, y compris la jambe sur laquelle, dans l'expérience précédente, le phénomène de Kœbner ne s'était pas produit.

Rassemblant donc les résultats de mes observations, on peut en déduire que, *ordinairement, on ne constate pas de différences régionales à l'égard du phénomène de Kœbner, quand l'éruption de psoriasis est diffuse et plus encore lorsqu'elle est en période d'extension.*

Quand au contraire la maladie est peu étendue et traverse une période stationnaire, le psoriasis factice peut se manifester dans certaines régions et non dans d'autres.

*
* *

Pour étudier le phénomène de Kœbner, par rapport à l'immunité locale, grâce à laquelle, chez certains sujets, les lésions psoriasiques ont une tendance marquée à guérir au centre et à progresser d'une manière centrifuge, j'ai exécuté des expériences sur 8 patients atteints de psoriasis annulaire et circiné, pratiquant dans le même temps 3 ou 4 excoriations sur la peau apparemment normale et sur la zone délimitée par le cercle psoriasique. Mes résultats s'écartent de ceux de Levi, auxquels j'ai déjà fait allusion au début de ce travail.

Et en effet, l'auteur rapporte, sans spécifier le nombre des expériences et sans entrer dans des détails, qu'il a réussi à reproduire des lésions de psoriasis même sur les zones centrales récemment guéries de taches psoriasiques progressant à la périphérie. Moi, au contraire, j'ai fait les constatations suivantes :

Chez deux patients, les excoriations guérirent dans l'espace de très peu de jours, dans les deux zones, sans donner lieu à l'éruption du psoriasis factice.

Chez cinq patients, il se produisit, à l'intérieur du cercle, une rapide réparation des excoriations, tandis que, sur la peau normale voisine celles-ci se transformèrent en infiltrats légers, mais évidents, légèrement saillants, érythémateux, recouverts de fines squames, sans signe d'Auspitz, ou avec Auspitz douteux, qui disparurent spontanément dans l'espace de 12 à 20 jours, tandis que les lésions spontanées persistaient (formes abortives).

Chez deux autres patients dont un atteint d'un psoriasis arthro-

pathique étendu, figuré et ostréacé, les excoriations exécutées à l'intérieur du cercle psoriasique disparurent rapidement dans l'espace de peu de jours, sans laisser de traces, pendant que celles qui étaient situées sur la peau normale voisine, se transformèrent dans le délai habituel, en plaques psoriasiques typiques recouvertes d'une épaisse couche de squames.

Dans une troisième expérience, exécutée plus tard sur un autre cercle du même sujet atteint de psoriasis arthropatique, je constatai que les excoriations situées sur la peau normale (fig. 2 *a*) se transformèrent rapidement (8 jours en tout) en taches psoriasiques identiques aux taches apparues spontanément ; celles qui étaient situées à l'intérieur du cercle, mais voisines de la bordure psoriasique, *b*) où la résolution était relativement récente, employèrent une période plus longue (12 jours) pour subir la même transformation et environ 18 jours pour atteindre les dimensions des lésions précédentes ; celles enfin situées au centre, *c*) du cercle où la résolution était plus ancienne après 18 jours seulement donnèrent naissance à trois très petites papulettes psoriasiques, alors que de toutes les excoriations toute trace avait disparu depuis déjà de nombreux jours.

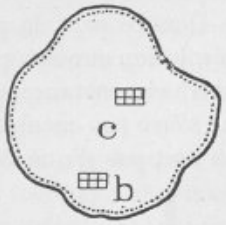


fig: 2

De cette série d'expériences, il est permis de conclure :

1° *Que dans la zone sur laquelle les efflorescences psoriasiques se sont spontanément résolues (zone d'immunité locale), il existe ordinairement un état réfractaire au phénomène de Kœbner, total ou partiel, qui se révèle respectivement par l'impossibilité de provoquer des lésions de psoriasis factice, ou par l'apparition de rares et petites lésions après une période d'incubation notablement plus longue comparativement à la peau normale adjacente* ;

2° *L'apparition de l'état réfractaire au signe de Kœbner ne coincide pas nécessairement avec la résolution spontanée des efflorescences, mais peut suivre à un intervalle plus ou moins long et s'établir progressivement au centre de la zone guérie vers la périphérie.*

J'ai dit « peut suivre » parce que, dans un cas de psoriasis à

petits anneaux dans la zone centrale l'épreuve du signe de Kœbner fut négative bien que la résolution de la lésion fut de date récente.

La seconde conclusion explique la différence entre mes constatations et celles de Levi, lequel a retrouvé le signe de Kœbner dans des zones centrales *récemment guéries* de plaques psoriasiques progressant à la périphérie. Probablement, sur ces zones, l'état réfractaire au signe de Kœbner n'avait pas encore eu le temps de se manifester.

D'autre part, la présence du signe de Kœbner dans la zone de résolution sur des plaques psoriasiques peut se vérifier dans une autre circonstance, c'est-à-dire quand l'état réfractaire, au lieu de ne s'être pas encore établi, est déjà disparu. Que l'état réfractaire ne soit pas d'une durée indéfinie, cela peut se déduire, par analogie, de l'existence d'anneaux de psoriasis centrés d'une lésion psoriasique récidivante, mais encore des expériences suivantes que j'ai exécutées chez un individu, qui, à côté de lésions psoriasiques diffuses sur tout le corps, présentait de nombreuses taches pigmentaires, résidu d'une éruption ancienne. Parmi ces dernières, il en était plus d'une qui était recouverte, sur une portion plus ou moins étendue, d'efflorescences de psoriasis, surgies depuis peu, et dont plus d'une s'arrêtait nettement à la limite des taches pigmentées elles-mêmes, donnant l'impression que celles-ci constituaient plus que la peau normale, une zone de prédilection pour les récidives. Or, à ma grande surprise, je constatai que l'évolution des excoriations comprenant chacune une certaine étendue de tache pigmentée et de peau normale adjacente, n'était pas uniforme : sur deux excoriations, je remarquai l'arrêt du psoriasis factice sur la peau normale aux confins de la zone pigmentée (fait constaté par moi chez un autre patient) (fig. 3 *a*) ; chez la majorité de ceux-ci je ne constatai aucune différence entre le psoriasis factice des deux zones ; (*b*) ; même sur quatre excoriations le psoriasis factice, bien développé sur la zone pigmentée, s'arrêta nettement aux limites de la

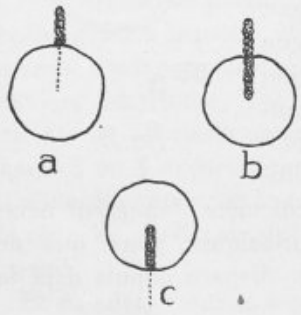


fig: 3

peau normale (*c*) ce qui signifie disparition de l'état réfractaire dans la zone qui avait été précédemment le siège de l'éruption et la persistance de celui-ci sur la peau normale adjacente. Chez un dernier patient enfin, je constatai l'absence de psoriasis factice sur la plaque pigmentée, et présence du psoriasis abortif sur la peau normale.

Les résultats obtenus nous disent que les *taches pigmentées, résidus de lésions psoriasiques, souvent sont plus ou moins réfractaires au phénomène de Kœbner; cet état réfractaire cependant n'a pas une durée illimitée, ce qui fait que ces taches peuvent acquérir de nouveau la faculté de réagir aux excitations par l'apparition de psoriasis factice, dans la même mesure que la peau normale adjacente, et même, quoique dans des cas plutôt rares, lorsque, dans cette dernière, le Kœbner est négatif.*

Cette éventualité s'étant vérifiée chez le malade sur lequel l'immunité locale s'était en grande partie évanouie (comme l'attestaient les nombreuses récidives sur les taches pigmentées), *le rapport étroit qui intervient entre l'immunité locale et le signe de Kœbner reste ainsi confirmé.*

*
* *

La constatation de ces cas d'état réfractaire vis-à-vis du psoriasis factice, si fréquent dans les zones guéries, qui pourrait être considéré comme l'expression d'un état immunitaire à l'égard de l'agent inconnu du psoriasis, m'a engagé à rechercher si ladite zone réagit aussi aux excitations de diverses natures d'une manière différente de celle de la peau normale adjacente.

Dans ce but, j'ai fait des expériences avec la chrysarobine, la tuberculine, des staphylocoques vivants, du vaccin staphylococcique, des extraits de peau psoriasique et des suspensions très fines de feuilles d'eucalyptus, et avec des substances pharmacodynamiques. Chez deux malades à la suite d'applications de chrysarobine à 10 o/o j'ai vu apparaître l'érythème sur la peau saine tandis que la zone renfermée dans le cercle psoriasique en était complètement épargnée. Les expériences avec la *tuberculine*, exécutées au moyen de l'*Impfbohrer* de von Pirquet, chez 9 malades (4 réactions pour chacun), ont donné des résultats concordants (sauf dans un cas pour lequel les diverses épreuves ont abouti à des résultats incertains),

c'est-à-dire que, chez tous, les réactions sur la peau normale ont été plus intenses que celles qui sont apparues dans la zone comprise dans l'intérieur des cercles. La différence d'intensité varia d'un cas à l'autre : le plus souvent, la papule, sur la peau normale, outre un volume supérieur (4 fois), présentait une coloration plus intense, était entourée d'un halo érythémateux qui faisait défaut ou était beaucoup plus limité dans l'autre zone, et avait une durée plus grande. Plus rarement (3 cas), la différence a été moins nette, et s'est réduite à la présence, dans la première zone, d'un halo érythémateux, absent dans la deuxième.

Pour étudier le comportement des deux zones vis-à-vis des *staphylocoques*, je me suis servi de vieilles cultures, repiquées à maintes reprises, qui, diluées, étaient injectées sous l'épiderme à la dose de 0,05 centicubes. Injectées sur quatre malades en divers points, elles ont provoqué la formation de papules sans aucune tendance à la suppuration, qui chez un malade, ne montraient pas de différences appréciables dans les deux zones, tandis que chez trois autres ces papules présentaient, sur la peau normale, des dimensions supérieures (chez deux malades à un degré prononcé) à celles des papules des aires de résolution.

Des résultats identiques furent consignés chez quatre sujets avec le *vaccin staphylococcique*.

Pareillement, une réaction plus intense sur la peau normale se vérifia chez trois sujets avec l'injection de *feuilles d'eucalyptus*. Les *extraits de peau psoriasique*, obtenus par la fine trituration d'un fragment de plaque dans la solution physiologique et centrifugation consécutive après addition préalable d'acide phénique dans la proportion de 0,05 o/o contrairement à ce qui a été rapporté ailleurs, ne donnèrent que de faibles réactions.

En contradiction avec les résultats de ces expériences sont ceux que nous avons obtenus avec les *épreuves pharmacodynamiques locales*, provoquées comme d'habitude au moyen de l'*Impfbohrer*. Chez huit patients examinés, la réaction à l'adrénaline fut identique dans les deux zones ; avec la morphine, chez cinq, elle fut également identique ; chez un, elle fut plus faible ; chez deux un peu plus forte sur la peau normale.

Ces expériences confirment l'absence de parallélisme entre les réactions allergiques et les réactions pharmacodynamiques. Ce paral-

lélisme, affirmé par Müller, par Nasso, a été cité par Holzer et Schilling et récemment encore dans ma clinique, pour la lèpre, par Ferrari, lequel explique cette discordance par le fait que les substances en question exercent leur action électivement sur les vaisseaux, tandis que les antigènes toxiniques et bacillaires ont une action beaucoup plus complexe dépendant aussi de la réactivité histiogène particulière.

On peut donc conclure que *les zones de résolution des plaques psoriasiques sont habituellement le siège, non pas seulement d'une hypo-anergie vis-à-vis du phénomène de Kœbner mais encore d'une hypo-anergie vis-à-vis des différents excitants, qu'ils soient de nature physique, antigénique, bactérienne ou chimique.*

*
* *

Arrivé à ce point de mes recherches, il m'est apparu qu'il ne serait pas sans intérêt de les étendre à l'ourlet pseudo-atrophique qu'il n'est pas rare de voir entourer les plaques de psoriasis et qui dans la règle est épargné dans l'érythème chrysarobinique. Et ces recherches apparaissaient, *a priori*, d'autant plus dignes d'être entreprises que Woronoff, qui a fait de cet ourlet l'objet d'une étude approfondie au point de vue clinique et histologique, a mis en évidence que cet ourlet constitue un obstacle à l'extension du processus psoriasique, grâce à un état d'immunité, cependant incomplet, l'auteur ayant réussi *quelques fois*, à provoquer dans cette zone des efflorescences de psoriasis avec de légères irritations.

Les excoriations que j'ai exécutées sur six patients (1) ont donné les résultats suivants : chez un patient, quatre excoriations exécutées sur l'ourlet ont donné un Kœbner négatif, alors que des cinq sur peau normale, quatre ont donné un Kœbner positif. Chez

(1) La différence entre les réactions de l'ourlet en question et celles de la peau normale semblent apparaître particulièrement évidentes lorsque l'on choisit, pour faire les excoriations, la zone où se superposent les ourlets de deux placards voisins, où, par conséquent, les altérations anatomiques sont plus accentuées.

Il est même recommandable d'effectuer les excoriations dans la région périphérique de l'ourlet pseudo-atrophique, pour éviter que l'érythème inflammatoire consécutif vienne confluer avec celui de la plaque psoriasique et qu'ainsi soit masquée l'évolution de l'excoriation.

les cinq autres patients, on obtint la formation de lésions psoriasiques même dans la zone de l'ourlet, mais beaucoup moins développée que sur la peau normale et sur une proportion inférieure d'excoriations. Donc, *anergie chez le premier malade* vis-à-vis du signe de Kœbner, *hypoergie chez les autres*. Digne de remarque est encore ce fait que les caractères inflammatoires, qui succèdent immédiatement à l'excoriation à *l'intérieur de l'ourlet*, sont toujours moins accentués et se résolvent plus rapidement, et la chute des croûtes hématiques précède de quelques jours la chute sur la peau normale.

Cette tendance moindre à l'inflammation, déjà révélée par l'absence d'érythème chrysarobinique, m'a été pleinement confirmée par les expériences avec la tuberculine et avec les staphylocoques.

Avec la *tuberculine*, sur six sujets, il y eut cinq fois une réaction nettement inférieure sur l'ourlet, d'une manière particulièrement accentuée dans deux cas. Chez un des sujets on observa des différences sensibles.

Je constatai une différence semblable chez deux patients, dans les réactions provoquées par les *staphylocoques*, appliqués sur une solution de continuité épidermique par l'*Impfbohrer*.

Pour résumer, *sur l'ourlet pseudo-atrophique il existe une hypoergie, plus rarement une anergie, en rapport avec le phénomène de Kœbner, à laquelle s'associe une tendance à l'inflammation en général nettement inférieure à celle qui s'observe sur la peau normale adjacente.*

Comme on le voit, il existe une étroite affinité, à ce point de vue, entre la zone qui est le siège de la guérison spontanée des taches psoriasiques et l'ourlet pseudo-atrophique : on ne peut relever qu'une différence à savoir une anergie presque constante sur la première en rapport au psoriasis factice et sur la seconde, dans la majorité des cas seulement, une hypoergie.

Or, la présence et l'absence du signe de Kœbner doivent-elles être considérées comme la conséquence directe, respectivement, soit d'une augmentation, soit d'une absence de disposition à l'inflammation, ou bien ces deux phénomènes doivent-ils être considérés jusqu'à un certain point, comme indépendants ? Levi, faisant un rapprochement entre le phénomène en question et celui qui est connu sous le nom de « effet irritatif isomorphe de Krei-

bich » qui consiste dans la reproduction chez les eczémateux, dans le pemphigus, chez les porteurs d'érythème noueux, de typiques lésions élémentaires de leurs dermatoses respectives au moyen d'excitations externes, fait ressortir avec juste raison (comme l'avait déjà fait Lipschütz) comme une différence essentielle, le fait que, alors que dans ces maladies les lésions surgissent avec leurs caractères typiques au bout d'un intervalle de quelques minutes après le trauma, ou tout au plus de quelques heures, les lésions du psoriasis factice ont une période d'incubation de plusieurs jours.

L'auteur invoque le même argument pour distinguer nettement le phénomène de Kœbner, de la réaction angioneurotique immédiate, particulièrement intense lorsque ce phénomène offre une évolution positive.

Pour en revenir à nos cas personnels, certainement, si on confronte les modifications que subissent les excoriations situées respectivement en dedans (A) et en dehors (B) des cercles de psoriasis, on remarque que la réaction inflammatoire immédiate en (B) est ordinairement supérieure à celle de (A), ce qui démontre la disposition à l'inflammation différente dans les deux zones ; mais au bout de 6 à 10 jours, c'est-à-dire lorsque la réaction inflammatoire est presque disparue, dans les cas où le Kœbner est positif, les lésions (B) se font apparentes, s'étendent plus ou moins en surface et acquièrent le caractère de l'efflorescence psoriasique, tandis que les lésions (A) disparaissent sans laisser de traces.

Mais la distinction entre les deux phénomènes apparaît avec plus d'évidence encore dans ces cas, rares il est vrai, où le psoriasis factice surgit 15 jours ou un mois après l'excoriation, alors que toute trace inflammatoire consécutive au trauma est effacée depuis longtemps.

Ces observations démontrent donc que le phénomène de Kœbuer doit être considéré, non comme une expression particulière d'une disposition plus grande ou plus faible à l'inflammation, mais du point de vue pathogénétique, comme un phénomène propre, qui peut se superposer à l'inflammation provoquée par le trauma, mais aussi bien en être séparé par une période de latence plus ou moins longue. Ce phénomène peut être considéré comme une réaction allergique à l'égard d'un agent X qui pourrait même être un germe : la zone guérie qui ne réagit pas au trauma par un psoriasis factice

se trouve dans un état d'anergie qui pourrait même s'appeler d'immunité vis-à-vis de cet agent inconnu.

La coexistence, révélée par mes expériences, dans la zone de résolution spontanée des lésions, de cette hypo-anergie spécifique à l'égard du phénomène de Kœbner et de la diminution de la disposition à l'inflammation vis-à-vis d'excitants disparates (staphylocoques vivants, tuberculine, suspension d'eucalyptus, vaccin staphylococcique) rentre dans le chapitre de l'allergie qui a trait à l'influence que les processus immunbiologiques exercent sur l'inflammation produite par d'autres causes tout à fait aspécifiques (voir les recherches de Kauffmann sur la cytologie du liquide de bulle dans les diverses périodes de la pneumonie et d'autres infections, de Auer sur l'inflammation par badigeonnage de xylol sur l'oreille du lapin en état de sensibilisation).

A peu de chose près, les mêmes considérations peuvent être appliquées à propos de l'ourlet pseudo-atrophique, qui lui aussi, bien qu'à un degré moindre, se trouve souvent dans un état d'hypoergie, plus rarement d'anergie, soit au point de vue du signe de Kœbner soit au point de vue des autres excitants aspécifiques.

Ces oscillations de l'état allergique au niveau de l'ourlet sont certainement en rapport avec l'âge de la tache psoriasique, avec la tendance plus grande ou plus faible de celle-ci à s'étendre, et, en correspondance, avec le degré plus ou moins accentué de pseudo-atrophie atteint par l'ourlet lui-même : en effet, des plaques en voie d'extension, qui sont dépourvues d'ourlet, on arrive graduellement à celles qui sont en période d'état dans lesquelles l'ourlet est le plus nettement évident et encore, chez le même sujet, selon le siège, il est plus ou moins apparent ; il l'est habituellement d'une manière toute particulière chez les femmes, à la région pectorale.

Les résultats de mes recherches viennent donc à l'appui de la conclusion tirée par Woronoff, selon laquelle l'ourlet est déterminé par un processus réactif de la zone qui entoure la plaque et s'oppose à son expansion.

Cet ourlet, selon Woronoff, représente une zone d'immunité, qui, bien qu'incomplète, explique les formes en corymbe du psoriasis, dans lesquelles, entre la plaque centrale et les périphériques plus petites, s'interpose une zone régulière, en forme d'anneau, complètement épargnée (Kagelmann).

L'existence de cette zone d'immunité, de degré plus ou moins élevé (toujours en ce qui concerne le signe de Kœbner) qui entoure parfois les lésions psoriasiques et qui correspond à celle qui existe autour de l'efflorescence centrale dans les syphilodermes en corymbe, pourrait être invoquée par les partisans de la théorie parasitaire du psoriasis en faveur de leur thèse.

Mais un rapport d'affinité encore plus étroit entre le psoriasis et les dermatoses parasitaires, nous est révélé par la confrontation entre les résultats que j'ai consignés et ceux auxquels sont parvenus Epstein et Grünmandel dans la trichophytie superficielle.

Ces auteurs ont analysé les phénomènes immunitaires locaux dans la trichophytie superficielle spontanée et expérimentale pendant et après le décours de l'infection, pratiquant des super-réinfections avec des cultures de Trychophyton et d'Achorion sur des scarifications comprenant les plaques trichophytiques et la peau normale adjacente. Leurs expériences ont démontré que la réinfection épargne, non seulement la zone correspondant à la plaque *guérie*, ou *en voie de guérison*, mais encore une zone large de 2 à 20 millimètres qui l'entoure (Freie Zone).

Cette zone réfractaire, au contraire, n'existe pas sur la plaque *en voie d'accroissement*, ou depuis peu de temps *en voie de régression*; cependant, dans ces cas, au niveau de celle-ci, comme aussi au niveau de la plaque, la réinfection suscite une réaction précoce érythémateuse, analogue à celle de la trychophytine, qui a un décours plus rapide, avec une note inflammatoire atténuée.

Les auteurs interprètent la zone réfractaire comme l'expression d'une immunité locale et la considèrent comme le principal facteur de la guérison spontanée des placards de trychophytie.

Si l'on juxtapose ces constatations à celles que j'ai obtenues dans le psoriasis, l'affinité qui existe entre elles éclate avec évidence. Et en effet :

1° A l'état réfractaire aux inoculations de Trichophyton des placards de trichophytie *guérie* ou *en voie de guérison*, correspond dans le psoriasis l'état réfractaire au phénomène de Kœbner *de la zone guérie des placards*.

2° Aussi bien dans la trichophytie que dans le psoriasis, il existe un rapport étroit entre l'apparition de la zone d'immunité complète ou partielle qui délimite la plaque et le stade d'évolution où elle se

trouve : dans les deux cas, cette zone manque autour des placards en voie d'expansion. On la rencontre au contraire, dans la trichophytie, exclusivement autour des plaques guéries ou en voie de guérison et de même, dans le psoriasis, seulement autour des plaques qui ont cessé de s'étendre, et qui, par conséquent, sont parvenues au terme de leur période d'évolution ascendante.

3° Dans les deux maladies, l'ourlet en question est le siège de processus immunitaires qui, cependant, dans le psoriasis, atteignent rarement un degré aussi élevé que celui qu'on observe habituellement dans la trichophytie, si nous nous en rapportons aux constatations de Epstein et de Grünmandel.

Ce n'est certainement pas mon intention de m'engager dans l'épineuse question de l'étiologie du psoriasis, récemment débattue par Levi et encore bien loin d'être résolue, et encore bien moins de prendre parti pour une thèse plutôt que pour une autre, mais on ne peut pas ne pas reconnaître que les résultats de mes expériences viennent à l'appui de la théorie parasitaire.

Et en effet, comment pourrait-on concevoir qu'un trouble d'ordre général, comme une diathèse, une endocrinopathie, puisse, *par elle seule*, donner lieu à une lésion aussi circonscrite, qui suppose, pour pouvoir se former, une lésion d'une couche aussi limitée du derme (couche papillaire), sans faire intervenir le concours d'un facteur strictement local, qui pourrait être un parasite ?

Et la nécessité d'un facteur local pour l'apparition de la lésion psoriasique apparaît encore plus évidente si nous considérons deux cas dans lesquels sur 8 ou 9 excoriations identiques entre elles, tracées toutes à la même profondeur dans le derme, il se développe seulement 1 ou 2 efflorescences psoriasiques.

Comment pourrait-on concilier de pareilles constatations avec l'hypothèse que le psoriasis serait simplement la conséquence d'une diathèse, de troubles endocrines, alors que ceux-ci devraient évidemment manifester leur influence sur la peau d'une manière diffuse et uniforme ?

Et encore, puisque les phénomènes d'immunité qui se développent à l'intérieur et autour de la plaque de trichophytie sont déterminés par l'activité du parasite, il n'est pas illogique de supposer qu'à des causes analogues doivent être attribués les phénomènes,

très similaires, qui se développent à l'intérieur et autour de la plaque psoriasique.

D'autre part, considérant le problème à un point de vue plus général, on ne peut nier que cette notable oscillation de l'état allergique de la peau du psoriasique selon les zones éprouvées et le stade de la maladie rappellent de près les alternatives d'état réfractaire et de réceptivité de la peau des syphilitiques vis-à-vis de la superinfection.

La bibliographie sur cette question a été réunie dans le travail de Levi : « Phénomènes de Kœbner et pathogénie du psoriasis ». *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXII, fasc. 3, p. 669, 1931.

ÉTUDES DES RÉACTIONS DE FLOCULATIONS

VARIATION DES RÉACTIONS DE MEINICKE EN FONCTION DU P_H

Par

M. L. CHEVREL-BODIN
Chef du Laboratoire municipal de bactériologie de Rennes.

et

M. CORMIER

La réaction d'opacification mise au point par Meinicke en 1917 et qui a conquis à juste titre la faveur des sérologistes, se recommande par sa simplicité et par sa haute valeur spécifique. Il est intéressant de constater cependant que son auteur a été conduit à y introduire des modifications qui la rendent plus sensible et plus nuancée : la réaction d'opacification a cédé le pas à la réaction d'éclaircissement.

Plusieurs raisons paraissent avoir inspiré cette évolution. La première, tient à la difficulté de lecture de la réaction d'opacification. Le trouble de la réaction n'est pas toujours facile à saisir à l'œil nu, particulièrement dans les réactions faibles. Il devient même impossible de l'apprécier dans le cas de sérums opalescents, et la précision, la sensibilité de la réaction subissent de cet inconvénient un préjudice plus ou moins grave. Nous rappellerons que divers auteurs se sont attachés à vaincre cette difficulté de lecture. Le Chuiton a proposé de diluer les sérums en expérience avec des sérums négatifs. Borowskaja ajoute à l'antigène de Meinicke une substance colorante, l'azur Victoria. Alvarez Sainz de Aza et Nicolas Calvin, employant le même antigène coloré, recommandent de faire, après centrifugation, plusieurs lectures successives. L'un de nous, avec le professeur Bodin, a montré comment il est aisé d'apprécier l'opacification par néphélémétrie. Pour cette mesure, divers appareils peuvent être utilisés, mais nous nous servons avec prédilection du photomètre V. B. Y. qui s'applique parfaitement bien à la lecture de la réaction d'opacification et qui nous donne d'excellents résultats.

ANN. DE DERMAT. — VII[e] SÉRIE. T. III. N° 6. JUIN 1932.

De son côté, Meinicke a résolu indirectement ce délicat problème en s'attachant à évaluer non plus l'opacification, mais l'éclaircissement produit par le dépôt du floculum. Il apprécie cet éclaircissement un peu grossièrement, oserons-nous dire, en regardant au travers du tube réaction les barreaux d'une fenêtre. Cette technique ne diffère en rien de celle qu'il avait préconisée pour la lecture de la réaction d'opacification. Elle est donc susceptible des mêmes critiques car il ne paraît pas beaucoup plus aisé d'apprécier un éclaircissement qu'une opacification, surtout dans les cas limites.

De ce fait, la réaction d'éclaircissement ne constituerait pas un progrès évident sur la réaction d'opacification.

Bien plus importante et plus intéressante est la seconde raison qui a déterminé Meinicke à adopter la *klarung-reaktion*. Le souci de sensibiliser la réaction d'opacification a conduit son auteur à utiliser un antigène dans la préparation duquel entrent des doses croissantes de carbonate de sodium. « L'addition des doses croissantes de carbonate de sodium, dit-il, affaiblit toujours davantage l'intensité de la réaction et permet ainsi un travail quantitatif ». L'expérience montre, en effet, que l'addition de doses croissantes de CO^3Na^2 à un sérum syphilitique dans la réaction de Meinicke détermine une floculation de moins en moins intense et qu'à partir d'un certain taux, le carbonate de sodium empêche même toute floculation. Ces concentrations progressives en carbonate de sodium permettent donc une sorte de dosage du pouvoir floculant d'un sérum donné.

La courbe de floculation en fonction du CO^3Na^2 est la suivante :

L'examen de cette courbe présente un grand intérêt. On voit que le maximum de floculation se produit avec le premier antigène de Meinicke contenant 0,01 de CO^3Na^2. La floculation décroît ensuite très rapidement puisque l'addition à un sérum positif de 0,04 de CO^3Na^2 l'annihile complètement. Cette courbe de floculation se caractérise donc par un fléchissement rapide. Elle montre d'une façon évidente que si la solution adoptée par Meinicke pour sensibiliser sa réaction constitue

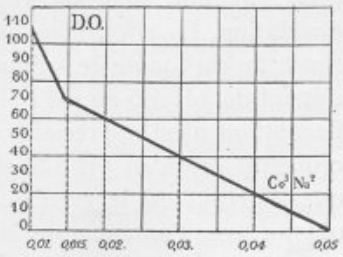


Fig. 1.

un réel progrès, elle ne donne pas une parfaite satisfaction, parce que, la courbe de floculation étant très courte, il y a lieu de douter, *a priori*, qu'elle s'adapte exactement à toute la gamme des points de floculation d'un sérum donné. Les recherches que nous avons entreprises et dont nous donnerons ci-dessous les résultats montrent en effet que la klarung-reaction est une réaction intense, mais qu'elle manque de souplesse et que sa valeur quantitative est relativement faible.

Les études de contrôle que nous avons entreprises pour vérifier l'action du carbonate de sodium nous ont, tout d'abord, amenés à étudier les modifications de la réaction suivant le pH. La mesure du pH a été faite par la méthode colorimétrique sur le

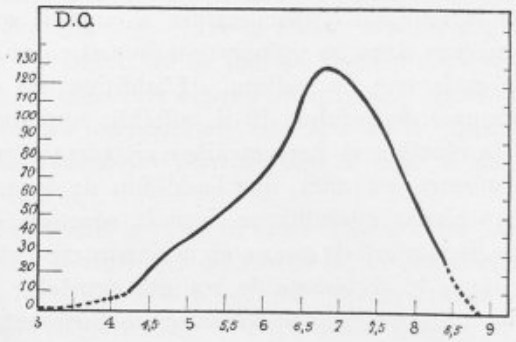


Fig. 2.

mélange : antigène + sérum. Car il y avait lieu de penser que cette fonction joue un rôle plus ou moins important dans la floculation. En effet, nous avons pu vérifier que la réaction en présence du carbonate de sodium n'est possible que dans une zone qui s'étend du pH 4,5 au pH limite 8,6. Au-dessous du pH 4,5, aucune floculation n'est appréciable. A partir de 4,5, le trouble obtenu va croissant jusqu'au pH 6,8 où il atteint son plus haut degré. Notons que le pH 6,8 est légèrement plus acide que le pH de la réaction obtenu avec l'antigène de Meinicke. Il nous a donné d'une façon constante une floculation plus intense d'une vingtaine d'unités appréciées au photomètre V. B. Y. Au-dessus de 6,8 la floculation décroît progressivement et rapidement; si l'on dépasse le pH 8,6, il ne se produit plus de réaction.

La courbe de la floculation en fonction du pH est donc bien celle ci-dessus (fig. 2) :

L'étude des variations de la floculation en fonction du pH nous a conduit, à penser que la floculation varie, non pas en raison de la concentration de l'électrolyte qui entre dans la composition de l'antigène, mais bien en raison de sa dissociation. Si, en effet, on utilise au lieu du carbonate de sodium, un électrolyte tel que le carbonate d'ammonium, on s'aperçoit que la même dose d'électrolyte (0,05) qui dans le cas du carbonate de sodium annihile la floculation, la laisse possible s'il s'agit du carbonate d'ammonium.

C'est que, en ajoutant à l'antigène de Meinicke des doses progressives de carbonate d'ammonium, on obtient des variations de pH presque insensibles et très nuancées, s'adaptant à une gamme

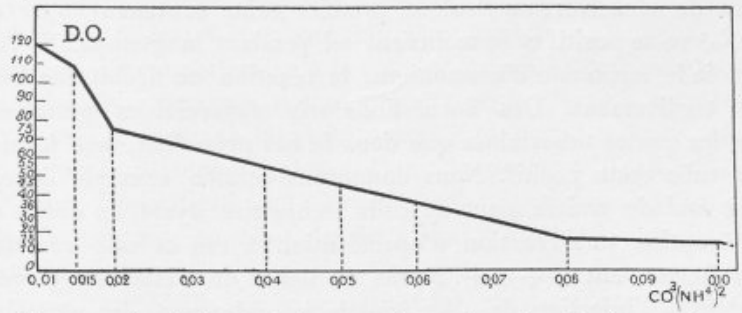


Fig. 3. — Courbe de floculation en présence du carbonate d'ammonium.

de floculation extrêmement allongée. Tandis que l'addition d'une petite dose de CO^3Na^2 fait varier brusquement le pH de plusieurs centièmes et détermine une alcalinité incompatible avec toute réaction de floculation, l'addition de la même dose de carbonate d'ammonium entraîne une insensible variation de l'alcalinité qui permet d'apprécier une intensité proportionnelle du pouvoir floculant. La dissociation du carbonate d'ammonium libérantune base faible permet de saisir des points de floculation que le carbonate de sodium n'est pas susceptible d'apprécier. Cette propriété du carbonate d'ammonium est particulièrement intéressante pour des réactions faiblement positives. Elle peut donner également la possibilité de suivre les modifications de la floculation sous l'influence du traitement, avantage sur lequel il est inutile d'insister longuement.

La courbe ci-dessus (fig. 3) résume clairement notre argumentation.

Dans la pratique de la réaction d'éclaircissement, le carbonate d'ammonium déterminant des pH moins alcalins que le CO^3Na^2 donne de meilleurs résultats, car, l'opacification étant plus intense dans une zone plus acide, le précipité est plus abondant et l'éclaircissement plus visible.

Cet électrolyte permet d'obtenir des réactions encore fortement positives alors que le CO^3Na^2 ne donne déjà plus de floculation que dans les deux premiers tubes, c'est-à-dire une réaction d'éclaircissement ++———.

Au cours du traitement, la réaction d'éclaircissement au carbonate de sodium baisse assez rapidement. Dans les tubes-réactions correspondant aux concentrations de 0,015, 0,02, 0,04 de CO^3Na^2, la floculation ne se produit plus lorsque le malade a reçu quelques doses de néosalvarsan. Seul, le premier tube contenant 0,01 de CO^3Na^2 reste positif et se maintient tel pendant longtemps. Si l'on emploie le carbonate d'ammonium, la réaction ne fléchit que bien plus tardivement. Des floculations très appréciables persistent dans les quatre tubes alors que dans le cas précédent, seul le premier tube reste positif. Nous donnerons comme exemple le cas d'une malade traitée pour syphilis secondaire ayant au début de son éruption une réaction d'opacification à 124 et une réaction d'éclaircissement ++++. Après un début de traitement correspondant à l'injection de 1 gr. 90 de néosalvarsan, les réactions humorales sont devenues les suivantes :

Meinicke opacification	100
Meinicke éclaircissement au CO^3Na^2	+———
Meinicke éclaircissement au carbonate d'ammonium	++++
Réaction de fixation (Calmette-Massol). . .	++++

On voit donc que la substitution du $CO^3(NH^4)^2$ au CO^3Na^2 est particulièrement intéressante dans le cas de malades traités et pour lesquels on désire apprécier, en suivant la courbe de floculation, les modifications humorales consécutives au traitement.

Si le carbonate d'ammonium donne de meilleurs résultats dans cette réaction d'éclaircissement, c'est qu'il détermine, comme nous l'avons dit, un pH moins alcalin que le carbonate de sodium. Si l'on veut bien se reporter à la courbe de floculation suivant le pH, on verra que la zone la plus intéressante est comprise entre 6,8 et

7,3 et que l'on doit se maintenir dans cette zone pour obtenir les réactions les plus intenses. Pour la même raison, l'antigène de Meinicke le plus sensible est précisément le moins alcalin, celui qui contient 0,01 de CO^3Na^2. C'est en effet cet antigène qui donne les meilleurs résultats.

***

La réaction d'éclaircissement de Meinicke modifiée par l'emploi du carbonate d'ammonium nous apparaît donc comme une réaction d'une grande précision et d'une parfaite sensibilité. Toutefois, elle est passible de quelques reproches. Elle est lente. Sa lecture impose un délai de 24 heures. Elle nécessite une certaine quantité de sérum dont on ne peut toujours disposer. Nous verrons enfin que sa spécificité n'est pas toujours irréprochable. Pour toutes ces raisons, nos préférences restent nettement à la réaction primitive de Meinicke, à la réaction d'opacification. A tout prendre, cette réaction, correctement appréciée dans son intensité, possède la même valeur quantitative que la *klarung-reaktïon*. Dans la réaction d'éclaircissement, plus l'opacification du premier tube (antigène à 0,01 de CO^3Na^2) est intense au bout de deux heures et plus la floculation s'étend loin.

Il nous a été facile, en superposant les résultats des réactions d'opacification au CO^3Na^2 et d'éclaircissement au carbonate d'ammonium, d'établir un rapport de proportionnalité entre l'opacité obtenue avec l'antigène à 0,01 modifié ainsi que nous le dirons ci-dessous et la limite de la floculation.

Ainsi, à une opacification de densité optique de 100 et au-dessus correspond une réaction d'éclaircissement : ++++.
A une opacification de 80 à 100 correspond un M. K. R. +++—;
A une opacification de 50 à 60 correspond un M. K R. ++——;
A une opacification de 25 à 50 correspond un M. K. R. +———.

Nous avons encore l'avantage de saisir au photomètre des opacifications de 15 à 25 centièmes indiquant des réactions positives alors que l'éclaircissement n'est plus appréciable.

Cherchant à obtenir le maximum d'opacification, nous faisons la réaction avec un antigène un peu plus acide que celui de Meinicke. La technique employée par nous est celle de Meinicke, mais au lieu

d'utiliser l'eau carbonatée sodique simple, nous y ajoutons de l'acide chlorhydrique dans des proportions suivantes :

Eau chlorurée sodique à 3 o/o . .	100 cm³
CO^3Na^2 à 1 o/o.	1 cm³
HCl N/10.	1 cm³

Le pH de cet antigène est aux environs de 6, tandis que celui de l'antigène de Meinicke est aux environs de 7,25 (1). La réaction d'opacification faite dans ces conditions nous a donné des résultats parallèles à ceux de la réaction de fixation (technique de Calmette-Massol).

Dans certains cas, notamment chez les filles publiques, chez des femmes ayant fait de nombreuses fausses couches ou accouchées de fœtus morts et macérés, elle nous a donné des résultats plus sensibles. L'un de nous a, d'ailleurs, signalé précédemment cette supériorité de la réaction de Meinicke.

Comparée à la réaction d'éclaircissement, la réaction d'opacification fournit des résultats équivalents sinon meilleurs. Nous devons signaler que la réaction d'éclaircissement nous a donné un pourcentage de 10 o/o de réactions positives en dehors de toute syphilis (2).

Dans la syphilis confirmée, les deux réactions marchent parallèlement mais les résultats de l'opacification sont supérieurs à ceux de l'éclaircissement, surtout dans la syphilis primaire. Dans plusieurs cas de chancres vérifiés à l'ultra-microscope, nous avons obtenu au 20e jour un Meinicke-opacification de densité optique de 100 alors que la réaction d'éclaircissement positive avec l'antigène à 0,01 de CO^3Na^2 était négative avec les autres antigènes, soit +———. Et ceci est compréhensible, car, au début de l'infection syphilitique, il est permis de penser que le pouvoir floculant étant faible, on n'obtiendra pas de réaction en dehors de la zone de pH optimum.

A de telles qualités de précision et de spécificité la réaction d'opacification joint les avantages d'une technique simple, rapide, exigeant peu de sérum. Si l'on veut bien admettre l'indispensable lec-

(1) Il s'agit de l'antigène à 0 gr. 01 de CO^3Na^2, les autres étant au-dessus de *8*.

(2) Le détail de ces observations sera donné dans la thèse de M. Cormier.

ture néphélémétrique, on doit lui reconnaître tous les avantages accordés un peu abusivement, sans doute, à la réaction d'éclaircissement.

Nous conclurons donc que si l'on désire apprécier le pouvoir floculant d'un sérum donné, la réaction d'éclaircissement peut être employée avec profit si l'on veut bien remplacer dans la préparation de l'antigène le carbonate de sodium par le carbonate d'ammonium. Mais cette substitution de la réaction d'éclaircissement à la réaction d'opacification ne présente, à notre avis, aucun avantage car cette dernière est plus rigoureusement spécifique, plus rapide et que la lecture néphélémétrique de ses résultats lui donne une précision parfaite.

Nous nous permettrons, en terminant cet exposé, d'insister à nouveau sur l'importance capitale du pH dans cette réaction de Meinicke.

Nous avons indiqué qu'une très légère variation de ce facteur vers l'alcalinité ou vers l'acidité peut empêcher la réaction de se produire. Il nous paraît vraisemblable que l'influence du pH s'explique par le mécanisme même de la réaction.

L'antigène de Meinicke doit se présenter comme un micelloïde (Lumière), sa composition étant la suivante :

1° Granules albuminoïdes et granules de baume de tolu constituant l'élément granulaire ;

2° Solution électrolytique de NaCl et CO^3Na^3 dans l'eau constituant l'élément périgranulaire.

Cet antigène obéit parfaitement aux lois qui régissent les micelloïdes, d'après Lumière. En particulier, une variation de charge a tendance à rompre l'équilibre des deux phases. Dans ces conditions, il se produit un grossissement de l'élément granulaire (adsorption) et floculation consécutive. Sans doute, doit-on attribuer à la « réagine « le pouvoir de faire varier la charge et, par suite, de déterminer la floculation.

Pour que la réagine puisse aboutir à un résultat, il paraît nécessaire que le mélange antigène + sérum soit dans les conditions de charge que nous venons d'établir pour le cas particulier de la réaction de Meinicke.

Nous nous réservons de montrer que ces conditions doivent être les mêmes pour toute réaction de floculation.

BIBLIOGRAPHIE

LE CHUITON. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 14 décembre 1928.

BOROWSKAJA. — Die Meinicke Trubing Reaktion mit gefarbtem antigen (*Centralblatt für Bakteriologie*, fasc. 6-8, p. 455).

ALVAREZ SAINZ DE AJA et NICOLAS CALVIN. — Réaction de Meinicke con centrifugacion immediata y antigenos colorados (*Actas Dermo-Sifiliograficas*, n° 3, décembre 1928).

MEINICKE. — *Deutsche med. Woch.*, 1926, n° 28; *Munch. méd. Woch.*, 1928 n° 8.

BODIN-CHEVREL. — Note sur un procédé de lecture de la réaction de Meinicke (*Soc. Française de Dermat. et Syph.*, 1920, p. 465).

CHEVREL. — Le séro-diagnostic de la syphilis par l'association des réactions de fixation (Calmette-Massol), de floculation (Vernes) et d'opacification (Meinicke). (*Gazette méd. de France*, avril 1929).

L'ALLERGIE CUTANÉE DANS LES ADÉNOPATHIES INGUINALES D'ORIGINE VÉNÉRIENNE

Par le Docteur Edouard de GREGORIO,
Médecin de la prophylaxie publique des maladies vénériennes et syphilitiques,
Directeur du dispensaire officiel antivénérien de Saragosse (Espagne).

Dans un travail d'ensemble sur l'allergie cutanée dans les maladies vénériennes (1), nous nous sommes occupés de l'intradermo-réaction de Frei dans la lymphogranulomatose inguinale, subaiguë et autres adénopathies inguinales, et nous avons rendu compte de nos premiers résultats. Nous avons continué nos recherches, notamment sur les adénopathies vénériennes et syphilitiques, affections plus fréquentes que la lymphogranulomatose inguinale subaiguë, afin d'avoir un critérium aussi exact que possible de la spécificité et de la valeur diagnostique de l'intradermo-réaction de Frei.

Nous savons tous que cette réaction a été étudiée, principalement, d'abord par Frei (2) en 1925, ensuite par Ding (3), Ramel (4), Milan Kitchewatz (5 et 6), Hellesström (7), Fischer Gleisler, Koppel, Fubs et Hellesström (8), Nicolas, Favre et Lebeuf (9 et 10), Jersild (11) et récemment par Hellesström (12).

Pour la plupart des auteurs, cette intradermo-réaction est spécifique de la lymphogranulomatose et ils la considèrent comme d'une grande valeur diagnostique différentielle pour d'autres adénopathies vénériennes.

Comme nous l'avons indiqué dans notre premier travail, nous obtenons des résultats positifs non spécifiques sur lesquels, maintenant, avec l'apport de nouvelles études, nous voulons discuter à nouveau et raisonner avec sérénité.

Pour la préparation de l'antigène, nous suivons la technique de

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 6. JUIN 1932.

Frei, c'est-à-dire que nous prélevons le pus par ponction ganglionnaire sur des sujets atteints d'adénopathies vénériennes ou lymphogranulomateuses; nous le diluons dans cinq parties de sérum physiologique rendu au préalable inactif et stérile de germes d'association possibles ; nous l'appliquons par voie intradermique à la dose de deux dixièmes de centimètre cube. Dans une certaine occasion nous avons préparé un antigène avec un ganglion extrêmement pulvérisé et dilué dans du sérum physiologique. Son emploi nous a donné les mêmes résultats. A noter simplement une légère douleur au moment de l'injection, qui d'ailleurs passe rapidement.

Nous divisons les résultats en résultats fortement positifs (+++), positifs (++), faiblement positifs (+), douteux (±) et négatifs (—).

Sont fortement positifs ceux qui sont représentés par une réaction papuleuse constituée par une papule d'un rouge vif, indurée, infiltrée, de 2 centimètres de diamètre et entourée d'un halo érythémateux assez accentué. Sur cette lésion papuleuse, dans les cas de grande intensité, se produit une vésico-pustule qui se dessèche plus tard ou qui, au contraire, en se détachant laisse une ulcération d'évolution torpide tardant quelquefois 15 jours environ à se cicatriser et laissant une cicatrice atrophique et lègèrement pigmentée. Les réactions positives sont représentées par une lésion papuleuse à peu près de même grandeur que la précédente, mais avec un faible halo érythémateux.

Les résultats douteux sont difficiles à interpréter et sont constitués par des réactions faiblement papuleuses avec une petite zone érythémateuse enveloppante. Résultats que nous considérons comme représentant une réaction cutanée devant une protéine étrangère, sans la moindre spécificité.

La constitution de l'allergie demande un certain temps pour que l'organisme soit sensibilisé et, par conséquent, pour que l'intradermo-réaction soit positive. Hellerström constate un résultat positif : sur huit malades, trois semaines après ; sur quatorze, trente jours après ; sur cinq sujets, un mois et demi après et en deux occasions deux mois plus tard. Les auteurs français ont observé des faits semblables : réactions positives après un mois, un mois et demi et deux mois de maladie. Quant à nous, nous avons observé que la présence d'une réaction positive est parfois précoce, quinze, vingt

jours, quelquefois moins, et que la forme plus ou moins aiguë que prend le commencement de la maladie influe sur la présence de la réaction. Il est donc difficile de fixer la date de début et d'apparition.

Nous avons étudié plusieurs malades atteints d'adénopathies dans la région inguinale, dont nous analyserons les résultats d'après la classification suivante en trois groupes : malades atteints de lymphogranulomatoses inguinales, malades atteints d'adénopathies à bacille de Ducrey et malades atteints d'adénopathies par syphilis récente, quelques-uns déjà en période secondaire active.

Dans chaque cas, pour être plus sûr de nos résultats, nous effectuons plusieurs intradermo-réactions avec des antigènes différents provenant de divers malades. antigènes lymphogranulomateux, antigènes de pus vénérien et vaccin antistreptobacillaire (Dmelcos) qui nous permettent, quand nous réalisons des intradermo-réactions croisées, de contrôler les malades et leurs antigènes correspondants.

Nous avons étudié vingt malades atteints de lymphogranulomatose dont sept ont réactionné au vaccin Dmelcos : deux, parce qu'ils présentaient une infection mixte et les autres, parce qu'ils avaient eu antérieurement une infection chancrelleuse. Chez tous, la réaction de Frei a été positive, avec une intensité différente, suivant les antigènes employés, mais toujours positive. Il en est quelques-uns qui ont réactionné avec un antigène vénérien (Obs. 3, 4, 13 et 20) avec des résultats clairement positifs. Nous avons observé 49 malades atteints de bubon vénérien et 22 de syphilis. Les premiers réagissent tous fortement au vaccin Dmelcos (réaction de Ito-Reenstierna), 25 d'entre-eux réagissent faiblement avec antigène vénérien, huit avec réaction positive (++) et un réagit fortement (+++).

Dans certains cas, nous obtenons des réactions positives avec l'antigène lymphogranulomateux chez des malades atteints de bubon vénérien dont nous nous occuperons plus tard. Parmi les malades syphilitiques, trois réagissent au vaccin Dmelcos, six fortement, chez ceux-ci existent des antécédents chancreelleux où bien ils présentent un chancre mixte. Avec l'antigène de Frei, sept cas réagissent faiblement; trois, nous donnent des réactions de forte intensité (+++) et un une réaction positive (++).

Nous voyons par nos résultats, en réalisant des intradermo-réactions croisées, que l'antigène préparé avec du pus vénérien a la propriété de réagir, non seulement sur le malade même, mais sur d'autres atteints de bubon vénérien, comme le démontrent clairement les cas 29 et 54 et les cas 48 et 53 chez lesquels l'antigène

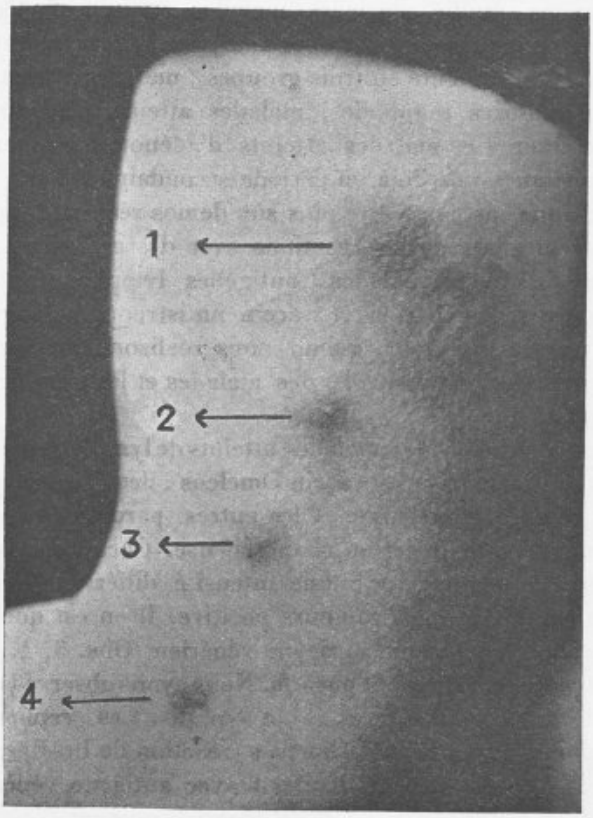


Fig. 1. — *Bubon chancrelleux.*
Obs. 53. — 1. Intradermo-réaction. Vaccin de Dmelcos. — 2. Intradermo-réaction. Antigène de lymphogranulomatose. — 3. Intradermo-réaction. Antigène de lymphogranulomatose. — 4. Intradermo-réaction. Antigène bubon chancrelleux.

provenant du malade 51 produit des réactions positives (++), et le cas 53 qui réagit fortement (+++), avec un antigène provenant des malades 48, 51 et 27.

La réaction de Frei employée par nous fournit des résultats positifs, non spécifiques, chez des malades vénériens et syphilitiques, comme on peut le constater dans quelques cas de réactions non intenses; d'autre part, il existe des réactions de grande intensité non spécifiques de lymphogranulomatose chez des malades atteints de bubons vénériens et chez d'autres atteints de syphilis.

Pour rendre notre démonstration plus probante nous citerons les cas les plus saillants.

Observation 53. — M. L..., âgé de 19 ans, célibataire, ouvrier. Date de la première consultation, le 22 janvier 1931.

Sans antécédents vénériens. Au moment de notre observation, présente un chancre vénérien, adénopériadénite aiguë de chaque côté.

Intradermo-réactions

V. Dmelcos (+ + +)
A. L. 660 (+ +)
A. L. 820 (+ +)
A. V. 955 (+ +)

Hématies : 5.200.000. Leucocytes : 20.000.

Formule leucocytaire

Polynucléaires neutrophiles	78
Mononucléaires	9
Lymphocytes	9
Éosinophiles	3
Métamyélocytes neutrophiles.....	1

Les adénopathies sont sous tension et se chancrifient postérieurement. Le 27 février 1931 : Wassermann négatif, Hecht négatif, Meinicke négatif, Kahn négatif.

Intradermo-réactions

A. V. 1.360 (+ + +)
A. V. 955 (+ + +)
A. V. 1.044 (+ + +)

Le 12 avril 1931 : guérison.

Observation 48. — L. P..., âgé de 26 ans, célibataire, rémouleur. Date de la première consultation : le 2 février 1931.

Sans antécédents vénériens. Au moment de notre observation, présente un chancre vénérien, adénopériadénite aiguë.

Intradermo-réactions

V. Dmelcos (+ + +)
A. L. 660 (+ +)
A. L. 820 (+ +)
A. V. 955 (+ +)

Hématies : 4.800.000. Leucocytes : 13.000.
Formule leucocytaire

Polynucléaires neutrophiles	59
Mononucléaires	10
Lymphocytes	28
Cellules de transition	3

Le 19 février 1931 : adénopathie tendue. Un mois plus tard : Wassermann négatif, Hecht négatif, Meinicke négatif et Kahn négatif.
Intradermo-réactions

A. V. 360 (+)
A. V. 955 (+)
A. V. 1.042 (+)

Arrêt du traitement. — Guérison.

Observation 78. — M. A..., âgé de 21 ans, célibataire, cordonnier. Date de la première consultation : 19 juillet 1930.
Sans antécédents vénériens. Au moment de notre observation, présente un chancre génital, adénopathies inguinales, aphlegmasiques, légère lymphite dorsale de la verge.
Intradermo-réactions

V. Dmelcos (+ + +)
A. L. 660 (+)
A. L. 897 (+)
A. V. 585 (+ + +)

Hématies : 6.100.000. Leucocytes : 12.000.
Formule leucocytaire

Polynucléaires neutrophiles	61
Mononucléaires	2
Lymphocytes	34,5
Éosinophiles	2,5

Wassermann (+ + +), Hecht (+ + +), Meinicke (+ + +), Kahn (+ + +). Est soumis au traitement arsenical et bismuthique. Après deux injections de néosalvarsan et deux de bismuth, la sérologie reste fortement positive.
Le 5 décembre 1930, injections de 5 gr. 10 de néo et de 12 grammes de bismuth. Wassermann (+ + +), Hecht (+ + +), Meinicke (+ + +), Kahn (+ + +).
Intradermo-réactions

A. L. 660 (+ +)
A. L. 820 (+ +)
A. V. 1.042 (+ +)

Le malade revient le 12 février 1931. Sa sérologie continue à être fortement positive. Wassermann (+ + +), Hecht (+ + +), Meinicke

(+ + +), Kahn (+ + +). Est soumis à nouveau à un traitement de néo et de bismuth.

Observation 79. — A. P..., âgé de 29 ans, célibataire, maçon. Date de la première consultation : 20 août 1930.

Au moment de notre observation, présente des chancres multiples du sillon, adénopériadénites inguinales.

Wassermann (+ + +), Hecht (+ + +), Meinicke (+ + +), Kahn (+ + +).

Intradermo-réactions

V. Dmelcos (+ + +)
A. L. 862 (+ + +)
A. L. 897 (+ + +)
A. V. 585 (—)

Est soumis à un traitement arsenico-bismuthique.

Intradermo-réactions

A. L. 660 (+ +)
A. L. 862 (+ +)
A. I. 820 (+ +)

Sérologiquement : Wassermann, Hecht, Meinicke et Kahn (+ + +).

La réaction de Frei avec antigène lymphogranulomateux, étant positive chez des malades atteints de bubons vénériens, permet de penser qu'il s'agira d'infections mixtes, c'est-à-dire que ces malades auront une lymphogranulomatose larvée, qui, chez quelques-uns, guérit par la destruction en masse du ganglion infecté par le bacille de Ducrey. Nous pouvons penser aussi que, chez ceux dont l'adénopathie chancreuse n'arrive pas à suppurer, l'infection lymphogranulomateuse guérira spontanément et que les hyperplasies ganglionnaires reculeront lentement.

Mais ce qui nous frappe et va contre cette manière de penser, c'est que s'il existe une infection lymphogranulomateuse, nous n'ayons jamais constaté plus tard, après la guérison de l'infection chancreuse, une nouvelle apparition d'adénopathies suppurées, d'évolution torpide, par généralisation de la première infection.

Chez les malades présentant des adénopathies syphilitiques avec intradermo-réactions positives, on peut penser également à une infection mixte. Mais on est frappé de leur rapide guérison par le traitement spécifique, bien indiqué pour des lésions syphilitiques précoces, étant donnée la minime influence de ce traitement dans la lymphogranulomatose inguinale subaiguë.

Il faut faire remarquer que chez les malades atteints de bubons vénériens, comme chez les syphilitiques avec intradermo-réactions positives de Frei, il existe dans leur formule leucocytaire une légère mononucléose de grandes mononucléaires qui oscille entre 9 à 10 o/o

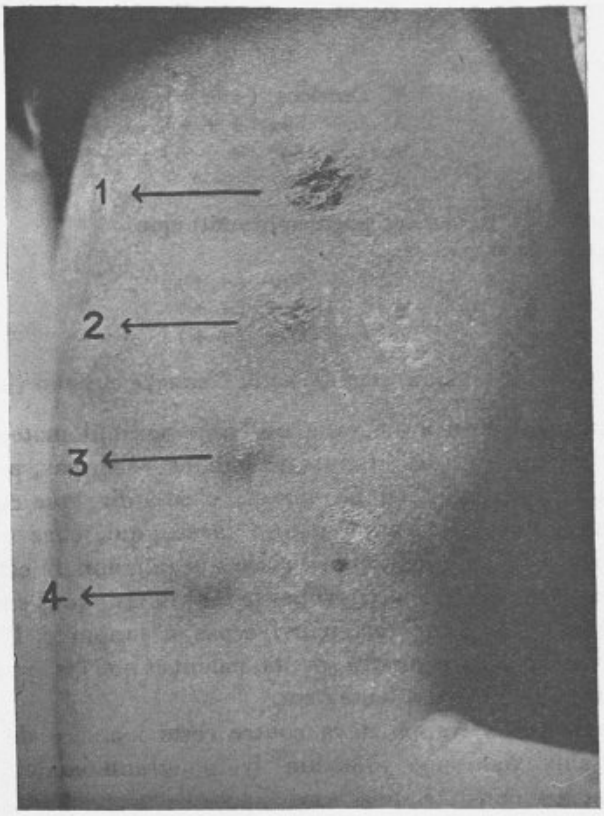


Fig. 2. — *Lymphogranulomatose.*
Obs. 20. — 1. Intradermo-réaction. Vaccin de Dmelcos. — 2. Intradermo-réaction. Antigène de lymphogranulomatose. — 3. Intradermo-réaction. Antigène de lymphogranulomatose. — 4. Intradermo-réaction. Antigène bubon chancrelleux.

et dont le tableau hématologique diffère légèrement de celui qui existe dans les adénopathies syphilitiques. C'est un fait que nous signalons simplement et qui, constaté et examiné attentivement

chez un plus grand nombre de malades, pourra peut-être expliquer la raison dans ces cas-ci d'intradermo-réactions positives.

La séparation et le diagnostic exact d'une infection syphilitique ou lymphogranulomateuse exige une étude attentive des résultats des intradermo-réactions des analyses sérologiques parce que dans la maladie de Nicolas-Favre, à son début, stade de septicémie, avec intenses réactions fébriles, existent des cas de sérologie positive, comme l'a indiqué Ravaut (13) et comme nous l'avons constaté nous-même, nous mettant ainsi en opposition avec la majorité des auteurs.

Cette positivité dans l'infection syphilitique récente est de forte intensité avec toutes les réactions utilisées. Dans la lymphogranumatose inguinale subaiguë toutes les réactions peuvent être positives (Wassermann, Hecht, Meinicke, Sachs et Kahn), avec différents degrés d'intensité, mais elles ne sont jamais toutes fortement positives.

Chez ces malades, comme dans le cas publié par Gaté et Giraud (14), les intradermo-réactions avec l'antigène de Frei sont positives et persistent à être positives après un traitement consciencieux, probablement parce qu'il s'agit de malades ayant un grand état allergique dû à leur infection syphilitique, avec intenses hyperplasies ganglionnaires, car il est étonnant que nous ne trouvions ces réactions positives que chez des malades présentant des adénopathies accentuées et une sérologie qui résiste au premier traitement et qu'au contraire les intradermo-réactions soient toujours négatives aussi dans les cas de syphilis récente, avec sérologie positive, sans intenses réactions ganglionnaires.

Comme conclusion de nos études, nous considérons que l'intradermo-réaction de Frei, bien étudiée et bien interprétée, aide d'une manière efficace au diagnostic de la maladie de Nicolas et Favre.

Quand elle est fortement positive, avec des réactions papulo-vésiculaires, elle a une valeur spécifique certaine; mais il existe des réactions positives d'intensité moindre et d'interprétation difficile : celles qui se produisent dans des syndromes ganglionnaires clairement chancreux, syphilitiques et lymphogranulomateux.

Quelques malades réagissent avec tous les antigènes utilisés, mais jamais avec tous ces derniers, les réactions ne sont papulo-vésiculaires. Ce sont des réactions de moindre intensité, clairement

positives, qui représentent seulement un état d'allergie cutanée causé par une maladie allergisante, localisée de préférence dans les ganglions lymphatiques dont les produits de désintégration, quant ils sont absorbés par l'organisme, sont chargés de le sensibiliser. Cette sensibilisation peut se démontrer par l'intradermo-réaction.

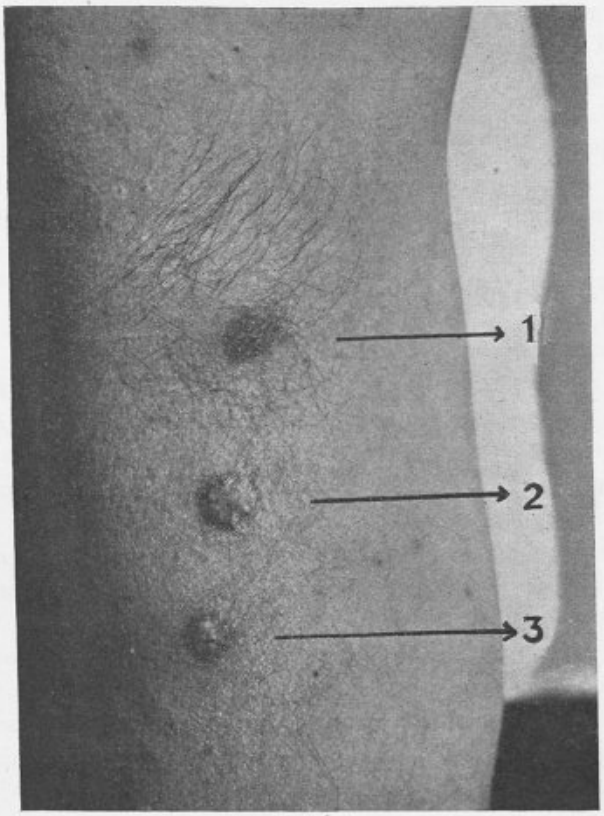


Fig. 3.
Obs. 13. — 1. Intradermo-réaction. Vaccin de Dmelcos. — 2 Intradermo-réaction. Antigène de lymphogranulomatose. — 3. Intradermo-réaction. Antigène de lymphogranulomatose.

Nous ne considérons pas ces réactions d'intensité moindre comme spécifiques. Elles peuvent être considérées comme coallergiques, représentatives d'une affection qui a pu être produite par des ger-

I. *Lymphogranulomatose inguinale subaiguë*

Obs.	Vaccin Dmelcos	Antigènes-lymphogranulomateux			Antigène vénérien	Sérologie
1	Négative	146 +++	.....	.....	.....	Wassermann — Hecht — Meinicke — Kahn —
2	»	146 +++	.....	.....	.....	W — H — M — K —
3	»	146 +++	660 ++	.....	585 ++	»
4	»	146 +	660 +++	535 +	585 ++	»
5	»	146 +	535 +++	633 —	.....	W + H - M - K +
6	»	660 +++	.....	.....	585 —	W + H — M — K —
7	»	535 ++	660 ++	772 ++	585 —	W +++ H ++ M — K +++
8	»	660 +++	633 +++	535 ++	585 —	W + H — M — K +
9	++	660 +++	862 +++	.....	1 044 ±	W + H + M + K ++
10	Négative	660 ++	765 ++	.....	585 +	W — H — M - K —
11	++	660 +++	862 +++	.....	1.044 +	»
12	Négative	660 ++	862 ++	.....	585 —	»
13	+++	660 +++	862 +++	.....	1 044 ++	»
14	++	660 ++	820 ++	.....	1.044 +	»
15	±	660 ++	820 +++	.....	1.044 ±	»
16	Négative	660 +	897 +++	862 +++	585 —	»
17	+++	660 +	862 ++	.....	585 —	»
18	Négative	660 ++	.....	.....	585 —	»
19	»	660 +	633 +++	.....	585 —	»
20	+++	660 +++	820 +++	.....	1.042 +++	»

II. *Bubon chancrelleux.*

Observations	Vaccin Dmelcos	Antigènes-lymphogranulomateux		Antigène vénérien	Sérologie
					Wassermann — Hecht — Meinicke — Kahn —
21	+++	660 —	897 —	585 —	»
22	+++	660 —	.....	585 —	N'a pas été fait
23	+++	660 ±	.....	585 +	W — H — M — K —
24	+++	660 —	.....	585 +	»
25	+++	660 —	535 —	585 —	»
26	+++	660 ±	862 —	585 —	»
27	+++	660 +	862 +	585 +	»
28	+++	660 —	862 —	1.044 —	»
29	+++	660 —	862 +	585 +++	»
30	+++	660 —	862 ±	1.044 ++	N'a pas été fait
31	++	660 ±	862 —	1.044 +	W — H — M — K —
32	++	660 ±	862 ±	1.044 ±	»
33	+++	660 ±	862 ±	1.044 ±	»
34	+++	660 +	862 +	1.044 +	»
35	+++	660++	.....	585 ++	»
36	+++	660 +	862 +	585 —	»
37	+++	660 ++	862 ++	1.044 +	»
38	+++	660 +	820 +	1.044 +	»
39	+++	660 +	862 +	585 +	»

40	+++	660 —	820 —	1 042 ±	»		
41	+++	660 +	820 +	1 042 ±	»		
42	+++	660 ±	820 ±	1 042 ±	»		
43	+++	660 —	820 —	1 042 —	»		
44	+++	820 +	862 ±	1.360 ++	»		
45	+++	820 ++	862 +	1.360 ++	N'a pas été fait		
46	++	660 ±	820 —	1.042 ±	W —	H —	M — K —
47	+++	660 +	820 +	1 042 +	»		
48	+++	660 ++	820 ++	955 ++	»		
49	+++	660 —	820 —	955 —	»		
50	+++	660 ±	820 —	1.360 +	»		
51	+++	660 ±	820 —	1.042 —	»		
52	++	660 —	820 —	1.042 —	»		
53	+++	660 ++	820 ++	955 ++	»		
54	+++	660 ++	820 —	955 ++	»		
55	+++	660 +	820 ++	1.042 +	»		
56	++	660 —	820 —	1.042 —	»		
57	+++	862 ±	820 —	955 ±	»		
58	+++	862 —	820 ±	1.075 —	»		
59	+++	660 ±	820 ±	955 ±	»		
60	+++	862 +	820 +	955 +	»		
61	+++	862 ++	820 ++	955 ++	»		
62	+++	862 ±	820 ±	955 ±	»		
63	+++	862 —	820 —	955 —	»		
64	+++	660 +	862 ±	1.360 ±	»		
65	+++	862 +	820 +	1.075 —	»		
66	+++	862 —	820 —	1.075 —	»		
67	++	660 ±	820 ±	1.044 ±	»		
68	+++	660 ++	820 —	1.044 ++	»		
69	+++	660 +	820 —	1.360 +	»		

III. *Syphilis*

Obs.	Lésions	Vaccin Dmelcos	Antigènes-lympho-granulomateux		Antigène vénérien	Sérologie
70	Syphilide papuleuse	Négative	660 —	862 —	585 —	N'a pas été fait
71	»	»	660 —	820 —	1.044 —	»
72	»	»	660 —	862 —	1.042 —	»
73	Adénopathies	»	660 —	862 —	585 —	Wassermann+++ Hecht+++ Meinicke+++ Kahn+++
74	»	»	660 +	820 +	1.044 —	»
75	»	»	660 —	820 —	1.044 —	»
76	»	»	660 —	.....	585 —	»
77	»	+	660 +	535 +++	585 —	»
78	»	+++	660 +	862 +	585 +++	»
79	»	+++	862 +++	897 +++	585 —	»
80	Adénopathies Plaques muqueuses	Négative	660 —	820 —	1 042 —	»
81	Adénopathies	+++	820 ±	862 ±	1.360 +	N'a pas été fait
82	»	++	820 —	862 —	1.360 —	»
83	»	Négative	660 ++	820 ++	1.042 —	»
84	»	+	660 +++	820 +++	1.042 +	W +++ H +++ M +++ K +++
85	»	+++	660 +	820 ±	1 042 ±	»
86	»	Négative	660 —	862 —	.....	»
87	»	»	660 +	820 +	1 044 —	N'a pas été fait
88	»	»	660 —	820 —	1.044 —	»
89	»	+	660 —	820 —	955 +	»
90	»	+++	660 +	820 ++	1.042 —	W +++ H+++ M +++ K +++

page 554 sur 1183

mes différents, mais localisée de préférence dans le système ganglionnaire.

Pour que ces réactions se produisent, il faut une affection ganglionnaire qui donne lieu à des réactions positives avec une albumine étrangère comme l'hémostyl; et au contraire, nous avons prouvé leur non-existence chez des malades dépourvus d'hyperplasies ganglionnaires, malades que nous avons étudiés comme moyen de contrôle ou qui n'ont jamais réagi avec aucun des antigènes utilisés.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Gregorio. — La Alergia cutanea en las enfermedades venereas. Su comprobación, interpretación y valor diagnostico. *Actas Dermo-sifiliograficas*, Enero, 1931, p. 307.
2. Frei. — Eine neue Hautreaktion bei Lymphogranuloma inguinal. *Klin. Wochens.*, 1925, p. 2148.
3. Dind. — Encore la maladie de Durand, Nicolas et Favre. *III^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française*, Bruxelles, 1926.
4. Ramel. — Beitræge zur Kenntnis der Lymphogranulomatosis inguinalis. *Dermatol. Zeitschr.*, 1928. Analizado en *Annal. de Dermat. et Syphil.*, 1928, p. 799.
5. Milan Kitchevatz. — Une réaction allergique dans la maladie de Nicolas-Favre. *Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syphil.*, 1927, p. 874.
6. Milan Kitchevatz. — La spécificité des réactions allergiques dans la maladie de Nicolas-Favre. *Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syphil.*, 1928, p. 53.
7. Hellerström. — Intradermo-réaction dans la Lymphogranutomatosis inguinale. *Comptes rendus Soc. de Biologie*, Agosto 1927.
8. Hellerström (A.). — Contribution to the knowledge of Limphogranuloma inguinale. Stockholm, 1929.
9. Nicolas, Favre et Lebœuf. — Les recherches biologiques ont-elles éclairé l'étiologie de la maladie de Nicolas-Favre. Le *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mayo 1929.
10. Nicolas, Favre et Lebœuf. — L'intradermo-réaction dans la lymphogranulomatose inguinale. Le *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mayo 1930.
11. Jersild. — Les intradermo-réactions dans le chancre mou et dans la Lymphogranulomatose inguinale considérées spécialement dans leurs rapports avec l'étiologie du syphilome ano-rectal. *Annal. de Dermat. et Syphil.*, 1930, p. 537.
12. Hellestrom — Allergie cutanée dans la Lymphogranulomatose inguinale subaiguë. *Klin. Wochens*, 1931, n° 13.
13. Ravaut et Rabeau. — Réaction de Bordet-Wassermann passagèrement positive et oscillante au cours de la Lymphogranulomatose inguinale subaiguë. *Ann. de Dermat. et Syphil.*, 1922, n° 2.
14. Gaté et Giraud. — Syphilis secondaire à roséole et à sérologie retardées chez un malade ayant présenté un chancre fugace sans tréponèmes constatés et accompagnée d'une adénopathie inguinale et surtout iliaque atypique. *Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syphil.*, 1930, p. 149.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en février 1932.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Le dispensaire de salubrité publique de la ville de Nancy, par J. Benech. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 2, février 1932, p. 81.

B. fait l'historique et montre le fonctionnement du dispensaire de salubrité ; examens, traitements, contrôles sérologiques, enquêtes sociales. Cette organisation a permis de réduire à peu les cas de contaminations dues à des femmes cartées et à presque rien les cas de contaminations dues à des femmes de maisons de tolérance.

H. Rabeau.

Le Cri du chancre, par Belgodère *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 2, février 1932, p. 95.

Désirant rechercher des tréponèmes dans un chancre de l'urèthre, B. se servit d'une petite curette dermatologique pour gratter la surface ulcérée. Il perçut une sensation rugueuse ; c'était passant de la muqueuse saine sur la surface ulcérée, « comme si après avoir gratté sur du velours on grattait sur de la craie ». Ce signe qu'il propose d'appeler « cri du chancre » lui semble caractéristique et permet de percevoir à la curette une induration impossible à percevoir par les procédés habituels.

H. Rabeau.

Considérations sur la syphilis acquise de la glande thyroïde, par Gilbert-Dreyfus. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 2, février 1932, p. 107.

G. D. auquel on doit une thèse remarquable sur l'hyperthyroïdisme et son traitement, montre qu'on doit admettre avec beaucoup de circonspection le bien-fondé de certaines observations publiées sous le titre de dysthyroïdie syphilitique. La syphilis acquise est capable de donner au niveau du corps thyroïde des manifestations gommeuses, scléreuses ou mixtes, mais il n'existe aucun argument étiologique irréfutable.

H. Rabeau.

Etude de la réaction de Frei sur quelques malades, par Gougerot et Cohen. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 2, février 1932, p. 115.

Les deux malades atteints d'adénite chez lesquels les auteurs ont fait la réaction de Frei leur ont montré la valeur de l'intradermo-réaction de Frei. Chez l'un de ces malades atteint d'adénite différente du type Nicolas-Favre, à réaction de Frei positive, l'évolution amena par la suite l'aspect d'une poradénite typique. Dans deux cas de rétrécissement du rectum, ils trouvèrent une réaction de Frei positive, une autre négative. Les éléphantiasis péri-anaux avec rétrécissement du rectum constituent un syndrome relevant de causes diverses. H. Rabeau.

Bubon chancrelleux sans chancre d'inoculation avec syphilis latente, par Lévy-Bing et Boursat. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 2, février 1932, p. 122.

Jeune femme de 19 ans présentant dans l'aine une masse unique de la grosseur d'une noix, douloureuse, presque fluctuante, avec peau rouge adhérente. On ne peut trouver la chancrelle d'inoculation. L'examen du pus du bubon montre des bacilles de Ducrey. Quelques semaines plus tard apparaît sur le thorax une éruption secondaire ; les réactions sérologiques sont positives. H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

L'aspect du 914, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nº 1, janvier 1932, pp. 4-8.

Le novarsénobenzol en poudre doit être d'une coloration jaune très pâle ; les solutions foncées ou troubles doivent être rejetées.

A. Bocage.

Le mariage d'un syphilitique soigné en période primaire, par G. Milian et de Douhet. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nº 1, janvier 1932, pp. 9-16.

Longue observation d'un syphilitique qui se marie après dix-huit mois de traitement. Sa femme, de souche vraisemblablement syphilitique, ne reçoit qu'un traitement peu actif pendant la grossesse et a un enfant présentant quelques stigmates et qui fait plus tard un onyxis. Ultérieurement, cette femme présente une syphilide pigmentaire. Les auteurs préconisent une longue observation sans traitement chez les syphilitiques soignés énergiquement un an à dix-huit mois avec surveillance clinique et sérologique et ponction lombaire plutôt que les classiques petites cures annuelles ou bi-annuelles qui masquent les accidents sans assurer la stérilisation de la syphilis. Le cas rapporté semble être une contamination uniquement paternelle en dehors de toute influence maternelle. Enfin il importe de traiter précocement dès sa naissance tout enfant de syphilitique afin d'éviter ces accidents insidieux, en particulier psychopathies ou arriération mentale, qui s'instal-

lent si on laisse s'ancrer le tréponème, alors qu'il est si facile de traiter efficacement le petit enfant. A. BOCAGE.

Urticaire et ictère parathérapeutique, par G MILIAN et DEGOS. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nº 1, janvier 1932, pp. 17-21.

Chez une syphilitique secondaire, après un court traitement arsénobenzolique, quelques injections de bismuth furent suivies d'une urticaire importante, puis d'un ictère, vraisemblablement d'origine biotropique. A. BOCAGE.

Rhumatisme syphilitique secondaire avec localisation à la colonne cervicale. Syndrome surrénalo-ovarien, par G. MILIAN. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nº 1, janvier 1932, pp. 22-25.

Chez une syphilitique secondaire, apparition d'un rhumatisme vertébral avec empâtement au niveau de la colonne cervicale, et en plus syndrome addisonnien, pigmentation et asthénie qui cédèrent rapidement au traitement arsénobenzolique ; une aménorrhée concomitante fut plus tenace. A. BOCAGE.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Propriétés virulicides du sérum de sujets atteints de la maladie de Nicolas-Favre, par C. LEVADITI, P. RAVAUT, P. LÉPINE et R. CACHERA. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 96e année, 3e série, t. CVII, nº 4, 26 janvier 1932, pp. 110-114.

Le sérum de 4 sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre depuis 25 jours à 4 mois, s'est montré capable de neutraliser *in vitro* le virus de la maladie contenu dans la substance cérébrale d'un singe antérieurement inoculé. Le sérum de 2 chancrelleux, celui de 2 sujets normaux se montrèrent totalement inactifs. Le contact entre l'émulsion nerveuse infectante et le sérum à examiner fut de 1 heure et demie à 37° et 16 heures à 5° ; l'animal réceptif était le singe ; inoculation par voie cérébrale. A. BOCAGE.

L'ulcère pseudo-membraneux du Paraguay, par G. DELAMARE, C. GATTI et D. BRUYN. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 96e année, 3e série, t. CVII, nº 4, 26 janvier 1932, pp. 115-119, 3 fig.

Trois observations de cette affection chez 3 syphilitiques assez jeunes. Ulcération orbiculaire à bords taillés à pic, à fond pseudo-membraneux grisâtre hypo-esthésique, siégeant au tiers inférieur de la jambe, sans aucune tendance phagédénique. Des applications d'acide chromique à 5 o/o firent disparaître très rapidement les fuso-spirilles, ensuite, dans deux cas, la cicatrisation se fit aisément sous l'influence du traitement arséno-mercuriel ; le troisième cas fut seulement amélioré.

A. BOCAGE.

Une dermatomycose causée par une levure nouvelle du genre Saccharomyces, « Saccharomyces Sternoni » n. sp., par A. et R. Sartory, F. Sternon et J. Meyer. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 96e année, 3e série, t. CVII, no 4, 26 janvier 1932, pp. 120-121.

Lésion interdigitale au niveau d'un pied avec desquamation abondante. A l'examen des squames, présence d'une levure dont les auteurs indiquent les caractères de culture ; elle est pathogène pour la peau du cobaye chez qui elle provoque une lésion spontanément curable érythémato-squameuse. A. Bocage.

Recherche des chromogènes indoxyliques dans la sueur de l'homme, par C. Hervieux. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 96e année, 3e série, t. CVII, no 4, 26 janvier 1932, pp. 121-126.

L'auteur décrit en détails la technique qui lui a permis de mettre en évidence ces substances dans la sueur où elles sont en très faible proportion. A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Les réactions cutanées biologiques dans les états d'intolérance. par A. Sézary et G. Mauric. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année 3e série, no 3, 1er février 1932, p. 105.

S. et M. proposent de classer les épreuves en trois types différents.

Dans le type I, l'apparition de la réaction cutanée est immédiate, urticarienne, susceptible d'être obtenue à diverses reprises consécutives. Il y aurait un conflit antigène-anticorps rappelant l'anaphylaxie de Richet.

Dans le type II, la réaction cutanée est une papule inflammatoire qui ne débute qu'après 24 heures et persiste. L'intolérance pourrait être attribuée à un anticorps non circulant, probablement fixé sur le tissu dermique.

Dans le type III, la réaction débute 24 ou 48 heures après et n'est complète qu'au bout de plusieurs jours, elle peut s'agrandir lentement et durer plusieurs semaines. La sensibilisation serait purement épidermique.

Bien entendu, il y a des types mixtes dans lesquels la sensibilisation est complexe, et les cas où la réaction est négative. Les auteurs reviendront sur l'interprétation de ces dernières. H. Rabeau.

Eruption herpétique accompagnant régulièrement les crises gastriques du tabès, par Laignel-Lavastine et Boquien. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, no 3, 1er février 1932, p. 116.

Observation intéressante d'une malade qui, n'ayant jamais eu d'herpès auparavant, présente régulièrement une éruption d'herpès survenant

6 jours après la crise douloureuse gastrique. Netter estime que la réapparition de l'herpès à chaque crise doit être rapprochée de la réapparition des herpès menstruels. H. RABEAU.

A propos des rapports du zona et de la varicelle, par P. ARMAND-DELILLE. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 48e année, 3e série, nº 3, 1er février 1932, p. 124.

Observation, confirmative en sens inverse, de celle publiée par l'auteur récemment : varicelle d'un enfant, zona d'un vieillard 15 jours après. H. RABEAU.

Traitement des crises gastriques du tabès par les injections intraveineuses de sulfate d'atropine, par TH. ALAJOUANINE et AD. HOROWITZ. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 48e année, 3e série, nº 5, 15 février 1932, p 178.

Après l'avoir expérimenté sur 30 cas pendant 3 ans, les auteurs proposent un traitement nouveau des crises gastriques du tabès. Il consiste en injections intraveineuses à des doses allant de 1 à 3 milligrammes de sulfate d'atropine, en solution à 1 o/o dans l'eau distillée, répétées plusieurs jours s'il y a lieu. Traitement d'une innocuité certaine, donnant des succès presque constants. H. RABEAU.

Métrorragies de la puberté, transfusion, syphilis consécutive, par M. PINARD et P. ROBERT. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 48e année, 3 série, nº 6, 22 février 1932, p. 214.

Métrorragies dues à une métrite poly-adénomateuse d'origine mal déterminée chez une jeune femme de 20 ans. On ne trouve aucune affection sanguine susceptible d'expliquer ces hémorragies. Les traitements tentés sont sans résultats. Brusquement, à la campagne, elle a une métrorragie extrêmement abondante. Une transfusion sanguine d'urgence est faite. Son état s'améliore, mais 2 mois après les métrorragies reprennent. Quelques mois plus tard, elle entre dans le service de P., on note une positivité forte de toutes les réactions sérologiques. Il est facile de retrouver l'histoire d'une éruption survenue 70 jours après la transfusion, avec angine, céphalée. On recherche le donneur qui avait un Bordet-Wassermann positif, et présentait une laryngite au moment de la transfusion. H. RABEAU.

L'association des sels d'acridine aux violets de tryphényl-méthane dans la cure de la gonococcie et des états septicémiques, par JAUSION, PECKER, SOLEIL et MEDIONI. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 48e année, 3e série, nº 6, 22 février 1932, p. 218.

Ces recherches ont eu pour point de départ les travaux américains, particulièrement ceux de J. W. Churchman et de Young. Elles montrent l'intérêt dans la cure de la gonococcie de l'adjonction au chlorométhylate de diamino-acridine de l'un des violets du triphénylméthane et plus particulièrement du violet de Hofmann. Chacun des colorants cherche sa flore élective, le sel acridinique les germes Gram-négatifs, le dérivé

rosanilinique les microbes Gram-positifs. Ils associent à chaque injection de gonacrine 5 à 10 centimètres cubes d'une solution à 1/500e de violet de Hofmann. L'injection est à renouveler chaque 2 jours jusqu'à concurrence de 12. On mélangera extemporanément les deux colorants mais il faut se servir d'un violet impeccablement filtré. Les auteurs ont obtenu avec cette méthode des résultats excellents.

H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie (XXXVIII). En marge des expériences de Ravaut sur les tuberculides. par Clément Simon. *Bulletin Médical*, 46e année, n° 7, 13 février 1932, p. 113.

Nous avons analysé ici même l'article de P. Ravaut, Valtis et Guerra intitulé : Tuberculoses granulaires de la peau d'origine sanguine et tuberculides. S. critique les conclusions des expériences des auteurs ; si leur démonstration de l'origine granulaire des tuberculides papulo-nécrotiques lui semble faite, celle de l'érythème induré, du lupus pernio, du lupus érythémateux ne l'ont pas convaincu. Il « demande qu'on étudie encore la méthode de Calmette-Valtis sur laquelle reposent des constructions magnifiques, mais qui n'ont d'autre valeur que celle de leurs fondations ».

H. Rabeau.

Le traitement de l'arthrite blennorragique, par F. Marsan. *Bulletin Médical,* 46e année, n° 9, 27 février 1932, p. 147.

M. a utilisé le thorium X dans le traitement de l'arthrite blennorragique avec des résultats parfois inespérés, et il en recommande l'emploi précoce, n'ayant jamais eu d'ennuis avec cette thérapeutique. Il a traité ainsi 80 malades. Il injecte le médicament fraîchement préparé, à la dose de 100 microgrammes, puis 8 jours après 150, jamais il ne dépasse 200 microgrammes. Il faut en général 7 à 8 injections. Quelquefois dès la 2e ou 3e injection il y a une grande amélioration. L'articulation est immobilisée tant que la température est élevée ; on la mobilisera aussitôt qu'elle sera tombée. Les résultats fonctionnels sont excellents. A ce traitement par le thorium, il faut joindre le traitement de l'infection uro-génitale, et M. insiste sur l'importance de la désinfection des vésicules séminales dans l'évolution de l'arthrite blennorragique. Il associe le traitement vaccinal si possible par auto-vaccin.

H. Rabeau.

Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie (Paris).

Réceptivité de la souris à l'égard du virus de la maladie de Nicolas et Favre, par C. Levaditi, P. Ravaut et R. Schœn. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CIX, n° 4, pp. 285-289, 3 fig.

Le virus, après avoir subi de nombreux passages sur le singe, conserve sa virulence pour la souris. Chez celle-ci l'inoculation intracérébrale détermine des lésions névraxiques ressemblant à celles que l'on constate chez les simiens. L'encéphale de la souris continue à être virulent pour le singe pendant au moins 90 jours. Il est possible de transmettre la maladie de souris à souris par inoculation de cerveau à cerveau.

A. Bocage.

Réaction colloïdale dans le plasma sanguin pour le diagnostic de la syphilis, par C. I. Urechia et A. Retezeanu. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CIX, nº 4, pp. 303-304.

Mettre dans un tube environ 1 milligramme d'oxalate de potasse ou de citrate de soude et y recueillir 4 à 5 centimètres cubes de sang. Laisser reposer 2 heures ou centrifuger 5 à 10 minutes.

Dans 5 tubes mettre 1 centimètre cube d'eau distillée ; dans le premier ajouter 1 centimètre cube de plasma, mélanger ; prendre 1 centimètre cube du mélange et le porter dans le deuxième tube, et ainsi de suite, jusqu'au dernier tube dans lequel on ne laisse que 1 centimètre cube du dernier mélange.

Une solution-mère de gomme-laque à 2 o/o dans l'alcool, clarifiée pendant 24 heures, est diluée à 5/20e en la versant dans de l'eau distillée. 1 centimètre cube de cette solution est versé dans chaque tube à réaction.

Au bout de 6 heures, les réactions négatives ne montrent aucune modification ; les réactions positives sont caractérisées par une précipitation.

Comparée aux autres réactions classiques, cette nouvelle réaction s'est montrée plus sensible surtout dans la syphilis latente, héréditaire et primaire. Les premiers essais ont porté sur 250 cas ; 121 contrôles dans des affections diverses furent tous négatifs. A. Bocage.

Influence de la vaccination du milieu et de l'addition d'antivirus sur la croissance d'« Achorion schœnleini », par G. Fabiani. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CIX, nº 5, 12 février 1932, pp. 403-404.

On sait que sur le malade le staphylocoque favorise le développement de l'*achorion*. Expérimentalement, l'achorion ne pousse plus sur de la gélose vaccinée contre le staphylocoque, par contre il pousse mieux sur gélose additionnée d'antivirus staphylococcique (filtrat de culture en bouillon). A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Syphilis cérébrale à forme myoclonique. par R. Poinso. M. Legrand et R. Beaucaire. *Gazette des Hôpitaux*, 105e année, nº 10, 3 février 1932, pp. 165-167.

Observation très détaillée d'une malade entrée à l'hôpital insomnique, loquace, mais non démente, et présentant des myoclonies généralisées

suivies bientôt de hoquet. Les antécédents d'ictus hémiplégiques répétés, les signes sérologiques, l'évolution ultérieure, montrèrent qu'il ne s'agissait pas d'encéphalite mais de syphilis cérébrale en train d'évoluer vers la paralysie générale précoce. En dehors de la rareté des myoclonies dans la syphilis nerveuse, cette observation est intéressante en ce qu'elle apporte un argument en faveur de l'origine corticale des myoclonies. A. BOCAGE.

Les formes dépressives de la paralysie générale, par C. VURPAS et L. CORMAN. *Gazette des Hôpitaux*, 105e année, n° 11, 6 février 1932, pp. 181-186.

Revue générale sur ces formes habituellement mal connues des praticiens.

L'état dépressif n'est pas exceptionnel au début de la paralysie générale caractérisé par de la lassitude, des douleurs diffuses, de l'inquiétude avec tristesse, de l'anorexie suivie d'amaigrissement. Dès cette période, il existe un léger degré d'affaiblissement intellectuel et de paralysie de la parole. Le plus souvent cet état est remplacé par l'euphorie classique qui fait quelquefois méconnaître l'aggravation de la maladie.

A la période d'état des formes dépressives de la paralysie générale, le délire s'associe habituellement à l'état mélancolique, folie d'opposition, mutisme, refus d'aliments, de soins, délire de négation, de non-existence des organes, parfois idées de persécution avec auto-accusation ; hallucinations rares. A l'examen se révèlent la perte de l'attention, la diminution du jugement et de la volonté ; les idées sont incohérentes et absurdes. Somatiquement, le masque paralytique est constant avec trémulations fibrillaires au moment de la parole ; la tendance aux escarres est très marquée.

Le pronostic est plus grave que dans les formes avec euphorie.

Un chapitre de diagnostic et des indications bibliographiques complètent ce travail. A. BOCAGE.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques (Paris).

Le traitement des chéloïdes, par J. BELOT. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. CIII, 3e cahier, 10 février 1932, art. 30180.

On sait combien les chéloïdes peuvent être difficiles à guérir. Il faut de la patience, du temps et, comme le dit B., le choix judicieux de la méthode commande l'excellence des résultats. Il donne précisément les moyens de faire ce choix délicat, et indique la technique de chaque méthode et ses résultats. Il envisage les scarifications, l'électrolyse, l'ionisation, la cryothérapie, l'électro-coagulation, la radiothérapie, les méthodes radiochirurgicales, la radiumthérapie. Deux procédés surtout méritent de retenir l'attention : l'électrolyse dont les indications sont aujourd'hui restreintes, et les radiations, rayons X et radium qui, seuls ou combinés aux massages, aux scarifications et à la chirurgie, dominent la thérapeutique de cette affection. H. RABEAU.

Les sels d'or dans le traitement des tuberculoses cutanées et des tuberculides, par P. Fernet. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. CIII, 3e cahier, 10 février 1932, art. 30181.

Dans cette courte revue générale, F. montre, suivant les lésions traitées, les résultats obtenus grâce aux diverses préparations de sels d'or. Il indique rapidement leur posologie et leurs avantages, sans oublier les risques possibles de cette médication, un seul parmi eux présente un caractère redoutable : l'érythrodermie. H. Rabeau.

Le lichen plan, clinique, étiologie et traitement, par L. Jausion et A. Pecker. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. CIII, 3e série, 10 février 1932, art. 30182.

Les auteurs étudient les caractères cliniques du lichen plan, qu'ils considèrent comme une allergide mycosique. Leur théorie repose sur le fait que dans tous les cas de lichen plan qu'ils ont éprouvés ils ont pu déceler l'allergie mycélienne, et parfois constater le développement du lichen sur l'emplacement d'une mycose. Ils trouvent un autre argument dans l'épreuve thérapeutique, leurs malades ayant guéri par les clasines polymycosiques, vaccins spécifiques des mycoses.

H. Rabeau.

Les ondes courtes en dermatologie, par Saidman. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. CIII, 3e cahier, 10 février 1932, art. 30183.

Les ondes courtes constituent une infra-diathermie dont l'utilisation en médecine est trop récente pour que toutes les indications soient encore précisées. Les applications dermatologiques sont de trois ordres : action calmante sur le système nerveux cutané, en particulier sur le prurit ; action eutrophique ; action destructive, coagulation et bistouri. S. décrit un appareil qui permet ces différentes utilisations.

H. Rabeau.

Actinothérapie du psoriasis, par J. Meyer. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. CIII, 3e cahier, 10 février 1932, art. 30184.

M. précise les techniques d'irradiation. Les rayons ultra-violets à dose intensive, moyenne ou modérée, décapent une grande proportion de psoriasis. On a intérêt à leur associer les topiques, dont le meilleur est la chrysarobine. On ne saurait, par ces méthodes, promettre la guérison, mais un blanchiment plus ou moins complet, d'une durée incertaine.

H. Rabeau.

Paris Médical.

La valeur thérapeutique de certains équivalents de l'asthme, par L. de Gennes. *Paris Médical*, 22e année, n° 8, 20 février 1932, pp. 172-174.

Deux observations curieuses d'asthme amélioré par l'apparition d'une poussée d'eczéma. Une des malades provoquait volontairement une der-

mite étendue pour se débarrasser de sa dyspnée ; l'autre n'obtenait le même résultat qu'en faisant suinter abondamment un eczéma sec en le recouvrant d'un tissu imperméable qui déterminait une exosérose abondante. A. Bocage.

Un cas de syphilis pulmonaire aiguë, par R. Moreau. *Paris Médical,* 22e année, nº 8, 20 février 1932, pp. 174-180.

Observation détaillée d'une syphilis broncho-pulmonaire ayant évolué en deux épisodes avec accalmie de 3 mois entre eux, simulant une broncho-pneumonie tuberculeuse, chez une femme atteinte de syphilis secondaire tout d'abord méconnue ; guérison rapide et complète par le traitement spécifique. A noter au début une laryngite transitoire, l'existence d'une température à 39° longtemps persistante, la présence d'hémoptysies presque quotidiennes pendant 2 mois, enfin un épisode asphyxique aigu très impressionnant ayant fait songer à une poussée granulique.

De cette observation se dégage cette notion qu'en présence d'une broncho-pneumonie subaiguë dont la nature tuberculeuse n'est pas prouvée, il faut rechercher systématiquement la syphilis.

Un index bibliographique complète cette étude.

A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

L'eczéma : ce que nous en savons et n'en savons pas, par R. Sabouraud. *Presse médicale,* 40e année, nº 12, 10 février 1932, p. 217.

S. a voulu faire « un examen panoramique et forcément très général de l'évolution de nos idées sur le sujet ». Il faut le lire pour saisir, si magistralement exposé par lui, l'enchaînement des faits, comment le phénomène de Koch, la cuti-réaction de von Pirquet, l'anaphylaxie de Richet, l'agglutination et la colloïdoclasie de F. Widal, qui semblent loin de l'eczéma en éclairent au contraire la pathogénie. Au point de vue clinique, l'ancien eczéma est bien démembré. D'abord, il faut en retirer toutes les infections microbiennes et mycosiques. Puis une part énorme de l'eczéma, autrefois considéré comme maladie de cause interne, a été détachée de lui à mesure qu'on a pu en prouver l'origine externe ou traumatique. — Les trichophytides de Bloch, les lévurides de Ravaut ne sont qu'un emblème, un symbole. Un nombre infini de dermatoses doivent reconnaître une origine similaire.

« Nous n'appelons plus eczéma que les seules épidermites dont nous ne savons pas la cause.

« Le mot d'eczématisation, au contraire, qui désigne seulement un processus clinique et anatomique variable dans ses formes mais disposé de même quant au fond, car il est constitué par l'exosérose, doit rester et restera pour désigner cette forme de réaction cutanée.

« Les travaux modernes, en nous montrant des sensibilités électives à des agents qui ne sont pas également vulnérants pour tous, ne nous

ont pas expliqué ni le comment ni le pourquoi de cette sensibilité personnelle à chacun, devant chaque traumatisme et des sensibilisations acquises ; questions nouvelles. » H. RABEAU.

Algérie Médicale (Alger).

La syphiligraphie et la dénatalité en Algérie, par MONTPELLIER et LEFRANC. *Algérie Médicale*, janvier 1932, p. 7.

Les auteurs n'apportent pas une statistique, mais un résumé des fiches prises aux consultations de dermato-syphiligraphie du Dispensaire de la Croix-Rouge.

452 femmes ont eu, seulement sur 1.187 grossesses (avouées), 494 enfants vivants. Ces enfants portent pour la plupart des stigmates ou des accidents hérédo-syphilitiques et leur avenir semble devoir être réservé.

Une semblable constatation montre l'intérêt considérable qui s'attache à la lutte antivénérienne en Algérie. P. VIGNE.

A propos d'un cas grave de kérion de Celse, par ALLANIC. *Algérie Médicale*, janvier 1932, p. 13.

Observation d'un très volumineux kérion du cuir chevelu entouré d'une vingtaine de kérions plus petits. La culture du parasite a montré du *T. gypseum asteroïdes*.

L'auteur signale une véritable épidémie de kérions dans les faubourgs d'Oran et pense à une contagion par chats et chiens.

P. VIGNE.

Au sujet du traitement des teignes par l'acétate de thallium, par MÉLÉ. *Algérie Médicale*, janvier 1932, p. 19.

L'auteur a traité 91 sujets atteints de trichophytie, par l'acétate de thallium. Celui-ci a été administré par ingestion à la dose de 7 mgr. 1/2 ou 8 milligrammes par kilogramme, avec une dose maxima de 30 centigrammes de médicament par personne.

Le médicament a été administré dans 104 cas et la chute des cheveux a été obtenue 93 fois, le pourcentage de chute est donc de 89 o/o, mais le pourcentage de guérison complète n'a été que de 62 o/o. Dans 10 cas, la chute des cheveux a été nulle.

Les auteurs ont surtout utilisé cette méthode parce que dans les douars algériens le traitement par radiothérapie ne peut être mis en œuvre faute d'appareils.

Le pourcentage relativement médiocre de 62 o/o de guérison tient aux difficultés suivantes :

1° Repousse rapide des cheveux après le traitement, ce qui réduit considérablement le temps dont les malades disposent pour soigner leurs lésions.

2° Incurie des malades qui, dans ce court espace de temps, ne font pas régulièrement, ni assez activement, le traitement iodé.

Deux sujets seulement sur 91 ont eu quelques arthralgies passagères et ces accidents se sont produits lors d'une seconde administration du médicament, 47 jours après la première. L'élimination complète de la dose semble donc être plus longue qu'on ne le pense habituellement. On ne devra répéter celle-ci que prudemment.

L'auteur signale en outre qu'il a observé que quand on administre le médicament à des enfants frères ou sœurs de même père et mère, l'alopécie se produit parallèlement chez tous, si bien que si la chute des cheveux est nulle pour l'un, elle est nulle pour les autres.

P. VIGNE.

Lyon Médical.

Angine de poitrine d'origine coronarienne syphilitique. Sept observations nouvelles avec autopsie, par L. GALLAVARDIN. *Lyon Médical*, 64e année, t. CXLIX, no 8, 21 février 1932, p. 217.

Il s'agit d'angine de poitrine par aortite avec rétrécissement des orifices coronariens. La syphilis fut diagnostiquée dans 6 cas : elle était certaine dans 5 cas et fut admise dans le sixième, malgré l'absence de tout antécédent et un Bordet-Wassermann négatif. En revanche, elle fut méconnue dans un cas chez un homme de 64 ans, qui ne présentait aucun antécédent syphilitique et dont le Bordet-Wassermann était négatif ; l'autopsie devait déceler chez lui la coexistence d'importantes lésions athéromateuses. G. oppose ces observations à celles qu'il a publiées récemment concernant des angines de poitrine non syphilitiques par artérites coronariennes primitives et de cause indéterminée, sans aortite. JEAN LACASSAGNE.

Accidents de syphilis viscérale chez des paralytiques généraux traités au stovarsol. Nécessité de joindre au stovarsol un traitement spécifique, par BARBIER et THÉVENON. *Lyon Médical*, 64e année, t. CXLIX, no 8, 21 février 1932, p. 238.

Les auteurs rapportent l'observation de deux malades traités régulièrement et avec intensité par le stovarsol et ayant présenté de nouveaux accidents de syphilis viscérale (aortite).

Pour éviter l'évolution des manifestations syphilitiques, B. et T. conseillent de faire le même jour aux malades ambulatoires, une injection de stovarsol intramusculaire et une injection intraveineuse de cyanure de mercure. JEAN LACASSAGNE.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur la pathologie générale et la biologie de l'immunité de la syphilis (Zur allgemeinen Pathologie und Immumbiologie der Syphilis), par R. STREMPEL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, f. 1/2 et 3, janvier et février 1932. pp. 1 et 132.

Nous ne pouvons que résumer les conclusions de ce long mémoire, à lire dans l'original.

Chez l'homme, il n'y a pas de résistance naturelle à la syphilis ni de guérison spontanée par stérilisation. Outre les singes et les lapins, les souris sont utilisables dans l'étude expérimentale de la syphilis, malgré l'absence de manifestations cutanées chez ces animaux, qui abritent le spirochète dans leur cerveau. D'après Schlossberger, les spirochètes, après passage chez la souris, deviennent neurotropes chez le lapin. On sait, par la clinique, que l'infection syphilitique détermine des modifications biologiques dans l'organisme humain ; on sait aussi que la surinfection avec signes cliniques est exceptionnelle au cours de la maladie, sans qu'on puisse l'exclure absolument. A côté de l'anergie, il y a aussi une allergie. Chez l'homme, l'infection syphilitique se traduit par une résistance de la peau à toute nouvelle inoculation naturelle ; celle-ci n'est possible que pendant la période d'incubation, l'expérimentation montre pourtant la possibilité de la superinfection. Expérimentalement, cette immunité cutanée à une nouvelle infection est marquée pendant la période exanthématique, mais elle diminue pendant les périodes de latence et tertiaire. Elle est absolue au cours de la paralysie générale. Entre l'expérimentation et les conditions naturelles d'inoculation, il y a différence de quantités ; chez l'animal, on inocule toujours de grandes quantités de spirochètes. Chez l'homme, on a pu réaliser une superinfection sans symptômes. Chez l'homme, les modifications tissulaires produites par l'infection font que les lésions de superinfection reproduisent les caractères de la période correspondante de la maladie : pendant la période secondaire, lésions à type secondaire ; pendant la période tertiaire, lésions tertiaires.

Chez le lapin, au cours de la maladie, il se développe une immunité à toute réinoculation. La réinfection dépend, dans une certaine mesure, de l'espèce du virus ; avec un virus hétérologue, la réinoculation est moins difficile. L'absence de manifestations cliniques après une superinfection signifie qu'il existe seulement une « immunité contre le chancre », une impossibilité de réagir par une lésion chancreuse. Les lésions de superinfection diffèrent histo-pathologiquement du chancre normal. La formation du chancre est nécessaire à l'apparition de l'immunité. L'inoculation intraveineuse ou intrascrotale n'empêche pas le développement du chancre de réinoculation. L'échec de la réinoculation ne signifie pas toujours l'existence d'une infection antérieure encore active. Plus la syphilis est ancienne, plus il faut compter avec la possibilité d'une nouvelle infection sans symptômes.

Le traitement, en jugulant l'infection, fait disparaître peu à peu l'immunité, ce qui est plus vraisemblable qu'un retour pur et simple à l'état normal antérieur. L'organisme, en effet, s'immunise activement contre le spirochète ; il en résulte des modifications cellulaires et tissulaires qui survivent à l'infection, sans que l'immunité soit indéfinie. Dans les cas au début, traités énergiquement, l'immunité disparaît plus vite ; d'où la possibilité d'une réinfection, l'organisme n'ayant pas eu le temps de se modifier profondément. Mais si l'orga-

nisme a eu le temps de s'immuniser, le traitement, qui détruit les spirochètes, ne modifie pas l'état d'immunité acquis. L'existence d'un cycle évolutif du spirochète n'explique pas les réinfections sans symptômes. Les autres formes du spirochète n'ont pas eu encore de valeur pratique : seule la présence du spirochète permet d'affirmer le diagnostic. Il n'y a pas d'anticorps spécifiques certains. En pratique, la nature de l'immunité (immunité vraie ou immunité à l'infection) a peu d'importance, car elle n'est jamais assez forte ni assez longue pour empêcher les superinfections. La thérapeutique reste sans changement : le traitement maximal doit être toujours employé.

L. CHATELLIER.

Leuconychie familiale totale. Taches brunes des ongles consécutives à une élimination de sulfure de mercure (Leucopathia totalis familiaris. Bildung Schwarzer Flecke auf der Nägeln durch unbe absichtige therapeutische Ausscheidung von quecksilbersulfid), par J. HELLER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, f. 3, février 1932, p. 127.

1° H. rappelle d'abord les travaux antérieurs sur la leuconychie familiale qui est d'ailleurs très rare (A. V. Bauer l'a constatée sur 16 personnes appartenant à 3 degrés d'une parenté) tantôt locale, tantôt ponctuée, tantôt striée, et que Heidingsfield attribue à une anomalie de la kératinisation permettant l'infiltration d'air. Dans le cas de H., un homme est atteint de leuconychie totale, et son frère de leuconychie incomplète.

2° Dans cette observation, il s'agit d'une psoriasique de 48 ans, qui présentait des taches brunes des ongles où l'on trouva (Biondi) du soufre, qui provenait de ce que la malade s'était traitée avec du précipité blanc et de l'acide salicylique et se lavait avec un savon sulfureux. Cet accident permet de comprendre la coloration noire des ongles dans certaines professions.

CH. AUDRY.

Rétrécissement de l'œsophage dans la sclérodermie (Stenosierender Prozess des Œsophagus bei Sklerodermie), par FISSLER et POHL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, f. 3, février 1932, p. 164, 1 fig.

Les auteurs connaissent 4 observations antérieures de ce genre (spasme, diverticule, œsophagite, atrésie). Dans leur cas, observé sur une femme de 62 ans, atteinte depuis 8 ans d'une sclérodermie progressive de la face et des extrémités, il existe au quart inférieur de l'œsophage, une sténose étroite tubulaire, où l'œsophagoscopie ne permit de découvrir ni néoplasme, ni spasme, ni érosion.

F. et P. rapprochent cette lésion de celles qu'on a notées au cours de la sclérodermie sur la langue, etc., et pensent que la sténose peut ici être de même nature que le reste de la maladie.

CH. AUDRY.

Contribution à l'étiologie, à la symptomatologie et au traitement des allergoses. Sur une manifestation inaccoutumée d'une allergie et sur le changement du caractère d'une allergose (Beiträge zur Ætiologie, Symptomatologie und Therapie der Allergosen. I Mitt. Ueber eine aussergewœhnliche Manifestationeiner Allergie und über Wechsel des Typus einer Allergose), par C. L. Karrenberg. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, f. 3, février 1932, p. 109.

L'état allergique se traduit par des manifestations cliniques diverses : cutanées, nasales, intestinales. Leur étude mérite d'être minutieusement faite. K. rapporte l'observation suivante. Une femme, après avoir mangé des noix *non pelées*, éprouve des brûlures de la bouche ; quand les noix sont débarrassées de leur pellicule, elle ne ressent rien. Manifestation identique chez un fils de la malade. Un autre fils, dans la première enfance, après absorption d'œuf, et du blanc d'œuf seul, a de la diarrhée ; cette réaction disparaît vers l'âge de 10 ans. Vers l'âge de 20 ans, l'ingestion d'oranges détermine chez lui une chaleur intense de la tête, avec rougeur de la face et du cuir chevelu, puis un accès de sueur intense, surtout au front et au nez.

C'est une forme rare d'allergose ; cette observation montre que la disposition allergique peut être héréditaire et peut varier au cours de l'existence.

L. Chatellier.

Recherches sur le traitement de la syphilis et de la blennorragie par la malaria et le Pyrifer (Erfahrungen über die Malaria-und Pyrifer Behandlung bei Lues und Gonorrhoœ), par B. Hanow. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, f. 3, février 1932, p. 173.

Rien de nouveau à propos de la syphilis. En ce qui touche la blennorragie, H. estime que quand il s'agit d'une infection gonococcique banale, récidivante, le pyrifer, qui est préférable à la malariathérapie, peut et doit être recommandé, mais toujours associé au traitement local.

Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Tophi goutteux isolés ou associés à la syphilis et à diverses lésions cutanées (Gichtnoten allein, wie in Verbindung mit Syphilis und verschiedenen Hautveränderungen), par A. Jordan, Schamschin et Dobrow. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 5, 30 janvier 1932, p. 161.

Les manifestations cutanées de la goutte, mieux connues autrefois, semble-t-il, qu'aujourd'hui, se traduisent par les tophi, des éléments éruptifs divers : taches tantôt brunes et indolentes, tantôt violacées, douloureuses, fébriles ; infiltrats aboutissant parfois à l'éléphantiasis, à l'ulcération ou à la nécrose. On a décrit en outre des poussées d'eczéma, des lésions unguéales. Les auteurs rapportent ensuite 3 observations où les tophi étaient accompagnés d'eczéma, d'aortite et d'érythème à type parapsoriasis, d'une éruption purpurique et d'une néphrite chronique mortelle. Chez tous ces malades, forte uricémie

sanguine. L'examen histologique des tophi montre l'accumulation de dépôts cristallins, la dégénérescence hyaline ou la fibrose du tissu conjonctif dermique. L. CHATELLIER.

Sur la calcinose dans la sclérodermie (Zur Frage der Kalzinosis bei Sklerodermie, par A. PERUTZ. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 6, 6 février 1932, p. 189.

Il y a calcinose circonscrite et calcinose universelle. La première observation date de 1877 (Teissier, diabète phosphatique). En 1900, Profichet a réuni un certain nombre de cas de pierres de la peau. La calcinose est fréquente dans la sclérodermie (Durham : d'après 645 cas, elle se rencontre 1 fois sur 60 cas).

P. étudie une malade de 39 ans, atteinte depuis 2 ans : l'injection intraveineuse de chlorure de calcium n'a permis de relever aucun trouble du métabolisme calcique ; l'injection d'hormone parathyroïdienne n'a pas non plus d'influence. P. conclut que la calcinose provient non pas d'un métabolisme calcique défectueux, mais d'une fixation de la chaux au niveau des tissus. CH. AUDRY.

Sur les modifications de l'excitabilité des nerfs sensibles et moteurs sous l'influence des bains (Ueber die Erregbarkeitsänderung sensibler und motorischer Nerven unter dem Einfluss von Bädern), par G. BUDELMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 6, 6 février 1932, p. 193.

L'excitabilité des nerfs se mesure par la mesure de la chronaxie ou temps nécessaire à une excitation physiologique par un courant électrique pour provoquer une irritation nerveuse. De ses recherches, B. conclut que les bains déterminent une modification de la chronaxie des nerfs sensibles et moteurs. L'excitation du bain ne suit pas la voie sanguine ; il ne s'agit pas d'un réflexe. Mais les modifications de la chronaxie dépendent du système nerveux sympathique, comme le prouve l'action inhibante de l'ergotamine. L. CHATELLIER.

Sur les formes du gonocoque de Neisser (Ueber die Gestaltungsformen des Neisserschen Gonokokkus), par J. SZILVASI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 6, 6 février 1932, p. 204, 3 fig.

Entre préparations colorées et préparations examinées sur fond noir ou avec l'encre de Chine, S. a constaté des différences de volume et d'apparence. Il a voulu rechercher si les fixateurs, le mode de coloration n'apportaient pas de modifications à la morphologie du gonocoque. Il a fixé par la dessiccation, la chaleur, l'alcool éthylique ou méthylique, les acides ou les bases alcalines diluées ; il a examiné sur fond noir, après mélange avec l'encre de Chine ou après colorations diverses (bleu de méthylène, vert de méthyle, pyronine, Gram, fuchsine phéniquée, spirsil) et en colorations vitales. Il conclut que le gonocoque est plus gros qu'on ne le décrit. Par le spirsil, il a pu constater des formes de division, des granulations intragonococciques et une capsule fortement colorée. Ces résultats demandent des recherches plus approfondies. L. CHATELLIER.

Pseudo-xanthome élastique de Darier et stries pigmentées du fond de l'œil chez deux frères (Pseudo-xanthoma elasticum (Darier) und Pigmentstreifenerkrankung des Augenhintergrundes bei zwei Brüdern), par W. Krantz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 7, 13 février 1932, p. 233, 4 fig.

Sur 4 frères vivants, 2 présentent du pseudo-xanthome élastique de Darier, conforme à la description de ce dernier (aisselles, pli inguinal). L'examen ophtalmologique montre, sur le fond de l'œil, des stries pigmentées, qui ont été signalées dans 7 autres cas. Il est possible que les deux lésions coexistent toujours et qu'il s'agisse là d'une maladie familiale systématisée. Toutefois, cette conception demande confirmation par examen oculaire systématique. L. Chatellier.

Sur la culture du virus de la vaccine dans les cultures de tissu (Ueber die Züchtung von Vakzinevirus in der Gewebekultur), par G. Nauck et E. Paschen. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 7, 13 février 1932, p. 238, 1 fig.

Les cultures de tissu permettent aujourd'hui de cultiver le virus vaccinal selon la technique introduite par Parker et Nye. Le meilleur tissu est le testicule de lapin. Carrel et Rivers ont employé avec succès du tissu d'embryon de poulet. N. et P. ont réussi à cultiver le virus vaccinal en partant de la lymphe humanisée. Ils obtiennent du plasma de lapin par centrifugation de sang carotidien additionné d'héparin à 1 o/oo ; le mélange, refroidi, est centrifugé. Au plasma, ils ajoutent un extrait d'embryon de poulet, de rate ou de testicule de lapin. Le fragment de tissu à cultiver est porté dans un mélange : 4 parties de plasma, 1 partie d'extrait et 1 partie de lymphe humanisée diluée au 1/100e. Au bout de 4-5 jours, le morceau de tissu est porté dans un milieu frais (4 parties de plasma + 1 partie d'extrait). Ils ont obtenu ainsi au bout de 20 passages une augmentation de la virulence et la multiplication des corps élémentaires de Paschen.

L. Chatellier.

La culture du gonocoque (Die Züchtung der Gonokokken), par J. Szilvasi. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 7, 13 février 1932, p. 245, 3 fig.

Les cultures du gonocoque prélevées sur le pus uréthral sont toujours étouffées par la pullulation des autres germes, même quand on n'en voit pas à l'examen direct. S. emploie un milieu solide : ascite-agar ; gélose au sang. Il ensemence le pus par toutes petites taches ponctiformes : à la périphérie de la tache, on trouve le gonocoque pur. Pour obtenir des cultures durables, il recouvre la culture habituelle d'huile de paraffine ou de sésame stérile. La vitalité de ces cultures anaérobies est très longue ; en les repiquant sur milieu solide aérobie, on obtient des cultures vivaces.

L. Chatellier.

Dermatoses hormonales de la femme. II. Acné sexuelle (Hormonale Frauendendermatosen), par R. V. Leszczynski et S. Liebhart. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 8, 20 février 1932, p. 261, 1 fig.

Parmi les dermatoses d'origine endocrinienne chez la femme, l'acné est la plus sûrement liée aux troubles des glandes internes. Il existe une acné sexuelle, siégeant surtout sur les joues et accompagnées de troubles menstruels ; une acné gastro-intestinale et une acné thyréogène et séborrhéique. A chacune de ces variétés, il convient d'opposer l'opothérapie convenable ou le régime approprié.

L. Chatellier.

Sur la pathogénie des alopécies diffuses précoces (alopécie séborrhéique, pityrode) (Beiträge zur Pathogenese der fruhzeitigen diffusen Alopezien) (Alopecia seborrohica, A. pityrodes), par A. Cederberg. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 8, 20 février 1932, p. 272.

C. croit qu'on peut considérer que la spermocystite chronique ou toute autre infection génitale joue un rôle dans l'étiologie de l'alopécie juvénile précoce, dite séborrhéique, à la façon d'une infection « focale ». Il s'appuie sur le fait que sur 102 malades, il en a trouvé 92 qui présentaient des traces d'infection génitale.

Ch. Audry.

Rapports entre la syphilis, le salvarsan et le soit disant ictère catarrhal, d'après 2.500 cas observés dans la marine allemande de 1919 à 1929 (Die Zusammunhænge zwischen Syphilis, Salvarsan und der sog-katarrhalischen Gelbucht auf Grund von 2.500 in der Marine von 1919-1929 beachteten Fallen), par H. Ruge. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 8, 20 février 1932, p. 278.

Ils se répartissent ainsi : 1.723 cas d'ictère simple, 647 après syphilis et salvarsan, 10 après syphilis et bismuth, 52 après salvarsan sans syphilis, 1 après intoxication arsenicale, 25 ictères syphilitiques précoces, 1 hépatite syphilitique, 2 décès pour les ictères simples, 9 pour les ictères après salvarsan.

R. pense que dans tous les cas, il s'agit d'une même maladie appartenant probablement au groupe typhlo-colibacillose. Mais l'action de la syphilis et celle du salvarsan sur le foie multiplient les cas chez les sujets atteints de syphilis ou traités par le salvarsan. Ch. Audry.

Eczéma séborrhéique d'Unna ou Schizosaccharomycose de Benedek ? IVe Mém. : Sur la présence de levures dans le sang circulant, par W. Engelhardt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 9, 27 février 1932, p. 305.

En suivant aussi exactement que possible les indications de Benedek, E. n'a pas réussi, dans 115 cas, à mettre les levures en évidence soit par examen direct soit par culture. Les résultats douteux sont dus à des fautes de technique. E. signale les causes d'erreur.

Benedek affirme que, dans près de 100 o/o des cas, on trouve des

levures chez l'homme dans le sang du cordon ou dans les vésicules par cantharide ; si cette constatation est vérifiée, elle rend le rôle étiologique des levures presque impossible. La conclusion que les levures sont des parasites de l'homme demande d'autant plus vérification que Benedek et d'autres ont insisté sur le rôle pathogène de ces levures dans certaines affections de la vésicule et du foie.

L. CHATELLIER.

Contribution à la casuistique des télangiectasies dans la syphilis (Kasuistischer Beitrag zu Telangiektasien bei Lues), par C. SPEIERER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 9, 27 février 1932 p. 311. 2 fig

Les télangiectasies essentielles, localisées ou diffuses, frappent surtout les membres inférieurs. E. Hoffmann les rattache comme le *livedo racemosa* d'Ehrmann à la syphilis, opinion discutée. S. apporte l'observation d'un homme chez qui l'étiologie syphilitique est certaine. Le traitement supprime les douleurs et arrête le développement des télangiectasies ; dans le cas de Chargin, celles-ci ont régressé.

L. CHATELLIER.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Hyperglycémie et maladies de la peau (Hyperglycemia and skin diseases), par ROST. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, février 1932, p. 57.

L'évaluation de la glycémie, dont le taux est relativement variable chez les sujets normaux, fournit des indications moins précises que l'épreuve de la tolérance au sucre après absorption d'une quantité déterminée de glucose. Seule cette épreuve est capable de révéler les états prédiabétiques.

Il est exceptionnel de trouver une courbe glycémique anormale dans l'acné, la furonculose, les pyodermites, les eczématides, les éruptions artificielles, la tuberculose cutanée. On la rencontre dans des cas relativement rares d'eczéma.

Au contraire, dans le psoriasis, la courbe glycémique est anormale dans 48 o/o des cas. Ce n'est cependant pas une raison suffisante pour instituer un traitement insulinique dans tous les cas. D'ailleurs, le psoriasis ne paraît pas être une entité étiologique.

Presque tous les cas de prurigo diathésique de Besnier s'accompagnent d'un léger trouble du métabolisme du sucre.

Par conséquent, si un désordre dans l'utilisation du sucre existe occasionnellement au cours de certaines dermatoses, il n'est pas de type clinique spécial correspondant à cet état. S. FERNET.

Quelques observations sur les dépôts d'or dans la peau (Some observations on the deposition of gold in the skin), par WIGLEY. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, février 1932, p. 69.

W. a eu l'occasion de rechercher la présence de l'or dans des frag-

ments de peau prélevés sur des malades présentant des dermites généralisées consécutives à des traitements par des sels d'or (Sanocrysine). La présence de fines granulations d'or a été constatée dans les trois cas.

L'étude complète de ces trois malades amène W. à établir les conclusions suivantes : toute altération rénale entraîne une rétention de l'or dans l'organisme ; l'or se dépose dans divers viscères et dans la peau. Il occasionne dans la peau des modifications cellulaires de divers ordres, une réaction inflammatoire non spécifique, de la desquamation (processus d'élimination), une production exagérée de pigment.

Il est probable que c'est par un processus d'irritation locale et de réaction inflammatoire consécutive que l'or agit dans le lupus érythémateux. S. FERNET.

Bruxelles Médical.

Les triades de séro-réactions dans la syphilis, complétées par la réaction de Calmette et Massol, par VAN DEN BRANDEN, NÉLIS et R. BERNARD. *Bruxelles Médical*, 12e année. nº 16, 14 février 1932, p. 445.

Les auteurs utilisent les trois réactions de Bauer-Hecht, Stern et de Bordet-Wassermann qui, dans la majorité des cas, leur donnent des résultats concordants, mais ils conseillent d'effectuer toujours les trois réactions sur le même sérum. S'il y a discordance, elle est en faveur de la réaction de Bordet-Wassermann qui leur a donné le plus grand nombre de réactions positives. Si le sérum est empêchant ou en cas de résultats discordants, ils conseillent d'effectuer la réaction de Calmette-Massol, capable d'apporter au syphiligraphe un élément supplémentaire d'information. H. RABEAU.

Fragilité du fœtus et de l'enfant mâles vis-à vis de l'infection tréponémique, par B. DUJARDIN, J. LEY et J. TITEGA *Bruxelles Médical*, 12e année, nº 17, 21 février 1932, p. 485.

Gougerot a publié en mars 1930, cette observation remarquable de 4 filles vivantes et 4 garçons viables issus d'un même couple de syphilitiques, montrant une fragilité spéciale du fœtus et de l'enfant mâles vis-à-vis de l'infection tréponémique. Les auteurs apportent 4 observations démonstratives de cette fragilité particulière de l'enfant mâle. Observation 2 : 10 hérédos avec 6 enfants mâles mort-nés et 4 filles survivantes ; observation 4 : 11 hérédos, avec 4 enfants mort-nés mâles et sans fille mort-née. D. a déjà insisté d'une façon générale sur la capacité réactionnelle particulière du sexe féminin. Elle se traduit par une capacité d'allergie plus nette vis-à-vis des intradermo-réactions, réactions allergiques favorables vis-à-vis de la tuberculose, syphilis plus rarement anallergique chez la femme. La résistance du fœtus féminin à l'infection syphilitique est peut-être du même ordre.

H. RABEAU.

Ceara Medico
(Ceara-Fortaleza (Brésil)).

Quatrième maladie vénérienne ? (Quarta Molestia venerea ?), par Virgilio de Aguiar. *Ceara Medico*, 10e année, novembre 1931, p. 3.

Le bubon climatique, considéré d'abord comme une lymphogranulomatose inguinale subaiguë, est actuellement désigné sous le nom de maladie de Nicolas-Favre ou encore de quatrième maladie vénérienne.

Il est de notion courante que cette affection est épidémique en certaines régions où elle atteint surtout les soldats et les marins. On s'accorde à reconnaître sa rareté chez la femme.

Sa pathogénie est controversée. Un grand nombre d'auteurs nient ou mettent en doute son origine vénérienne. D'autre part, elle n'a pas toujours pour siège les ganglions de l'aîne.

Si ces notions sont exactes, la dénomination de quatrième maladie vénérienne devrait être abandonnée. J. Margarot.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Stomatite lichénoïde persistante d'origine aurique et aurides buccales (Estomatitis liquenoide perstans de origen aurico y aurides bucales), par Enrique Alvarez Sainz de Aja. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, n° 4, janvier 1932, p. 221.

Chez trois sujets atteints de lupus érythémateux et traités par des préparations auriques diverses, apparaît un lichen limité à la muqueuse buccale.

Pour S. de A., il ne s'agirait pas d'un vrai lichen, mais bien d'une lichénification consécutive au traumatisme buccal que représente l'imprégnation de la muqueuse par l'or et son élimination.

Tandis que les dermites lichénoïdes consécutives à des injections de préparations auriques ou arsenicales, guérissent dans un délai assez court, les lésions buccales isolées, observées par l'auteur, ont eu une durée de plusieurs mois et même d'un an. C'est pour cette raison qu'il a choisi la dénomination de « stomatite lichénoïde persistante d'origine aurique ». J. Margarot.

Deux cas de pellagre chez des sujets normalement alimentés (Dos casos de pelagra en sujetos normalmente alimentados), par Tomas Caro-Paton. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, n° 4, janvier 1932, p. 224.

Deux travailleurs agricoles, âgés respectivement de 64 et 42 ans, sont atteints de pellagre. Ils ne consomment pas de maïs. Leur nourriture est variée. Ils ne paraissent pas s'être livrés à des excès alcooliques.

C. P. émet l'hypothèse d'une carence alimentaire, d'origine purement digestive. Elle s'expliquerait par une assimilation défectueuse, en rapport elle-même avec une dyspepsie intestinale, les deux malades étant l'un et l'autre des diarrhéiques. J. Margarot.

Crise nitritoïde bismuthique (note clinique). Nouveau cas d'observation personnelle (Crisis nitritoide bismutica (nota clinica) nuevo caso de observacion personal), par JENARO MANERU. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, n° 4, janvier 1932, p. 232.

Une femme de 25 ans, ayant une légère intolérance au néosalvarsan, présente, après une cinquième injection de bismuth, une sensation d'oppression, une toux sèche, une congestion intense de la face, du cou, du thorax et de l'injection conjonctivale. Le pouls est fort, rapide.

Ces troubles disparaissent rapidement après une injection sous-cutanée d'adrénaline.

Chez une autre malade, on note, après l'injection d'une préparation lipo-soluble, de la congestion de la face, de la constriction thoracique, un état nauséeux, un pouls tendu. Une demi-minute après, survient une phase lipothymique avec pâleurs, sueurs froides, petitesse du pouls.

J. M. élimine l'hypothèse d'une embolie par pénétration du bismuth dans une veine pour adopter celle d'un choc anaphylactique.

J. MARGAROT.

Un cas de syphilis secondaire floride avec réactions d'hémolyse franchement négatives et de floculation fortement positives (Un caso de sifilis secundaria florida con reacciones de hemolisis francamente negativas y de floculacion fuertemente positivas), par E. DE GREGORIO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, n° 4, janvier 1932, p. 235.

Un malade ayant des syphilides papuleuses discrètes du scrotum, des plaques muqueuses de l'amygdale et un mauvais état général, avec légère élévation fébrile, présente, après deux injections de néosalvarsan et trois de bismuth, des réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht négatives, tandis que les réactions de floculation de Meinicke et de Kahn sont fortement positives.

Trois semaines après, le traitement étant continué régulièrement, les quatre réactions sont fortement positives. J. MARGAROT.

La réaction de Rubino dans la lèpre ; sa valeur diagnostique (La reaccion de Rubino en la lepra, su valor diagnostico), par Pablo MONTANÈS. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, n° 4, janvier 1932, p. 241.

Lorsque l'on met en suspension dans du sérum de sujets normaux ou syphilitiques un volume égal de globules de mouton formolés, il se forme une suspension opaque, brune, très stable, qui se sédimente graduellement en un nombre d'heures variable.

Avec le sérum de lépreux, la sédimentation se réalise très rapidement en quelques minutes. D'autre part, elle ne se fait pas sous la forme d'un bloc constitué par une masse de globules séparés nettement du sérum limpide qui surnage. On observe (d'autant plus rapidement que la réaction est plus fortement positive) une masse homogène opaque, occupant le fond du tube et surmontée d'une partie claire dans laquelle on note une fine floculation sans qu'il y ait une limite nette entre les deux parties. Ce floculat se dépose avec rapidité dans le fond et finalement le liquide qui surnage est complètement clair.

Après avoir indiqué les résultats obtenus par les divers auteurs qui ont pratiqué la réaction de Rubino, l'auteur expose ses propres recherches :

Sur un total de 105 cas de lèpre confirmée, il trouve la réaction de Rubino positive dans 95 cas et négative dans 10 (soit 90,47 o/o de réactions positives et 9,53 o/o de réactions négatives).

Chez 54 sujets non lépreux pris comme témoins, la réaction est négative 51 fois et positive 3 fois (soit 15,55 o/o de réactions positives contre 94,45 o/o de réactions négatives).

Rubino affirme que l'ancienneté de la maladie n'influe pas sur le degré de positivité de la réaction.

D'après P. M., le pourcentage de cas positifs qui est de 80 o/o lorsque la maladie a moins de 5 ans d'existence, s'élève à 84,70 o/o, puis 95,8 o/o et enfin à 100 o/o lorsque la réaction est pratiquée chez des malades dont l'affection a respectivement de 5 à 10 ans, de 10 à 15 ans et plus de 15 ans d'existence.

Il conclut que la réaction de Rubino est, en règle générale, d'autant moins intense que l'infection est plus récente et qu'elle donne un nombre de plus en plus grand de cas positifs à mesure que la maladie est plus ancienne.

Dans les formes nerveuses pures et dans les formes commençantes, le nombre de cas positifs et aussi le degré de positivité sont moindres que dans les formes mixtes et avancées. Le caractère positif ou négatif de la réaction ne présente que peu de rapports avec la présence ou l'absence du bacille dans le mucus nasal.

La réaction de Rubino est plus fréquemment positive dans les cas de lèpre en évolution que dans les formes arrêtées.

Elle reste positive dans 80 o/o des cas cliniquement et bactériologiquement guéris.

Tous ces résultats militent en faveur de la spécificité de la réaction de Rubino. J. MARGAROT.

L'allergie cutanée dans la syphilis (La alergia cutanea en sifilis), par Eduardo DE GREGORIO et GARCIA SERRANO. *Actas Dermos-Sifiliograficas*, 24e année, n° 4, janvier 1932, p. 262.

D'après Dujardin, après une phase d'anallergie, il se produit au cours de la syphilis une hypersensibilité tissulaire manifestée par les accidents tertiaires. Parfois, au contraire, comme dans le tabès et la paralysie générale, l'état primitif d'anallergie persiste.

Dans le premier cas, les intradermo-réactions faites avec des antigènes spécifiques ou non spécifiques sont positives. Elles sont négatives dans le second.

Le contrôle de ces affirmations par divers auteurs a donné des résultats discordants.

E. de G. et G. S. ont expérimenté sur 84 cas de syphilis de formes et d'âges divers et de sérologie variable.

Ils ont utilisé l'hémostyl, la tuberculine, la trichophytine, la lactoprotéine. Leurs résultats, en contradiction avec ceux de Dujardin, se rapprochent de ceux qui ont été apportés par Sézary, Cometou et par d'autres auteurs.

Ils permettent cependant d'établir que l'allergie est plus marquée dans la syphilis tertiaire que dans les phases initiales de l'infection. C'est dans la syphilis latente avec sérologie fortement positive que les résultats positifs sont les plus fréquents. D'après G. et S., l'allergie cutanée ne permet pas une systématisation de la syphilis puisque, comme le pensent Sézary et Cometou, la réaction allergique cutanée ne représente un état allergique ni de tout l'organisme ni plus particulièrement du système nerveux. J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

La radiothérapie vertébrale en dermatologie (Rœntgenotherapy of the spinal region in dermatology), par FOERSTER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, n° 2, février 1932, p. 256.

F. expose les diverses méthodes employées, les hypothèses qui les ont justifiées et passe en revue la bibliographie du sujet.

Il a, personnellement, traité 98 cas de dermatoses variées par la radiothérapie vertébrale et souligne son efficacité dans la majorité des cas de lichen plan, dans la moitié environ des cas de dermatite herpétiforme (atténuation des douleurs) et dans tous les cas de zona grave, dont l'évolution se trouve abrégée et les douleurs calmées.

S. FERNET.

Cephalosporiosis, par MÜLLER et MORROW. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, n° 2, février 1932, p. 294, 10 fig.

Les auteurs décrivent un cas de perforation palatine consécutive à une gomme mycosique chez un homme de 28 ans. La réaction de Bordet-Wassermann était négative, l'arsénobenzol inefficace. La cicatisation ne fut obtenue que par l'iodure à haute dose et la radiothérapie.

Les cultures ont révélé la présence d'un champignon : le *Cephalosporium*, décrit en 1839 par Corda, considéré à l'époque comme saprophyte et non mentionné dans les classifications médicales des champignons. La littérature contient, cependant, cinq cas d'infection active par ce champignon dont trois de céphalosporiose gommeuse.

M. et M. exposent les caractères mycologiques de ce champignon qui paraît être voisin du *Sporotrichum*. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Ulcère aigu de la vulve associé à des lésions de la bouche (Ulcus vulvæ acutum associated with lesions of the mouth), par WIEN et PERLSTEIN. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVIII, n° 6, 6 février 1932, p. 461, 7 fig.

La coïncidence de l'*ulcus vulvæ acutum* de Lipschütz avec des lésions buccales a déjà été signalée à plusieurs reprises. Dans le cas décrit par W. et P., il existait des lésions vulvaires correspondant cliniquement à l'ulcère de Lipschütz et contenant le *B. crassus* en abondance et une stomatite nécrotique récidivante dans laquelle on n'a pu déceler qu'une flore non spécifique. S. FERNET.

Un cas d'inoculation accidentelle à l'homme du tréponème pâle de la syphilis expérimentale du lapin, par WAKERLIN. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVIII, n° 6, 6 février 1932, p. 479.

Un préparateur, âgé de 65 ans, se blesse au poignet droit avec une pipette contenant une souche de tréponème, isolée du liquide céphalo-rachidien d'un neuro-syphilitique il y a 13 ans et ayant subi, depuis, 40 passages sur des lapins. La plaie fut immédiatement badigeonnée à la teinture d'iode. Quatre semaines après, apparut une arthrite du poignet, puis une adénopathie généralisée, une roséole typique, un Bordet-Wassermann positif.

Cette observation montre qu'une souche de tréponèmes datant de 13 ans a conservé sa virulence pour l'homme malgré 40 passages sur des animaux. S. FERNET.

Dermatoses par sensibilisation à des agents non mycosiques survenant consécutivement à des épidermomycoses des extrémités (Sentization dermatoses of non fungous nature following superficial fungous infectious of the extremities), par WHITE et TAUB. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVIII, n° 7, 13 février 1932, p. 524.

Une épidermomycose, donnant lieu à un état d'allergie cutanée spécifique peut aussi faire naître des » hyper-allergies », c'est-à-dire des sensibilisations à d'autres substances. W. et T. ont observé 18 cas de dermatoses relevant de sensibilisations à des substances alimentaires chez des individus qui, antérieurement, toléraient ces aliments et dont l'hypersensibilité n'est apparue qu'à la suite d'une épidermocycose des extrémités. Ces dermatoses par hyper-allergie peuvent être confondues avec des trichophytides.

Dans certains cas, c'est l'association de deux aliments qui donne lieu à une réaction allergique alors que chacun d'eux, séparément, est bien toléré.

La complexité de ces faits est extrême ; une femme présentait de l'urticaire lorsqu'elle mangeait des fraises pendant les deux premiers jours de ses règles, mais jamais à un autre moment. De nombreux facteurs de nature différente paraissent intervenir pour constituer un état d'allergie spécifique exclusive. S. FERNET.

L'iodobismitol, par HANZLIK, MEHRTENS, GURCHOT et JOHNSON. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVIII, n° 7, 13 février 1932, p. 547.

Rapport préliminaire sur une nouvelle préparation bismuthique : l'iodobismuthite de sodium ou « iodobismitol » dans laquelle le bis-

muth, faisant partie du radical acide, est ionisé comme anion. Il semble, en effet, que les cations diffusibles ne passent pas aussi facilement dans le liquide céphalo-rachidien que les anions.

L'iodobismitol est une solution à 6 o/o d'iodobismuthite de Na dans du glycol éthylénique et contient 12 o/o d'iodure de Na. On l'emploie par voie intramusculaire à la dose de 2 centimètres cubes contenant 0,12 d'iodobismuthite et 0,0236 de Bi. Cette préparation est bien tolérée, rapidement absorbée et éliminée, très active.

Son intérêt spécial est dans sa faculté de pénétrer dans le système nerveux ; on a trouvé du Bi dans le cerveau des animaux injectés. Chez 92 o/o des malades traités, on trouvait 0,001 à 1,162 milligramme de Bi pour 100 centimètres cubes dans le liquide céphalo-rachidien.

Les auteurs pensent, qu'utilisé dans le traitement de la syphilis au début, l'iodobismitol préviendra la syphilis nerveuse.

S. Fernet.

Névrite rétro-bulbaire consécutive à l'emploi d'une crème épilatoire contenant du thallium (Retrobulbar neuritis due to thallium poisoning from depilatory cream), par Mahoney. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVIII, nº 8, 20 février 1932, p. 618.

Une jeune femme de 29 ans était envoyée dans un service de chirurgie nerveuse avec le diagnostic de tumeur cérébrale. Depuis 14 mois son acuité visuelle avait diminué progressivement ; la lecture était devenue impossible. Elle présentait en outre des douleurs rhumatoïdes dans les membres inférieurs. L'examen révéla une névrite optique, avec scotome central. Cette malade appliquait depuis 18 mois une crème épilatoire au thallium (*Koremlu cream*) sur des larges surfaces de son corps.

Chez une seconde malade de 28 ans, la diminution progressive de la vision avait aussi fait suspecter une tumeur cérébrale. Elle se servait de la même crème depuis 14 mois sur la figure seulement.

Un troisième cas concerne une femme de 35 ans, confinée au lit depuis 3 mois pour névrite des membres inférieurs et névrite optique, rapidement progressive.

Dans les trois cas, il y eut amélioration après cessation des applications, mais les progrès dans la vision furent lents.

S. Fernet.

The American Journal of Syphilis (St-Louis).

Le stovarsol dans la prophylaxie et le traitement de la trypanosomiase et de la syphilis (Stovarsol in the prophylaxis and treatment of trypanosomiasis and syphilis), par Kolmer et Rule. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, nº 1, janvier 1932, p. 53.

K. et R. exposent les résultats de leur expérimentation sur le stovarsol ayant pour but d'évaluer sa toxicité et son activité sur la trypanosomiase et la syphilis.

La dose mortelle minima de stovarsol de fabrication américaine est, en ingestion, de 0,8 à 1,5 centigramme par kilogramme de poids chez la lapin.

Une dose unique de 0,30 centigrammes par kilogramme, donnée par la bouche, n'empêche pas le développement de la trypanosomiase chez des rats inoculés avec le *Tr. equiperdum*. Mais 3 doses quotidiennes de 0,03 à 0,04 centigrammes par kilogramme pendant 3 à 5 jours ont empêché le développement de cette infection.

Pour faire avorter la syphilis chez un lapin inoculé, il faut, soit une dose unique de 0,15 centigrammes par kilogramme de poids, soit 8 jours consécutifs à 0,03 centigrammes par kilogramme et par jour.

Pour cicatriser le syphilome testiculaire, il faut 8 cures successives de 8 jours chacune à raison de 0,03 centigrammes par kilogramme et par jour.

La dose nécessaire pour faire avorter la syphilis du lapin étant au minimum de 0,03 centigrammes par jour pendant 8 jours, il faudrait pour un adulte de 70 kilogrammes 2,1 grammes par jour ; il ne serait pas prudent, en raison des accidents intestinaux, nerveux et cutanés possibles, de faire absorber des doses aussi élevées.

Le stovarsol en ingestion ne doit donc pas être recommandé pour le traitement prophylactique de la syphilis. Il trouve, par contre, ses indications dans le traitement de consolidation de la syphilis étant beaucoup plus actif que le mercure qui, pendant longtemps, a été utilisé dans ce but. S. FERNET.

Les propriétés spirochéticides et trypanocides du tréparsol (The trypanocidal and spirocheticidal properties of treparsol), par KOLMER et RULE. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, n° 1, janvier 1932, p. 68.

L'étude de la toxicité et de l'activité du Tréparsol se résume ainsi : toxicité légèrement plus élevée pour le lapin que celle du Stovarsol.

Pour empêcher le développement de la syphilis chez le lapin inoculé, il faut en ingestion une dose unique de 0,15 centigrammes par kilogramme ou 9 jours consécutifs à raison de 0,03 centigrammes par kilogramme.

Pour cicatriser le syphilome testiculaire, il faut, soit une dose unique de 0,24 centigrammes par kilogramme, soit 8 cures de 7 jours chacune à raison de 0,03 centigrammes par kilogramme et par jour.

Le Tréparsol est donc un peu plus toxique que le Stovarsol. Son activité sur la trypanosomiase est aussi un peu plus grande ; son activité sur la syphilis est égale ou légèrement supérieure à celle du Stovarsol. S. FERNET.

Note sur les propriétés trypanocides et spirochéticides de l'acétylarsan (A note on the trypanocidal and spirocheticidal properties of acetylarsan), par KOLMER et RULE. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, n° 1, janvier 1932, p. 73.

Après avoir déterminé les doses mortelles, les doses tolérées et curatives, K. et R. concluent que l'acétylarsan en injections intramusculaires est plus toxique pour les animaux de laboratoire que le Stovarsol et le Tréparsol en ingestion. Il est moins actif dans la trypanosomiase et la syphilis. L'acétylarsan est aussi très inférieur à la sulpharsphénamine dans le traitement de la syphilis du lapin.

S. FERNET.

Il Dermosifilografo (Turin).

Les arsénobenzols dans le traitement de l'Herpès zoster, par Giacomo SERRA. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 1, janvier 1932, p. 1.

L'auteur rappelle l'article de Milian dans *Paris Médical*, qui vante l'efficacité des injections d'arsénobenzol dans le traitement du zona. Il s'est attaché à l'étude de cette question et a pu utiliser la thérapeutique arsénobenzolique dans 15 cas de zona dont il rapporte les observations. Il a utilisé pour ces essais thérapeutiques la préparation italienne dite Néargyrol, qui contient, en outre de l'arsenic, de l'argent, et il a employé ce produit, tantôt sous forme d'injections intraveineuses, tantôt sous forme d'injections intramusculaires.

Un premier groupe de malades comprend 11 cas, où la possibilité d'une syphilis concomitante peut être exclue. La guérison des lésions cutanées fut rapide, en 6 à 9 jours au plus, et la rémission des douleurs névralgiques et cutanées fut obtenue en quelques heures.

Dans quelques cas, cette amélioration fut précédée d'une exacerbation des symptômes. Les éléments éruptifs, sous l'influence de ce traitement, passent directement de la phase vésiculeuse à la phase croûteuse de dessiccation, sans la phase purulente intermédiaire qui, d'habitude, est presque constante. En cas de complications gangréneuses, le processus est arrêté nettement dans son évolution, ce qui semble bien montrer que l'arsénobenzol n'a pas une action simplement symptomatique, mais une action spécifique sur l'agent pathogène inconnu du zoster.

Deux autres cas se rapportent à des malades précédemment atteints de syphilis : dans l'un, lues ancienne latente, traitée irrégulièrement ; dans l'autre, syphilis récente, et fait particulièrement intéressant, le zona survenant en cours de traitement arsénobenzolique.

On peut, à propos de ces deux cas, se poser trois questions : 1° si l'affection zostérienne est en rapport avec la syphilis ; 2° si l'arsénobenzol a été la cause de l'apparition du zona ; 3° si l'apparition de ce zona doit être considérée comme infirmant l'efficacité thérapeutique de l'arsénobenzol dans le zona. S. discute ces trois points ; il conclut négativement à la première question, la syphilis pouvant d'après lui exercer tout au plus une action prédisposante ; pour la deuxième, il pense que l'on pourrait incriminer tout au plus une action réactivante comparable à la réaction de Herxheimer vis-à-vis du virus zostérien ; pour

la troisième, il pense aussi, comme Milian, à une action réactivante : ne voit-on pas de même le lichen plan apparaître au cours du traitement arsénobenzolique, qui est cependant le traitement le plus efficace du lichen plan.

Enfin, deux dernières observations se rapportent à des cas de zona apparus chez des tabétiques et qui obtinrent également une amélioration rapide par le traitement arsénobenzolique. Dans ces deux cas, le rapport entre le zona et la lues pourrait paraître plus vraisemblable, mais S. pense plutôt que dans ces cas, la syphilis a agi en déterminant une sensibilisation, une réceptivité plus grande au virus zostérien.

Donc, pour conclure, les injections d'arsénobenzol sont très recommandables dans le traitement du zona, ce qui ne veut pas dire qu'on doive les employer aveuglément dans tous les cas. Les indications sont : douleurs violentes, menaces de complications : zona ophtalmique, zona gangréneux. Contre-indications : cas bénins, âge avancé, mauvais état général, intolérance arsenicale.

Il est inutile d'employer de fortes doses, à moins qu'on ne connaisse le malade comme les supportant bien. S. a employé des doses de 10 à 15 centigrammes, et 2 injections suffisent le plus souvent, à 4 jours d'intervalle. BELGODERE.

Expériences d'autohémolysothérapie intradermique dans quelques dermatoses, par GALIOTO. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 1, janvier 1932, p. 18.

Au Congrès des Dermatologistes de langue française, le 16 janvier 1930, Weissenbach et Ronget ont préconisé, sous le nom d'*hémolysothérapie intradermique*, une méthode de traitement des dermatoses qui consiste à injecter journellement dans le derme 3 dixièmes de centicube de sang laqué suivant une technique spéciale. Ce sang peut provenir du malade lui-même (autohémolysothérapie) ou d'un autre sujet (isohémolysothérapie). Les auteurs français ont employé ce procédé de traitement sur des cas de dermatoses justiciables des méthodes dites de désensibilisation, c'est-à-dire : eczéma, dermite eczématiforme, prurit, etc... Les résultats auraient été excellents, avec guérison presque constante sur les 19 cas traités.

G. a voulu contrôler ces résultats et il a soumis à cette méthode de traitement un nombre de malades à peu près égal, soit 18 malades présentant des dermatoses de même nature. Il a constaté des résultats bien différents de ceux des auteurs français. Un seul malade a guéri et encore, cette guérison ne peut-elle être portée à l'actif de la méthode, car il s'agissait d'un ébéniste atteint d'une dermatose occasionnée par le vernis ; il est bien plus probable qu'il a guéri parce qu'il a cessé de se soumettre au contact du vernis, et en effet, précédemment, la guérison avait été déjà obtenue rien qu'en supprimant le contact nocif et sans faire intervenir l'hémolysothérapie. En outre, chez ce malade, on n'a pas même obtenu la désensibilisation, car quelque temps après,

s'étant de nouveau exposé au contact du vernis, il eut une récidive. Donc, G. conclut à l'inefficacité de la méthode.

BELGODERE.

Le Camatrol S. A. I. D. A. en dermatologie, par CUCCIA. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 1, janvier 1932, p. 25.

Les nombreux avantages du goudron dans le traitement de nombreuses dermatoses sont bien connus de tous les dermatologistes. Mais ils en connaissent aussi les inconvénients : odeur pénétrante, désagréable, couleur, adhérence à la peau, difficulté d'obtenir une mousse légère et durable des savons à base de goudron.

Aussi, C. croit-il devoir signaler une préparation nouvelle dont il a obtenu toute satisfaction, car elle n'offre pas tous ces inconvénients, c'est un savon de goudron liquide, une solution de goudron de Norvège à 10 o/o dans un savon potassique liquide spécial très pur et neutre. C. a employé ce produit sous forme de savonnages, et aussi sous forme de compresses imbibées du liquide. Par l'une et l'autre méthodes, il a obtenu des résultats très satisfaisants dans tous les cas de dermatoses où l'on recherche un produit possédant une action détersive, ou calmante, ou résolutive.

Il est utile de rappeler les indications de l'emploi du goudron en dermatologie, bien connues de tous, c'est-à-dire dans les cas de dermatoses squameuses ou squamo-croûteuses (eczéma séborrhéique, séborrhée du cuir chevelu), où il convient tout particulièrement. On peut du reste associer au goudron d'autres médicaments : acide salicylique, soufre, etc...

BELGODERE.

Cronica Medica (Lima).

La « Berruga » des Conquistadors du Pérou (La berruga de los Conquistadores del Peru), par Angel MALDONADO. *La Cronica Medica*, 48e année, nº 820, octobre 1931, p. 313.

On a célébré en 1931 le quatrième centenaire de la conquête de l'Équateur et du Pérou par François Pizzaro et aussi de l'épidémie dite de Berrugas (avec un b labial et au pluriel) que l'on a identifiée avec la maladie de Carrion ou Verrue péruvienne.

L'auteur analyse les documents historiques, discute les opinions diverses qui ont été émises et conclut que cette épidémie de Berrugas de Coaque ou des Conquistadors du Pérou, répond en réalité au pian, maladie occasionnée par le *Treponema pertenue* (Castellani, 1905).

Son identification avec la verruga du Pérou résulte d'une confusion de noms.

Diverses relations géographiques apportent des arguments en faveur de l'existence ancienne du pian à l'Équateur.

Les « Berrugas » des Conquistadors du Pérou, diffèrent de la maladie de Carrion par de nombreux points :

1° Il s'agit d'une maladie de la zone intertropicale, observée dans des régions de pluies abondantes, de végétation exubérante et permanente et d'une altitude moyenne au-dessus du niveau de la mer ; tandis que la maladie de Carrion est propre aux Andines accidentées, voisines de la côte, de topographie particulière, avec des pluies de janvier à mars, une végétation xérophile intermittente et une altitude de 200 à 2.500 mètres au-dessus du niveau de la mer.

2° Aucun chroniqueur ne fait mention de l'anémie qui caractérise la maladie de Carrion.

3° La coloration des « Berrugas » est d'un blond roussâtre, tandis que celle de la verrue péruvienne est pourpre, écarlate ou rouge sombre.

4° Les papules de la Berruga des Conquistadors donnent un exsudat d'odeur désagréable et sont suivies parfois de cicatrices. Les verrurômes de Carrion ne donnent pas d'exsudat et ne laissent pas de cicatrices.

Si l'identification de la Berruga des Conquistadors et du pian se vérifie de façon définitive, il faut supprimer le premier chapitre de l'*Histoire de la maladie de Carrion*. Au lieu d'être connue depuis 1531, elle ne le serait en réalité que depuis 1630 et la première mention authentique en serait faite par Pedro Gago de Vadillo dans l'ouvrage ayant pour titre *Lumière dans la véritable chirurgie...*

Pour la même raison, il convient d'écrire un nouveau chapitre de l'*Histoire du pian en Amérique*. La preuve serait faite de l'existence de cette maladie dans le Nouveau-Monde avant l'arrivée des Espagnols. Il faudrait rejeter l'opinion admise jusqu'à ce jour de l'origine africaine du pian et de son introduction en Amérique par les esclaves noirs.

J. Margarot.

Istanbul Seririyati (Istanbul).

Zona et paralysie faciale, par Mazhar Osman. *Istanbul Seririyati*, n° 1, 1932.

Quelques jours après une éruption vésiculeuse, douloureuse, derrière l'oreille gauche, il apparaît chez le malade une paralysie de la moitié gauche de la face. Le zona est une affection des fibres sensitives et surtout des noyaux gris, tandis que la paralysie faciale est un trouble moteur. Les rapports du ganglion géniculé avec la 7e paire sont tellement étroits que l'apparition successive du zona et de la paralysie faciale est possible. La proximité de ces deux syndromes a été d'ailleurs mieux comprise, depuis l'apparition de l'encéphalite léthargique.

Abimélek.

Iodite bulleuse pemphigoïde végétante, par Hulusi Behdjet. *Istanbul Seririyati*, n° 1, 1932.

Malade entré à l'hôpital pour hydarthrose. On lui administre le premier jour 0,50 centigramme et le second jour, 1,50 gramme d'io-

dure. Dans les 6 heures apparaît sur la face un érythème diffus avec œdème de la langue et des paupières.

Autour des narines et des lèvres, sur le rebord des oreilles ainsi qu'au-dessous des paupières inférieures, éruption vésiculo-pustuleuse. Température 39°. Dans les 24 heures, éruption bulleuse pemphigoïde. A relever dans ce cas l'existence d'une légère insuffisance rénale. Au moment de l'éruption, l'urine contient plus de cylindres granuleux.

Darier avait noté la fréquence des iodides bulleuses chez des personnes atteintes d'insuffisance rénale et d'affections cardio-rénales. Bien que chez le malade en question cette éventualité ne puisse pas être négligée, le fait que l'éruption soit survenue dans l'espace d'un jour, fait penser à une anaphylaxie. ABIMÉLEK.

Aylik Tip Gazetesi (Istanbul).

Les résultats tardifs du traitement de l'hypertrichose par les rayons X en sensibilisant au préalable la papille pilaire, par CHILAIDITI. *Aylik Tip Gazetesi,* n° 14, 1931.

Communication faite à la Société turque de médecine en décembre 1931. L'auteur a traité depuis une vingtaine d'années 720 cas dont 553 jusqu'avant 5 ans.

90 o/o des malades traités ainsi n'ont pas manifesté de troubles précoces ou tardifs. Dans 10 o/o des cas, 10 malades ont accusé de légères télangiectasies avec troubles pigmentaires, toutefois sans perte de l'élasticité cutanée. 20 autres malades — pour la plupart des femmes d'un certain âge — ont montré une diminution de l'élasticité de la peau ; celle-ci a pris un aspect chagriné, ridé, surtout au niveau de la commissure labiale. Les 20 malades restants ont eu comme conséquence tardive une légère sécheresse de la peau. Presque tous ces cas se recrutent parmi les malades dont le poil n'avait pas été bien choisi.

La technique de l'auteur consiste à épiler le poil à la pince et dans 1 ou 2 jours à appliquer 1.000 à 1.200 R. (Solomon) = 400 à 100 R. intern. avec filtre d'aluminium de 1 à 2 millimètres. Après 3 mois, il répète la même manœuvre avec une dose de rayons moindre. La troisième cure se fait au bout de 6 mois. On a rarement besoin d'avoir recours à une quatrième application.

L'auteur met en relief l'importance du choix du malade. Aussi pour comprendre si un tel cas est ou non propice au traitement, l'auteur recommande d'épiler à la pince une petite partie de la région malade et de l'irradier comme il a été décrit plus haut. Si les poils poussent après 3 mois ou plus tard, le cas est favorable. Si la pousse se fait avant 3 mois, le cas n'est pas propice au traitement.

ABIMÉLEK.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel pratique de dermatologie, par A. Desaux, ancien assistant de Consultation de l'Hôpital Saint-Louis, et A. Boutelier, ancien chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint Louis, avec la collaboration de Pierre Brocq, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des Hôpitaux de Paris. Un volume de 1232 pages avec 640 fig. Masson et Cie édit. Broché 220 fr., relié toile 250 fr.

Deux anciens et excellents internes de L. Brocq parfaitement aidés, pour la partie chirurgicale, par Pierre Brocq, viennent de faire paraître, chez Masson, un important ouvrage de 1.200 pages environ, grand in-8° et illustré richement quant au nombre des figures (640 !), à leur choix et à leur reproduction qui est parfaite. L'évocation de la dermatose par l'image qui est si souvent trompeuse atteint ici une précision étonnante. Peut-être les photographies ont-elles été retouchées. Je n'y verrais pour ma part aucun inconvénient, car il s'agit de donner une impression qui remplace celle du relief nécessairement absente en dehors de la stéréoscopie. Qui nous donnera une collection stéréoscopique des Dermatoses ?

Mais revenons au *Manuel pratique* de D. et B. Ce titre est bien choisi. Ce n'est pas un Traité, au sens où on l'entend en France, c'est-à-dire un ouvrage complet où les plus difficiles peuvent trouver le moindre détail et tous les renseignements. Mais il contient l'essentiel et il est fait dans un but pratique. Il s'adresse à tous les médecins. Mais il me semble qu'il est plus particulièrement destiné aux débutants-spécialistes. Ils trouveront là les rudiments de la Dermatologie, la technique de l'examen du malade, la façon de déchiffrer sur la peau les signes qui conduiront peu à peu au diagnostic. C'est là tout le plan de l'ouvrage. En effet, dans une première partie, les auteurs mettent le médecin en face du malade, comme un botaniste devant une plante qu'il s'agit de déterminer. On part des lésions élémentaires (tache, papule, etc.) et d'après leur aspect, leur localisation, leur groupement, aidé par figures et schémas, on arrive au diagnostic : 303 pages.

La deuxième partie étudie la peau normale et pathologique et les règles générales de la thérapeutique médicale et chirurgicale. C'est cette partie qui serait la plus criticable car l'un des auteurs, A. D., tout en restant fidèle, dans leurs grandes lignes, aux idées de L. Brocq, montre qu'il a suivi le mouvement biologique contemporain et qu'il s'en est fait une sorte de système fort intéressant sans doute, mais qui s'éloigne, cette fois, de l'enseignement élémentaire.

Enfin, la troisième partie comprend les Dermatoses, leur description,

leur traitement (y compris la syphilis cutanée). C'est, comme dit Darier, la partie nosologique. Il faut bien, hélas ! se décider pour un plan de groupement des Dermatoses. On peut dire que jusqu'ici tous ceux qui s'y sont essayés ont échoué. A. D. et A. B. ne font pas exception. Ils le savent et en conviennent de bonne grâce et ils se consolent probablement en se disant, ce qui est la vérité, que les générations actuelles disparaîtront avant qu'on ait pu classer convenablement les affections de la peau. C'est l'ignorance qui nous rend impuissants et non l'imagination. Les auteurs divisent ainsi la Pathologie dermatologique :

I. Les grands syndromes inflammatoires : prurits ou lichénification, eczéma, dyshydrose, parakératoses, urticaire, prurigos, érythème polymorphe, dermatites polymorphes douloureuses, érythrodermies exfoliantes, œdème de Quincke.

II. Dermatoses artificielles de cause externe, de cause interne, professionnelles, simulées, tatouages.

III. Dermatoses causées par des parasites animaux.

IV. Mycoses cutanées.

V. Dermatoses microbiennes et dermatoses causées par les ultra-virus.

Jusqu'ici, on le voit, nous sommes dans la classification de Brocq, ou à peu près. Mais les auteurs n'ont pas le courage de la poursuivre et ils terminent par un cinquième chapitre qui est un dictionnaire alphabétique lequel ne comprend pas moins de cent dix-sept dermatoses !

N'aurait-il pas été plus logique, après la première partie de Diagnostic qui est parfaite et la deuxième qui est nécessaire, de terminer franchement par un dictionnaire ?

Malgré cette légère critique, qui d'ailleurs n'est peut-être pas fondée, le livre de D. et B. témoigne d'un effort consciencieux, d'une grande expérience, d'un don évident de l'enseignement par l'image, le schéma, la division de l'objet en ses parties constituantes. C'est un bon livre qui aura, et qui a déjà, je le sais, un succès mérité. La présentation de l'ouvrage, texte et figures, est au-dessus de tout éloge.

CLÉMENT SIMON.

Immunité. Intolérance. Biophylaxie. Doctrine biologique et Médecine expérimentale, par Arnault TZANCK, médecin des Hôpitaux de Paris. 1 volume de 268 pages, Masson et Cie, édit. 35 fr.

La plupart des médecins, respectueux de l'enseignement qui leur fut donné, se contentent d'en suivre les directions sans y apporter d'esprit critique. Quelques-uns, par leurs lectures, complètent ou modifient leurs idées et leur pratique. Mais bien peu sentent, à un moment de leur vie, qui est en général celui de la maturité, une sorte d'angoisse scientifique. Ils se demandent si on les a mis dans la bonne voie ; ils s'aperçoivent de la confusion incroyable des définitions et même des simples termes médicaux ; ils éprouvent même une sorte de honte pour ce « patois » médical qui voile trop souvent une absence d'idées claires. Ils entreprennent alors une sorte de retraite. Ils examinent les

théories, les doctrines, les termes ; ils se livrent à un travail de critique et d'exégèse qui, paraît-il, est habituel, comme nous l'ont appris les Tharaud, dans certaines disciplines religieuses. Ainsi faisait Descartes dans son « poële ».

Beaucoup ne modifient pas ainsi leur anxiété et ils continuent indéfiniment un travail stérile mais singulièrement apte à développer l'intelligence. Cependant, quelques rares élus arrivent ou croient arriver à mettre de l'ordre dans leurs pensées, sinon dans les faits et ils se libèrent par l'écriture. C'est, je pense, ce qui est arrivé à A. T. Qu'il ne voie dans cet essai psychologique aucune mauvaise pensée. Il sait que l'amitié n'exclut pas la franchise. J'admire l'effort de T., son effort continu vers plus de clarté, son érudition, sa solide formation médicale et plus spécialement dermatologique. Mais a-t-il réussi à nous faire partager ses idées ; sont-elles aussi claires qu'il le croit ? C'est aux lecteurs de répondre. Je suis certain qu'ils seront nombreux et que pas un seul ne restera indifférent. Quel plus bel éloge peut-on faire d'un livre ?

CLÉMENT SIMON.

Traité pratique de sérologie et de sérodiagnostic, par M. RUBINSTEIN. Nouvelle édition, un vol. Librairie N. Maloine, 1932.

Les techniques sérologiques se perfectionnent chaque jour, leur nombre si élevé ne permet guère d'être complet ; aussi dans ce traité R. s'est attaché aux méthodes principales et à celles utilisables dans la pratique du laboratoire. La première partie du volume est consacrée à l'étude des constituants sériques, de leur méthode d'isolement, à l'exposé des faits nouveaux et à leur interprétation. R. traite des antigènes et des anticorps en général, du rôle des colloïdes dans l'immunité, puis envisage successivement les anticorps au cours des diverses affections, leur nature, leur spécificité, les moyens de les déceler. De courts chapitres sur l'anaphylaxie et les antiferments. — La deuxième partie du traité précise les techniques. Le séro-diagnostic de la syphilis en occupe la plus grande part. Sous une forme concise, avec le souci du détail pratique, R. passe en revue la plupart des techniques ; il les critique, montre comment on doit les interpréter, et quelle est leur valeur. Sa longue expérience de sérologiste dit tout l'intérêt de ses critiques. Réactions au sérum chauffé, au sérum non chauffé, réactions de floculation, méthodes d'examen du liquide céphalo-rachidien sont l'objet de nombreuses remarques personnelles qui ajoutent à l'utilité d'un tel ouvrage. Mais si pour le séro-diagnostic de la syphilis on dispose maintenant de méthodes éprouvées, dont la spécificité et la sensibilité sont connues, il n'en est pas de même pour nombre d'autres affections que R. étudie. Il donne l'état actuel des méthodes de séro-diagnostic de la tuberculose, des affections à gonocoques, de l'échinococcose, du cancer, du paludisme, du chancre mou, etc... Un tel livre, débarrassé de toute bibliographie superflue, rempli de renseignements

pratiques, rendra de grands services aux techniciens, auxquels il évitera de nombreuses recherches, et qu'il guidera utilement.

H. RABEAU.

L'eczéma solaire, par F. PAGÈS. *Thèse Paris*, 1931. Imprimerie Allard et Cie, Paris.

L'eczéma solaire est un eczéma provoqué par la lumière solaire, le plus souvent localisé aux régions découvertes. Il rentre dans le groupe des actino-dermatoses de Darier, et plus précisément dans le groupe que Jausion nomme actino-anaphylactose, car il naît sous l'influence combinée des rayons solaires et des processus de sensibilisation. Pour cet auteur, l'eczéma solaire appartient au groupe des maladies de sensibilisation, véritables fluxions instables et alternantes, communes chez les vago-séborrhéiques, qui sont des retardés du métabolisme de l'eau. Cliniquement et histologiquement, il ne se distingue pas de l'eczéma commun de cause interne ou externe. Expérimentalement, il est sous la dépendance de quatre facteurs : antigène, photo-catalyseur et lumière chez un susceptible. Le traitement doit d'une part désensibiliser le malade, dans ce but, on emploiera l'hyposulfite de soude, l'auto-hémothérapie, ou l'auto-ourothérapie ; d'autre part bloquer la photocatalyse ; on utilisera les diphénols réducteurs : résorcine et pyrocatéchine. P. assure que par cette méthode, au bout de quelques jours, les lésions les plus aiguës s'affaisseront et la peau deviendra moins vulnérable.

H. RABEAU.

Deux cas inédits de mycosis fongoïde (Etude anatomo-clinique), par Henry SABATIER. *Thèse de Montpellier*. 1932.

A propos de deux cas de mycosis fongoïde, observés dans le service du professeur Margarot, l'auteur, avec l'aide de son maître, M. Grynfeltt, professeur d'anatomie pathologique, reprend, après un court exposé historique et clinique, l'étude microscopique du mycosis fongoïde. Il reproduit les photographies cliniques et trois bonnes microphotographies. C'est un travail consciencieux qu'on lira avec plaisir. Se basant uniquement sur l'aspect histologique, car la partie biologique et expérimentale est volontairement laissée de côté (et on peut le regretter), H. S. se montre partisan de l'origine réticulo-endothéliale du mycosis. Il le range parmi les bastomes. C'est une tumeur et non une inflammation. Il fait néanmoins des réserves au sujet de l'intervention d'un virus filtrant.

CLÉMENT SIMON.

Influence du monde extérieur et de l'hérédité dans le développement du psoriasis (Umwelt und Erblichkeit bei der Entstehung der Schuppenflechte). par K. HOEDE, in *Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin*, t. XXVII, f. 7, C. Kabitzsch éditeur (Leipzig). 1932.

Dans cette revue de 44 pages, H. s'est attaché à l'étude de l'étiologie du psoriasis. Voici le résumé de ses recherches.

L'influence du monde extérieur sur le développement et la durée du

psoriasis est certaine, quoique rare. Mais c'est surtout une maladie d'origine interne. Le psoriasis, contrairement à la tuberculose (où l'influence du monde extérieur est plus considérable), est rare chez les conjoints ; sa fréquence est la même dans les classes pauvres que dans les classes aisées. « L'habitus asthénique » est rare chez les psoriasiques ; rare aussi, la tuberculose au cours du psoriasis, et rare le psoriasis au cours de la tuberculose. Le régime alimentaire n'a pas d'influence sur l'évolution du psoriasis. Celui-ci est une maladie strictement cutanée. En général, la grossesse n'a aucune influence ; on a vu le psoriasis guérir pendant la gestation. L'hérédité du psoriasis est très probable. Il apparaît comme un caractère dominant irrégulier, avec limitation sexuelle alternante incomplète. L. CHATELLIER.

Réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien (technique, clinique et théorie [Kolloidreaktionen der Rücken flüssigkeit (Technik, Klinik und Theorie)], par W. SCHMIDT. 1 vol. de 172 p. avec 69 fig. et 3 tableaux. T. Steinkopff éditeur (Dresde et Leipzig).

Ce livre a été écrit pour les médecins qui veulent s'occuper des réactions colloïdales dans le liquide céphalo-rachidien. Une première partie concerne le matériel à utiliser, dont les propriétés jouent un rôle important dans ces réactions ; ce chapitre contient des indications précieuses. Viennent ensuite les techniques proprement dites : préparations des suspensions colloïdales (or, mastic, benjoin, paraffine, silice, fuchsine, sublimé), chapitre que complète une étude clinique et comparative de ces diverses réactions. Les causes d'erreur et les déficiences sont soulignées, expliquées et interprétées. Enfin, les réactions colloïdales sont envisagées dans leur rapport avec les autres altérations du liquide (cytologie, albumine, réaction de Wassermann) ; leur valeur pronostique et thérapeutique est exposée avec soin. Aux réactions les plus usitées, l'auteur ajoute des réactions moins connues. De tout l'ensemble, il fait une étude théorique pleine d'intérêt. A la fin du livre, une bibliographie étendue. Livre utile à tout laboratoire de sérologie.

L. CHATELLIER.

La nature du cancer et son traitement causal (Das Wesen der Krebskrankheit und ihre kausale Behandlung), par R. ROOSEN. 1 vol. de 56 p. C. Kabiztsch éditeur (Leipzig).

On ignore la vraie nature du cancer. Mais parmi les propriétés physico-chimiques des cellules néoplasiques, il en est une de constante : le pouvoir d'extension, qui aboutit à l'augmentation incessante de la néoplasie dans l'organisme. Les théories proposées jusqu'à présent ne suffisent pas à expliquer ce caractère fondamental des tumeurs spontanées ou expérimentales. Cette force de croissance se comprend si l'on pense à la structure colloïdale du protoplasma cellulaire. L'origine de la force d'expansion des cellules néoplasiques réside dans l'augmentation de leur pouvoir d'hydratation (facteur proprement exogène) qui contraste

avec la diminution de ce pouvoir dans les cellules de l'organisme (facteur endogène). Cette différence explique les propriétés envahissantes des tumeurs. De même s'expliquent l'absence de néoplasie chez les invertébrés, l'action inhibante de l'érysipèle sur les tumeurs, le développement des chorio-épithéliomes, la différence entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, la précancérose, etc. En outre, s'ouvrent des perspectives thérapeutiques par l'emploi de médicaments qui, justement, modifient cette propriété essentielle de la cellule néoplasique. Parmi ceux-ci, le bleu d'isamine tient la première place, et R. expose les résultats et les techniques qu'il avait en grande partie étudiés dans sa précédente brochure. L. CHATELLIER.

Eléments de diagnostic mycologique (aide-mémoire pour laboratoire) (Grundriss der Mykologischen Diagnostik. Ein Hilfsbuch für das Laboratorium), par C. BRUHNS et A. ALEXANDER. 1932, 1 vol., 206 p., 138 fig. J. Springer, éditeur.

Les auteurs de ce manuel ont assurément utilisé pour la rédaction de ce précieux volume les recherches qu'ils avaient dû effectuer pour la rédaction du volume correspondant du *Handbuch* de Jadassohn. Le présent livre a l'avantage d'être beaucoup plus « accessible », et de rendre d'aussi grands services au laboratoire. Il est à jour pour le milieu de l'année 1931.

On devra à B. et A. beaucoup de reconnaissance, car ils ont apporté autant de soins que de compétence à rédiger une somme énorme de renseignements, bien distribués, clairs, et qui permettront sans difficultés de déterminer les champignons de plus en plus nombreux, de plus en plus variés qui s'inscrivent parmi les pathogènes de la peau.

Données botaniques, méthodes d'examen direct des champignons, procédés de culture, généralités sur les formations microscopiques, sur la valeur des cultures, inoculations aux animaux forment la première partie de l'ouvrage, — toute une vaste section est consacrée, comme de juste, à la mycologie spéciale, avec une iconographie très suffisante pour les identifications habituelles, des agents des teignes d'abord, puis des autres champignons de toute espèce depuis les achorions jusqu'aux levures, etc. La troisième section, particulièrement intéressante, réunit les recherches récentes, éparses, variées, qui commencent à constituer la biologie des champignons, leur nature, leur résistance, les processus d'immunité, les allergies, etc. Cette courte énumération donnera une idée de ce compendium qui doit trouver sa place dans tous les laboratoires où se pratique la mycologie, et dont le caractère pratique mérite de grands éloges. CH. AUDRY.

Le bouton d'Orient et son traitement (Sark çibani ve tedavisi), par le Prof. Ali RIZA. Stamboul, 1931.

L'auteur a séjourné longtemps en Syrie comme professeur de dermatologie de l'ancienne Faculté de médecine d'Alep ; aussi est-il un

des meilleurs connaisseurs de cette maladie. Sa monographie, de 78 pages, étudie l'entité morbide d'une façon claire et précise. Elle est dotée de quelques microphotographies bien réussies, montrant les parasites et dues au bactériologiste Dr Fethi. En outre, une carte de la Turquie montre les régions où le bouton d'Orient règne à l'état endémique.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'histoire du bouton d'Orient, à sa distribution géographique, à sa propagation, à ses formes cliniques habituelles ou rares.

La seconde partie est dédiée aux recherches de laboratoire : prélèvement, coloration, culture, inoculation.

Quant à la troisième partie, qui prend une bonne moitié de l'ouvrage, elle énumère tous les modes de traitement.

Comme traitement local, l'auteur donne la préférence au cryocautère et à la diathermo-coagulation. Pourtant, en province et dans les petites localités où ces procédés ne peuvent pas être appliqués, l'auteur préconise le traitement local par la pommade suivante, selon la formule du Prof. Talat et dite Formule de l'Hôpital Gülhane .

Lanoline	30,0		Trichlorure d'antimoine.	0,20
Trichlorure d'antimoine.	1,0	ou :	Lanoline / Axonge ââ	15,0
Chlorhydrate de cocaïne.	0,20		Novocaïne	0,30

Ce traitement local est associé à des injections intraveineuses de tartre stibié.

C'est un ouvrage qui sans nul doute sera très apprécié, surtout de la part des praticiens. ABIMÉLEK.



Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

SEPTIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

CH. AUDRY (Toulouse) — CIVATTE (Paris) — J. DARIER (Paris)
W. DUBREUILH (Bordeaux) — FAVRE (Lyon) — HUDELO (Paris)
E. JEANSELME (Paris) — NANTA (Toulouse) — J. NICOLAS (Lyon)
PAUTRIER (Strasbourg) — PETGES (Bordeaux) — P. RAVAUT (Paris)
R. SABOURAUD (Paris) - A. SÉZARY (Paris) - SPILLMANN (Nancy)

ET

SIMON (CLÉMENT) (Paris)
RÉDACTEUR EN CHEF



90153

VII[e] Série — Tome III — N° 7 — Juillet 1932

MASSON & Cie

PUBLICATION PÉRIODIQUE MENSUELLE

Administration et Publicité : Librairie MASSON et Cie, 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VI^e^)
Téléphone : **Danton 56-11, 56-12** et **56-13**; Inter **Danton 31**. — Compte chèques postaux : N° 599.

PRIX DE L'ABONNEMENT 1932 (L'ABONNEMENT PART DU 1^er^ JANVIER)
Le service du **Bulletin de la Société de Dermatologie**
est assuré aux abonnés des **Annales de Dermatologie.**

France et Colonies, 120 fr.

Étranger. — Tarif extérieur n° 1 . . . . . 150 fr.
— — — n° 2 . . . . . 160 fr.

Reglement par mandat, chèques postaux (compte n° 599, PARIS) ou chèque à l'ordre de **MASSON et Cie**, sur une banque de Paris.

Le tarif extérieur n° 1 n'est valable que pour les pays ayant accepté une réduction de 50 o/o sur les affranchissements des publications périodiques. Ces pays sont : Albanie, Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Congo belge, Costa-Rica, Cuba, République Dominicaine, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Guatémala. Haïti, Hedjaz, Honduras, Hongrie, Lettonie, Liberia, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pays-Bas, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, San-Salvador, Serbie, Suisse, Tchécoslovaquie, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, U. R. S. S.

Prix du numéro, **10 fr.** — Changement d'adresse, **1 fr.**

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au **Dr CLÉMENT SIMON, Rédacteur en Chef.**
104, Avenue Malakoff, Paris XVI^e^. (Téléph. : Passy 65.72).

PROTECTEURS, CICATRISANTS, ANTIPRURIGINEUX
PANSEMENT DE JOUR
Action pénétrante et profonde

OXYDE DE ZINC
ROUGE DE VIDAL
VIGO
Huile de Cade
Salicylé
Ichtyol
etc.

EMPLATRES ROGE-CAVAILLES
Caoutchoutés, Fins, Souples, Adhésifs, Aseptiques

GAZE ANADHÈRE
Grasse, non adhérente
Simple — B. du Pérou
Ichtyol — Eau d'Alibour, etc.

COLOPLASTRE :
ADHÉSIF au ZnO sur bobines de 1, 2, 3, 5 cm., etc.

Dr R. CAVAILLÈS
29, rue Singer, PARIS (16e)
Détail : Pharmacie, 116 Boulevard Haussmann, et toutes Pharmacies

OUATAPLASME DU DOCTEUR LANGLEBERT
Pansement émollient
FURONCLES, ANTHRAX
BRULURES
Aseptique, Instantané
ABCÈS, PHLEGMONS
GERÇURES DU SEIN
PANARIS — PLAIES VARIQUEUSES — PHLEBITES
ECZÉMAS, etc., *et toutes inflammations de la Peau.*
PARIS, 10, Rue Pierre Ducreux, *et toutes Pharmacies*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE SUR LA VALEUR DE LA SÉRO-RÉACTION DE SCIARRA DANS LE DIAGNOSTIC, LE PRONOSTIC ET LA DIRECTION DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS (1)

par

R.-J. WEISSENBACH
Médecin de l'Hôpital Broca

et

J. MARTINEAU
Chef de laboratoire de l'Hôpital Broca

Dans un travail présenté à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie (2), nous avons rapporté les premiers résultats de nos recherches comparatives portant sur la séro-réaction de Sciarra et les réactions de la syphilis que nous pratiquons habituellement : réaction de Bordet-Wassermann, de Hecht et de Desmoulières.

Nous publions, aujourd'hui, l'ensemble de nos résultats portant sur un nombre de cas beaucoup plus considérable : 590 examens sérologiques, chez 431 sujets présentant des affections diverses, syphilitiques ou non, particulièrement étudiés au point de vue clinique, suivis régulièrement, ainsi que chez des individus normaux. Les réactions ont été, chez différents sujets, répétées plusieurs fois à divers intervalles, et, en particulier, toutes les fois où nous avons constaté certaines discordances, afin de ne rapporter que des faits pouvant être pris en considération pour fixer la valeur de la

(1) Mémoire remis à la Rédaction le 15 mars 1932.

(2) R.-J. Weissenbach et J. Martineau. Etude comparée des résultats de la séro-réaction de Sciarra et de quelques autres séro-réactions de la syphilis (Bordet Wassermann, Hecht et Desmoulières). Note préliminaire. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 8, novembre 1930.

méthode, soit au point de vue du diagnostic, soit, comme le veut Sciarra, au point de vue du pronostic et de la conduite du traitement de la syphilis (1).

I. — CAS ÉTUDIÉS

Nos examens ont porté sur le sérum provenant :

1° *De syphilitiques :* malades porteurs de lésions primitives datant de quelques jours et non traités ; malades présentant des lésions secondaires et non encore traités ; des anciens syphilitiques indemnes d'accidents, régulièrement traités et considérés comme bien traités selon les critères actuels ; des anciens syphilitiques irrégulièrement traités ; des syphilitiques porteurs de lésions nerveuses (tabès, paralysie générale) ; des hérédo-syphilitiques.

2° *De non syphilitiques :* un groupe important de malades a été choisi parmi les sujets atteints d'affections vénériennes non syphilitiques telles que chancre mou, maladie de Nicolas-Favre, blennorragie et ses complications ; des malades présentant des affections cutanées non syphilitiques ; des malades atteints d'affections générales ou locales diverses ; un certain nombre de sujets bien portants, particulièrement bien connus de nous, comme exempts de tares, spécialement de syphilis et de tuberculose qui voulurent bien se prêter à des prises de sang fréquentes et qui nous servirent de témoins.

II. — MÉTHODES ET TECHNIQUES

Avant d'aborder l'étude de la valeur de la réaction de Sciarra nous croyons indispensable d'exposer sommairement les techniques des différentes réactions utilisées.

Nous avons pratiqué sur tous les sérums :

1° Sur sérum frais (non chauffé à 56°) la réaction de Hecht modifiée par Rubinstein : le dosage du pouvoir hémolytique du sérum est effectué pour chaque sérum, de telle sorte qu'à chaque tube

(1) Olinto Sciarra. Serodiagnose der acktiven Syphilis mittels des autoantigens des serums (S. R.). *Klinische Wochenschrift*, 5 feb. 1930, n° 18.

réaction correspond un tube-témoin. Cette technique est rapide, sûre et sensible et nous la préférons au Hecht-type ;

2° Sur sérum chauffé à 56° pendant 25 minutes, le Wassermann-type ou le Calmette-Massol.

3° La réaction de Desmoulières sur sérum chauffé en utilisant l'antigène d'origine de cet auteur.

Nous avons employé pour les réactions de Hecht et de Wassermann une gamme de trois antigènes de sensibilité croissante : un antigène cœur, un antigène foie hérédo et un antigène cholestériné. Tous ces antigènes sont préparés par nous. L'antigène cholestériné est un antigène cœur additionné de cholestérol, dont la sensibilité quoique supérieure à celle des deux précédents est cependant inférieure à celle de l'antigène Desmoulières original.

Nous avons donc ainsi à notre disposition une gamme de réactions et d'antigènes de plus en plus sensibles. Les résultats qu'ils nous ont permis d'obtenir ont été mis en parallèle avec ceux obtenus par la réaction de Sciarra.

Si nous ne faisons que mentionner brièvement les techniques de contrôle, nous croyons utile d'exposer avec plus de détails la technique de la réaction de Sciarra, telle que nous l'avons pratiquée, sans oublier les divers « tours de main » sans lesquels on s'expose à de grossières erreurs dans la pratique d'une réaction qui, au premier abord semble pourtant simple et facile.

Sciarra part de cette double constatation que le sérum d'un sujet exempt de syphilis ou de tuberculose examiné à l'ultramicroscope montre des corpuscules animés de mouvements browniens, semblables entre eux à la fois par leur volume et leur mobilité, alors que, chez les sujets présentant une syphilis en activité les corpuscules du sérum présentent des différences portant à la fois sur le volume et la mobilité. Ces corpuscules sont dans ces cas agglutinés en masses plus ou moins grosses. Pour Sciarra, « ces masses sont des complexes d'agrégats d'anticorps et d'auto-antigènes spécifiques, témoins de la réaction de l'organisme (1) ». L'alcool absolu ajouté en proportions convenables aurait la propriété de séparer les constituants de ce complexe, de sorte que sous son action les anticorps

(1) Sciarra (R. S.). Séro-diagnostic de la syphilis en activité par auto-antigène du sérum, démontré aussi par Sachs, Sollazo et Kahn, Malloy-Nishio, *Revue de Dermatologie et de Vénéréologie*, Paris, janvier 1931.

et l'auto-antigène deviendraient libres à nouveau. En ajoutant au sérum ainsi traité une alexine hétérogène nouvelle, l'auto-antigène pourrait fixer ce complément et alors les agrégats se reformeraient, constituant ainsi le premier temps de la réaction. En un mot, au lieu d'ajouter au sérum à éprouver un antigène hétérogène (cœur, foie hérédo, etc.) Sciarra utilise l'auto-antigène produit par le tréponème lui-même dans l'organisme du sujet malade. La réaction de Sciarra consiste donc à rechercher et à mettre en évidence non la présence d'anticorps, mais celle de l'antigène.

Pratiquement, la réaction se fait en deux temps :

1° Essai de fixation du complément par l'auto-antigène.

2° Mise en évidence de la fixation ou de la non-fixation du complément grâce à l'intermédiaire d'un système hémolytique comme dans les réactions de fixation habituelles.

Ayant dans ces quelques lignes exposé brièvement le principe de cette réaction, d'après son auteur, nous dirons maintenant quelques mots du matériel utilisé et de la technique.

1° *La verrerie.* — On utilise les tubes habituels dits tubes à hémolyse, tubes en verre neutre à fond rond de 16 millimètres de diamètre, sur 6 centimètres de hauteur. Les tubes plus étroits ou plus longs présentent une difficulté pour l'introduction correcte de l'alcool et l'exécution convenable du mélange : en effet l'action de l'alcool doit être immédiate et totale. Bien entendu la verrerie doit être propre, soigneusement lavée et exempte d'impuretés résultant du séchage après lavage. Nous n'avons de plus utilisé que du matériel ayant été stérilisé en chaleur sèche au four Pasteur.

2° *Le sérum à examiner.* — Les sérums à examiner ont toujours été des sérums frais prélevés sur des *sujets à jeun depuis douze heures au moins.*

Nous insistons particulièrement sur ce point que pour *toutes nos recherches sérologiques ou biologiques* nous n'utilisons que des sérums prélevés dans ces conditions. Les sérums prélevés dans les périodes digestives donnant parfois des résultats douteux : fixation partielle avec les antigènes très sensibles, ce qui ne se produit pas quand on opère sur le sérum prélevé après douze heures de jeûne.

De plus toutes nos réactions sont effectuées 24 heures au plus après

le prélèvement, le sang ayant été conservé à la glacière. Nous nous efforçons ainsi de nous mettre à l'abri des causes d'erreur produites par l'infection microbienne accidentelle, ou même du vieillissement du sérum, ce dernier pourtant conseillé par certains auteurs.

3° *L'alcool*. — Nous utilisons l'alcool absolu pur, dit « pour analyse » de la Société Française d'expansion chimique, conservé en flacons de petit volume (125 ou 250 centimètres cubes) soigneusement bouchés, pour éviter toute cause d'hydratation. La quantité d'alcool approximativement nécessaire pour une série de réactions constituant la série du jour est versée dans une éprouvette graduée bouchée et utilisée le jour même. A aucun moment l'alcool n'est puisé directement dans le flacon, afin d'éviter l'apport possible d'impuretés par l'intermédiaire de la pipette. Toute quantité d'alcool non utilisée est rejetée et réservée à d'autres usages.

En prenant ces quelques précautions concernant l'alcool nous pensons que les causes d'erreurs signalées par Sciarra ont été évitées. Nous avons de plus recherché pour chaque nouveau flacon, et périodiquement pour chaque flacon en usage le degré du pouvoir empêchant (ou anticomplémentaire) de l'alcool.

4° *Le complément*. — Alors que dans nos réactions de type Wassermann habituel nous utilisons un complément fourni par le mélange des sérums de plusieurs cobayes mâles, complément que nous titrons ensuite globalement, nous avons utilisé selon les conseils de Sciarra un titrage particulier correspondant à chaque sérum de cobaye. Nous n'avons d'ailleurs pas observé de changement dans les résultats, qu'il s'agisse du mélange ou d'une alexine isolée, sinon, comme nous pouvions bien entendu nous y attendre, un simple changement du titre et nous n'avons pas constaté d'action inhibitrice exercée par un sérum sur un autre. Quoi qu'il en soit, nous nous sommes conformés aux données de l'auteur et avons scrupuleusement suivi sa technique. Le titrage du complément pour la séro-réaction se fait de deux manières : en présence d'alcool tout simplement, ou en présence d'un sérum considéré comme normal, c'est-à-dire à réaction de Sciarra négative.

Voici les schémas donnés par Sciarra pour ces deux opérations :

1° *Titrage du complément sans adjonction de sérum normal.*

Tubes	1	2	3	4	5	6	7
Alcool	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Eau physiologique à 9 o/oo	1	0,95	0,90	0,85	0,80	0,75	0,70
Complément au 1/10	0,1	0,15	0,20	0,25	0,30	0,35	0,40
	Etuve à 37°, 1 heure						
Hématies à 5 o/o	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Sérum hémolytique	3 unités dans chaque tube						
	Etuve 30 minutes pour sérum frais						

On laissera une heure si on pratique la séro-réaction sur sérum chauffé à 56° pendant 25 minutes.

La dose de complément utilisé sera donnée par la lecture. On emploiera une dose double de complément correspondant à la dose qui donne l'hémolyse complète quand on pratiquera la réaction sur sérum non chauffé. On emploiera la dose telle quelle dans la réaction sur sérum chauffé.

Avec la seconde technique on utilise un sérum normal (négatif) prélevé le jour même (Voir le tableau suivant).

Quand on voudra pratiquer la séro-réaction sur sérum chauffé il suffira de traiter par la chaleur le sérum normal témoin, qui sera utilisé pour le dosage du complément et opérer ensuite comme ci-après.

Tous ces dosages préliminaires ayant été effectués, on exécutera la réaction proprement dite. Après avoir préparé les tubes dans les portoirs, on verse le sérum à éprouver (sérum clair exempt d'hématies et de toute trace d'hémolyse), au fond de chaque tube à l'aide d'une pipette graduée, en ayant bien soin de ne pas en faire couler le long des parois des tubes. On ajoute ensuite l'alcool à

2° *Titrage du complément en présence d'un sérum négatif connu.*

Tubes	1	2	3	4	5	6
Sérum normal, négatif, donné par un sujet connu	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Alcool éthylique à verser comme dans la technique de la réaction directement sur le sérum	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
Eau physiologique à 9 0/00	1	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5
Complément 1/10	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8
	Etuve 1 heure					
Globules au 1/20.	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Sérum hémolytique en unités	III	III	III	III	III	III
	Etuve 1/2 heure (soit γ la dose nécessaire pour l'hémolyse et la R. S.)					

l'aide d'une pipette propre de façon à ce que le mélange se fasse rapidement. C'est là le temps difficile de la réaction. Il faut éviter avec le plus grand soin que l'alcool ne coule contre les parois des tubes, et ne pas hésiter, si cela se produit, à préparer un nouveau tube. La pointe de la pipette devra être presqu'en contact avec le sérum. Une fois la quantité nécessaire d'alcool versée, on agite le tube suffisamment pour éviter l'adhérence du gros précipité qui se forme immédiatement et pour obtenir une suspension homogène. A ce moment, il se forme une opacification plus ou moins considérable du mélange de sérum et d'alcool, opacification, qui, selon l'auteur, est déjà un indice et une présomption en faveur d'une réaction positive. On ajoutera alors l'eau physiologique à 9 0/00, puis le complément à dose convenable, d'après le titrage effectué précédemment. On agite de nouveau et on porte à l'étuve à 37°.

On ne doit pas laisser longtemps agir l'alcool pur sur le sérum, ce qui pourrait être la cause de réactions erronées. On préparera les mélanges un à un de façon à ce qu'il s'écoule un temps minimum entre l'apport de l'alcool et celui des autres éléments.

Le premier temps de la réaction est ainsi réalisé et, selon l'hypothèse de Sciarra, l'antigène, mis en liberté par l'action de l'alcool, fixera le complément en cas de réaction positive.

Le second temps s'effectuera à peu près comme dans les techniques habituelles. On ajoute les hématies de mouton lavées et diluées à 5 o/o et la sensibilisatrice. La seule différence est que Sciarra conseille d'utiliser trois unités de sérum antimouton. On portera à l'étuve à 37° à nouveau.

Il ne restera plus qu'à noter les résultats de la réaction, point capital, et à notre avis temps le plus délicat et le plus difficile.

Le temps minimum et optimum nécessaire est variable et bien difficile à déterminer : l'hémolyse est beaucoup plus lente à se produire que dans les réactions de déviation ordinaires et si malgré le dosage préalable de l'alexine la dose employée est en léger excès — le sérum humain renfermant déjà une petite quantité d'alexine — car l'alcool ne « décomplente » pas forcément en totalité, à laquelle vient s'ajouter l'alexine hétérogène, l'hémolyse se fera plus rapidement et une lecture tardive laissera passer des réactions partiellement positives. Sciarra conseille de joindre à chaque série de réactions deux réactions témoins pratiquées l'une sur un sérum négatif connu, l'autre sur un sérum positif connu et de pratiquer la lecture, quand la réaction négative connue donne une hémolyse franche.

Il faut bien se garder de faire la lecture des réactions quand les tubes sérum + complément, sans adjonction d'alcool présentent une hémolyse totale : ces tubes servent uniquement à écarter la cause d'erreur due à une propriété inhibitrice du sérum vis-à-vis du complément et à éviter des réactions faussement positives. En effet, dans ce tube qui renferme un sérum avec un excès de complément se produira une hémolyse extrêmement rapide et dans le cas d'une réaction franchement négative ce ne sera que tardivement que l'hémolyse débutera dans les tubes contenant le mélange sérum et alcool.

Voici les schémas des deux techniques conseillées par l'auteur.

La première technique a été systématiquement appliquée. La technique dite « syphilimétrique » n'a été utilisée qu'à titre de vérification. Elle nous paraît d'ailleurs aller de pair avec l'autre technique, un peu plus simple.

Réaction de Sciarra

Schémas.

	Sérum frais		Sérum chauffé	
Sérum à éprouver . . .	0 cm³ 10	0cm³ 10 ou 0cm³ 20	0 cm³ 20	0 cm³ 20
Alcool	0,05	0	0,10	0
	agiter		agiter	
Eau physiologique à 9 0/00	1 cm³	1 cm³	1 cm³	1 cm³
Complément au 1/10 selon le titre (*n*)	2 *n*	*n* ou 2 *n*	*n*	*n*
	Etuve à 37° : de 45 minutes à 60 minutes			
Hématies au 1/20 . . .	0,5	0,5	0,5	0,5
Sérum antimouton (en unités)	III	III	III	III

Etuve à 37° jusqu'à hémolyse totale des sérums témoins à réaction de Sciarra négatifs, qui seront traités exactement de la même manière que les sérums à éprouver. La présence de témoins négatifs (deux sérums témoins au moins) est indispensable pour la bonne marche de la réaction. Il est utile d'ajouter un ou deux sérums témoins positifs (syphilis en évolution à réaction positive).

Pour les diverses variantes et les renseignements complémentaires nous renvoyons le lecteur à l'article de Sciarra : Sérodiagnostic de la syphilis en activité par auto-antigène du sérum (S.-R.) etc..., *Revue de Dermatologie et de Vénéréologie*, Paris, janvier 1931.

III. — RÉSULTATS DES EXAMENS GROUPÉS PAR CATÉGORIES

Nous rapporterons maintenant les résultats de nos examens groupés par catégories cliniques, avec mention des réponses fournies, pour les sérums étudiés, par chacune des quatre réactions utilisées, avec quelques-unes des remarques qu'elles suggèrent.

Premier Groupe

Syphilis récentes : chancre datant de moins de huit jours avec examen à l'ultra-microscope positif.

18 malades, 16 fois : Bordet-Wassermann, Hecht, Desmoulières, Sciarra = négatifs.

Deux discordances : Bordet-Wassermann, Hecht, Desmoulières négatifs, Sciarra positif :

Lef...., chancre de quatre jours, Sciarra : ++++;

Lap..., chancre de six jours, Sciarra : ++.

Deuxième Groupe

Sujets porteurs de chancres syphilitiques de plus de 8 jours, ou de chancres mixtes (intradermo-réaction chancrelleuse positive). Nous avons ajouté les examens sérologiques de trois femmes suspectes d'avoir été contaminées par l'un des malades précédents, mais ne présentant pas d'accidents cliniquement décelables (35 cas).

	BW	Hecht	Desmoulières	Sciarra
	—	—	—	—
Bar... Marcel, chancre Σ de 15 à 20 jours	----	----	++	-----
2e examen trois jours après	----	--++	++++	-----
Bar... Mad., sa femme, pas d'accidents constatés, examens pratiqués 26 oct.	----	----	---+	-----
28 oct.	----	----	--++	-----
30 oct.	---+	--++	++++	---+
Des..., chancre Σ 25 jours	----	---+	++++	----

	BW	Hecht	Desmoulières	Sciarra
Fli...., chancre Σ.	− − − −	− − − −	− + + +	− − − −
Car..., son amie	− − − −	− − − −	− − + +	− − − +
Val..., chancre mixte 28 oct.	− − − −	− − − −	+ + + +	− + + +
2 sept.	− − − −	− − − −	+ + + +	+ + + +
Tall .., chancre Σ.	− − − −	− − − −	+ + + +	− − − +
Sam..., chancre Σ	− − − −	− − − −	− + + +	− − − − −
Dep..., chancre anal Σ 10 sept.	− − − −	− − − −	− − + +	− − − − −
Revue le 26 oct.	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
Fou..., chancre Σ.	− − − −	− − + +	+ + + +	− − − +
8 jours après.	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
Bou..., chancre Σ.	− − − −	− − + +	+ + + +	− − − −
Bi..., chancre Σ	− − − −	− − − −	+ + + +	− − − +
7 jours après	− − − +	− − + +	+ + + +	− + + +
Bi... Egi, sa femme 22 oct.	− − − +	− − + +	− + + +	− − − +
Car..., chancre Σ.	− − − −	− − − +	+ + + +	− − − +
Bos..., 88152 chancre Σ le 8 oct.	− − − −	− − + +	+ + + +	− − − +
Le 22 oct.	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
Le 25 oct.	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
Cha..., chancre mixte	− − − − −	− − − −	+ + + +	− + + +
Bid..., chancre Σ.	− − − − −	− − − −	+ + + +	− − − +
Blo..., chancre Σ.	− − − − −	− − − − −	+ + + +	− − − +
Mar..., chancre Σ.	− − − − −	− − − −	+ + + +	+ + + +
Ham..., chancre Σ	− − − − − −	− − − −	+ + + +	− − − +
Pic..., chancre Σ.	− − − −	− − − −	+ + + +	− − − +
Ren..., chancre Σ.	− − − −	− − − −	− + + +	− + + +
Mar..., chancre Σ.	− − − −	− − − −	+ + + +	+ + + +
Rou..., chancre Σ.	− − − +	− + + +	+ + + +	− − + +
Bri..., chancre Σ.	− − − −	− − + +	+ + + +	+ + + +
Mur.. , chancre Σ.	− − − −	− − − +	+ + + +	+ + + + +
Hen..., chancre Σ.	− − − − −	− − − −	− − + +	+ + + +
Dia..., chancre Σ.	+ + + + +	+ + + +	+ + + +	− − + +
Mor..., chancre Σ.	+ + + + +	+ + + +	+ + + + +	+ + + +
Rou.., chancre Σ.	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
Rou..., chancre Σ.	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
Sal..., chancre Σ.	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
Vas..., chancre Σ.	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
Dum..., chancre Σ	+ + + +	+ + + +	+ + + +	− − − +
Phi..., chancre Σ.	+ + + +	+ + + +	+ + + +	− − − −

Le tableau synoptique suivant groupant les résultats de nos réactions met en évidence les discordances des réactions et l'importance de ces discordances.

Bordet-Wassermann	Hecht	Desmoulières	Sciarra	Cas
—	—	—	—	—
++++	++++	++++	++++	9
++++	++++	++++	+++	1
++++	++++	++++	++	1
++++	++++	++++	+	1
++++	++++	++++	----	1
+++	+++	++++	++++	2
++	++	++++	+++	1
+	+	++++	++	1
		++++	+	5
		++++	----	3
		++++	++++	3
		++++	+++	2
Négatifs		++++	++	1
		++++	+	6
		+++++	----	1
		+++	+++	1
Négatifs		+++	++	1
		+++	----	2
		++	++++	1
Négatifs		++	+	1
		++	----	3
Négatifs		+	----	1
Négatifs		Négatif	++++	1

En résumé, en présence d'une sérologie positive par les trois méthodes de Bordet-Wassermann, Hecht, Desmoulières, neuf fois la réaction de Sciarra donne des résultats identiques, neuf fois des résultats plus faibles et quatre fois des résultats négatifs. La réaction de Sciarra a d'autre part été positive quatre fois concurremment avec le Desmoulières seul, plus faible neuf fois et négative six fois. Nous ne l'avons rencontrée qu'une fois fortement positive en présence d'un Desmoulières faiblement positif.

En poursuivant plus longtemps dans l'évolution de la syphilis primaire et en étendant à un plus grand nombre de malades, l'étude comparée de la réaction de Sciarra et des trois autres réactions l'impression de plus grande sensibilité et d'apparition plus précoce de la réaction de Sciarra donnée par la série du premier groupe

(2 résultats positifs par la réaction de Sciarra seule sur 18 malades) est démontrée fausse. Ces deux cas de réactions positives trouveront, sinon leur explication, du moins la preuve de leur défaut de valeur diagnostique dans l'étude des séro-réactions des groupes suivants.

Troisième Groupe

Syphilitiques secondaires porteurs de lésions et non encore traités (moins d'un an depuis la contamination).

Sur 26 sérums examinés nous avons trouvé deux discordances. Alors que les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières sont positives au maximum, la réaction de Sciarra est dans un cas faiblement positive et dans l'autre complètement négative. Ce dernier résultat fait à lui seul singulièrement douter de la valeur de la réaction de Sciarra pour déceler la syphilis active : à plus forte raison quand on l'ajoute aux résultats négatifs du groupe précédent. Pour les 24 autres cas, les quatre réactions donnent un même résultat positif.

Quatrième Groupe

Syphilitiques avérés chez lesquels le début de l'affection remonte à plus d'un an, porteurs de lésions diverses (cutanées, viscérales, nerveuses) ou sans lésions apparentes, traités diversement (1).

Pour 260 sérums examinés nous avons obtenu les résultats suivants :

1° Positifs totaux par toutes les méthodes		68
2° Négatifs totaux par toutes les méthodes		88
3° Positifs Desmoulières et Sciarra seuls		39
4° Sciarra positif seul	++++	20
	+++	2
	++	6
	+	11
5° Desmoulières positif seul	++++	5
	+++	3
	++	7
	+	2
6° B.-W., Hecht, Desmoulières positifs avec Sciarra négatif		9

(1) Pour ne pas allonger démesurément et inutilement ce mémoire nous ne donnons pas ici, pour chaque cas, le résumé des constatations cliniques.

Même remarque que précédemment pour ces neuf résultats négatifs.

Cinquième Groupe

Malades atteints d'affections diverses non syphilitiques et chez lesquels nous nous sommes efforcés d'éliminer, par la clinique, la syphilis acquise ou héréditaire.

192 examens se répartissent ainsi :

1° Négatifs toutes méthodes.					146
2° Positifs toutes méthodes					néant
3° Positifs.	Desmoulières	++++	Sciarra	++++	3
	»	+++	»	+++	0
	»	++	»	++	4
	»	++++	»	+	1
	»	+	»	++++	2
	»	++	»	++++	4
	»	++	»	+	2
4° Desmoulières négatif, Sciarra positif.				++++	14
				+++	2
				++	7
				+	9
5° Sciarra négatif, Desmoulières positif.				++++	2
				++	8

Il nous paraît indispensable de faire figurer ici les diagnostics cliniques et les résultats sérologiques pour les malades dont la sérologie donne une réponse qui semble en désaccord avec la clinique :

	Bordet-Wassermann et Hecht	Desmoulières	Sciarra
	—	—	—
1° Vach..., rhumatisme gonococcique.	Négatif	++++	++++
Crac..., rhumatisme gonococcique .	»	++++	+
Tab..., rhumatisme goutteux. . .	»	++++	++++
Bloch..., hépatique	»	++++	++++
Pign..., arthrite sèche	»	++	++
Rena..., arthrite sèche	»	++	++
Laga..., ulcère variqueux	»	+	++++
Gran..., furonculose	»	++	++
Pino..., rhumatisme chronique . .	»	++	+
Mich..., psoriasis	»	++	++++
Delb..., herpès	»	++	++++

	Bordet-Wassermann et Hecht	Desmoulières	Sciarra
	—	—	—
Moin..., leucémie	Négatif	++	++
Rous..., hémiparésie	»	++	++++
Gonz..., rhumatisme chronique	»	++	+++
Lebo..., rhumatisme chronique infectieux grave	»	++	++++
Mart..., parkinsonisme	»	+	++++

		Bordet-Wassermann et Hecht	Desmoulières	Sciarra
		—	—	—
2°	Dev..., néphrite	Négatif	Négatif	+
	Bos..., eczéma aigu	»	»	+
	Lag..., ulcère variqueux	»	»	+
	Cle..., chancre mou	»	»	+
	Stoc..., rhumatisme chronique	»	»	+
	Mol..., eczéma	»	»	++
	Pic..., eczéma	»	»	+++
	Per..., eczéma	»	»	++++
	Del..., chancre mou	»	»	+
	Sig..., chancre mou	»	»	+
	Leb..., rhumatisme chronique	»	»	++++
	Bon..., eczéma aigu	»	»	++++
	Nev..., eczéma aigu	»	»	++++
	Gro..., hypertension	»	»	++++
	Gra..., furonculose	»	»	+++
	Mer..., ulcère variqueux	»	»	++++
	Leb..., eczéma	»	»	+
	Ber..., rhumatisme chronique	»	»	++
	Ber..., obésité	»	»	++++
	Bon..., rhumatisme chronique	»	»	++++
	Cor..., rhumatisme gonococcique	»	»	++
	Deh..., rhumatisme chronique	»	»	++
	Lom..., dyspepsie banale	»	»	++
	Flu..., néphrite	»	»	++++
	Gir..., tuberculose rate	»	»	++++
	Gol..., anémie pernicieuse	»	»	++++
	Lev..., néphrite	»	»	++++
	Mon..., troubles endocriniens	»	»	++++
	Qui..., troubles hépatiques légers	»	»	+
	Sau..., dyspepsie	»	»	++++
	Tag..., dyspepsie	»	»	+++
	Hem..., troubles endocriniens	»	»	++

	Bordet-Wassermann et Hecht	Desmoulières	Sciarra
	—	—	—
3° Lau..., ulcère variqueux	Négatif	++++	Négatif
Ver..., rhumatisme gonococcique .	»	++++	»
Rou..., néphrite	»	++	»
Ren..., rhumatisme chronique . .	»	++	»
Géo..., eczéma.	»	++	»
Las..., infection cutanée strepto . .	»	++	»
Ten..., ulcère variqueux	»	++	»
Gui..., ulcère variqueux	»	++	»
Bou..., ulcère variqueux	»	++	»
Our..., rhumatisme chronique. . .	»	++	»

Il est évident que parmi les malades de ce groupe, malgré le soin que nous avons apporté dans l'enquête clinique pour dépister la syphilis, doivent figurer des syphilitiques latents méconnus (syphilis acquise ou surtout héréditaire). Mais nous trouvons beaucoup trop élevé (48 cas, soit 25 o/o) le nombre des sujets présentant une séro-réaction de Sciarra positive, c'est-à-dire comme le pense Sciarra une séro-réaction indiquant une syphilis en activité. Une telle constatation suffirait à elle seule pour retirer à la séro-réaction de Sciarra toute valeur pour le diagnostic de la syphilis active ; à plus forte raison, quand on la rapproche de la constatation faite ci-dessus de réactions négatives dans les cas de syphilis active évidente.

Il est, en outre, intéressant de noter que, à l'inverse, pour dix sujets de ce groupe (sous groupe 3) la réaction de Sciarra s'est montrée complètement négative alors que la réaction de Desmoulières, considérée, par beaucoup d'auteurs, comme trop sensible était totalement ou partiellement positive.

Nous voulons encore faire remarquer que la réaction de Sciarra a été trouvée positive avec une très grande fréquence neuf fois sur quatorze chez des sujets non syphilitiques, atteints d'eczéma aigu, affection qui s'accompagne de déséquilibre physico-chimique humoral et cellulaire. Le tableau suivant donne le détail des réactions dans tous nos cas d'eczémas aigus.

Eczémas aigus (14 cas).

Bordet-Wassermann	Hecht	Desmoulières	Sciarra	
—	—	—	—	
Négatif	Négatif	Négatif	++++	4 cas
»	»	»	+++	1 cas
»	»	»	++	1 cas
»	»	»	+	3 cas
»	»	++	Négatif	1 cas
»	»	Négatif	»	2 cas

IV. — ÉTUDE CRITIQUE DES RÉSULTATS

CONCLUSIONS

Nous ne voulons pas discuter longuement ici la signification que Sciarra attribue à sa séro-réaction ni le mécanisme de celle-ci. Pour cet auteur, comme nous l'avons vu, le procédé qu'il préconise décèlerait la présence dans le sang circulant de l'antigène syphilitique, l'autoantigène syphilitique, et non celle des anticorps auxquels cet autoantigène est lié d'une manière plus ou moins forte et que libère l'addition d'alcool en proportions convenables. Rien dans nos résultats ne vient confirmer la réalité de cette conception purement hypothétique. Il est certain que l'alcool agit en modifiant l'équilibre physico-chimique du sérum, en précipitant et en coagulant certaines substances protéiques en suspension colloïdale ou même en solution dans le sérum. Le mode d'action de l'alcool paraît être régulier et varier seulement selon la quantité d'alcool ajoutée et la durée du contact.

En utilisant la concentration indiquée par l'auteur (qui correspond à une concentration de 33 o/o), l'expérience montre qu'on obtient la concentration qui donne les résultats les plus constants.

L'action immédiate de l'alcool est de produire une coagulation brutale et grossière, irrégulière en grosses masses, qui, lorsqu'on réalise par agitation le mélange plus intime des deux liquides, devient régulière et fine. Quand, à ce moment, on ajoute l'eau physiologique on obtient nettement une suspension très régulière et très homogène. L'adjonction d'une plus grande quantité d'alcool ou l'action plus prolongée de cet alcool sur le sérum produit une

coagulation plus massive, un précipité plus abondant. D'autres substances en suspension sont précipitées et si on augmente encore les proportions on arrive à la coagulation totale des albumines. On ne peut s'empêcher d'établir un certain rapport entre l'action de la chaleur sur les sérums et celle de l'alcool : le chauffage à des températures constantes et progressives fait successivement disparaître diverses propriétés du sérum : pouvoir alexique, etc... Mais il nous paraît impossible actuellement de donner une signification exacte à tout cet ensemble de réactions. Des phénomènes très divers se produisent dans un milieu par essence complexe, aux points de vue chimique et physique dont les composants varient d'un sujet à l'autre. De plus les procédés d'investigation qui sont à notre disposition sont des procédés grossiers qui rendent difficiles l'analyse et l'étude des différents facteurs qui peuvent entrer en jeu.

Nous avons plus spécialement étudié à ce point de vue l'influence possible du taux de la cholestérolémie sur le sens de la réaction de Sciarra, étant donné le rôle probable que jouent les lipides ou, du moins, certains lipides dans le mécanisme des diverses séro-réactions de la syphilis. Nous avions, en effet, poursuivi antérieurement des recherches sur l'influence des variations du taux de la cholestérolémie sur les réactions sérologiques habituelles de la syphilis : Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières (1). Nous avions montré que l'hypercholestérolémie n'est pas la cause de l'apparition de réactions positives dans les sérums ni même celle de la persistance de réactions positives chez des malades traités.

On peut, évidemment, rencontrer des cas dans lesquels on note à la fois l'hypercholestérolémie et une réaction positive. Il s'agit alors soit d'une simple coïncidence, soit d'un double trouble physio-pathologique dépendant de la syphilis. Celle-ci agit par deux mécanismes différents, d'une part, sur les modifications qui déterminent les réactions sérologiques et, d'autre part, sur les fonctions cholestérologéniques et cholestérolytiques et sur les organes, tels que le foie, les surrénales, etc..., qui président à ces fonctions. Le traitement antisyphilitique agissant sur la sérologie et les lésions organiques

(1) R. J. WEISSENBACH et J. MARTINEAU. Influence du taux de la cholestérolémie sur les réactions de la syphilis (Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières). *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, nº 2, février 1931.

peut amener alors à la fois la disparition des réactions positives et l'abaissement du taux du cholestérol.

Les mêmes conclusions s'appliquent à la réaction de Sciarra dont la positivité ne dépend pas de l'élévation de la cholestérolémie comme le montrent les résultats suivants figurant dans le tableau ci-joint.

Taux du cholestérol	1 à 2 gr.	2 à 2 gr. 5	2,5 à 3 gr.	3 gr. et plus
Cas examinés	7	18	9	19
Sérologie négative toutes méthodes.	6	9	3	9
Sérologie positive toutes méthodes .	0	0	0	1
Positifs faibles toutes méthodes . .	0	1	0	1
Desmoulières et Sciarra seuls fortement positifs	0	0	0	5
Desmoulières et Sciarra seuls positifs faiblement	1	0	0	0
Desmoulières seul positif fort. . .	0	0	0	0
Desmoulières seul positif faiblement.	0	0	3	2
Sciarra seul positif fort.	0	5	2	0
Sciarra seul positif faiblement . .	0	3	1	1

1° Le premier groupe de sérums examinés nous a surtout servi de témoin. La réaction positive au Desmoulières et au Sciarra concerne un hérédo-syphilitique certain.

2° Notre second groupe réunit 18 cas :

1 syphilis ancienne positive toutes méthodes.
1 syphilis ancienne Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières négatifs, Sciarra ++++.
1 syphilis ancienne négative par toutes les méthodes.
5 cas sans signes de syphilis.
5 cas sans signes de syphilis négatifs toutes méthodes Sciarra ++++.
3 cas sans signes de syphilis négatifs toutes méthodes Sciarra ++.
7 cas sans signes de syphilis négatifs toutes méthodes.

3° Notre troisième groupe présente neuf cas :

1 syphilis (hérédo) négative toutes méthodes.
2 syphilis sans antécédents négatives toutes méthodes.
3 cas Desmoulières seul positif faible Sciarra ++++. Ces cas comprennent 2 syphilitiques certains et un malade atteint de néphrite chronique.

2 cas où le Sciarra est seul ++++ : concernant une anémie pernicieuse et un cas sans antécédents connus.

1 cas où le Sciarra est seul faiblement positif et qui concerne un hérédo possible.

4° Notre quatrième groupe nous présente 5 syphilitiques anciens connus avec toute la sérologie positive, soit :

5 syphilitiques avérés : Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières et Sciarra ++++.

2 suspects de syphilis héréditaire : Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières et Sciarra +++.

2 sans antécédents syphilitiques avec toute sérologie négative et Sciarra ++++.

1 sans antécédents syphilitiques. Sérologie négative Sciarra ++.

2 anciens syphilitiques négatifs par toutes méthodes Sciarra y compris.

Les sérums présentant une forte élévation du taux de cholestérol ne donnent donc pas des résultats, en désaccord avec les données cliniques, plus nombreux que les sérums normaux ou ceux dont la teneur en cholestérol est légèrement augmentée.

Parmi les substances qui modifient l'équilibre colloïdal des sérums, on compte encore les sels biliaires. A ce sujet, nous avons observé un fait très important à nos yeux. Il s'agit d'un sujet particulièrement bien connu de nous, ne présentant aucun antécédent ni aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire. Son sérum avait donné un grand nombre de fois des résultats complètement négatifs à toutes les réactions, celle de Sciarra comprise et il était fréquemment utilisé comme témoin négatif dans nos essais. Au cours et à la suite d'un ictère infectieux, ayant duré 4 à 5 semaines, alors que les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières restèrent négatives, la réaction de Sciarra devint fortement positive et se maintint positive à tous les examens pendant six mois, même d'ailleurs après retour à la normale du taux de la cholémie pigmentaire et saline. Puis la réaction redevint négative sans qu'aucun traitement antisyphilitique ait, naturellement, été appliqué. Le taux du cholestérol sanguin était normal dans ce cas puisqu'il oscillait autour de 1 gr. 80 o/oo.

Dans un ordre d'idées analogue, nous relaterons le cas de deux jeunes femmes ne présentant aucun antécédent ni aucun stigmate de syphilis héréditaire. Leur sérum examiné à plusieurs reprises donnait un résultat constamment et complètement négatif par les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières. Par contre, la réaction de Sciarra qui donne habituellement chez elles un résultat complètement négatif, se montre de temps à autre, fortement positive. Nos investigations ne nous ont pas permis de découvrir chez ces deux sujets la raison de cette *positivité à éclipse* de la réaction de Sciarra : nous n'avons, en particulier, trouvé aucun rapport avec les périodes cataméniales ni un trouble caractérisé de la santé.

Si nous envisageons maintenant la technique de la méthode et son exécution, nous voyons que malgré son apparente simplicité la séro-réaction de Sciarra est une méthode exposée à de nombreuses causes d'erreur, dont certaines peuvent même échapper, en cours d'exécution, à des sérologistes avertis.

Le mélange de l'alcool et du sérum est difficile. Pour que l'action soit constante il faut se mettre chaque fois dans les mêmes conditions d'expérience portant tout d'abord sur le matériel et ensuite sur la façon dont on fait tomber l'alcool dans le sérum, sur la durée de cette action brutale, sur le moment où doit se faire l'adjonction de l'eau physiologique qui dilue le mélange. Une seconde difficulté surgit en ce qui concerne l'alexine et son titrage. Les expériences de Tornabuoni, bien que discutées dans la suite par Sciarra, nous paraissent démonstratives et convaincantes. Opérant sur des sérums à réaction de Wassermann fortement positive il n'obtenait, avec la réaction de Sciarra, des résultats positifs stables et identiques qu'avec des doses de complément différentes pour certains sérums.

Il est certain que chaque sérum se comporte d'une manière différente vis-à-vis du complément, l'action inhibitrice de chaque sérum sur l'alexine est incontestable et l'alcool renforce encore cette action, soit en agissant directement sur le sérum soit en agissant sur le complément soit par action sur les hémolysines. Cette action se manifestera surtout sur les sérums faiblement positifs. Si on emploie une dose un peu trop forte de complément, on laissera passer des réac-

tions légèrement positives, en attendant trop longtemps pour faire la lecture, car dans ces cas il y a plutôt retard à l'hémolyse que fixation réelle. En conclusion, nous sommes d'accord avec Tornabuoni qui considère que le dosage du complément doit se faire en présence de plusieurs sérums négatifs connus afin de rechercher la dose moyenne pouvant s'adapter à tous les sérums et permettant d'obtenir avec chacun des résultats identiques. Mais nous pensons que le contrôle du dosage du complément devrait également s'exercer en présence de plusieurs sérums positifs pour les mêmes raisons. Tous ces contrôles, indispensables pour donner la sécurité, rien qu'au point de vue technique rendraient déjà quasi-impossible l'utilisation courante de la réaction de Sciarra.

A toutes ces difficultés viennent encore s'ajouter celles qui proviennent de la lecture des résultats de l'épreuve terminale et qui sont du même ordre. La réaction sur sérum chauffé est d'une sensibilité infiniment moins grande, et le rapport qui existe entre les deux réactions de Sciarra, sur sérum frais et sur sérum chauffé est nettement inférieur à celui qui existe entre le Hecht et le Wassermann type. Nous n'avons obtenu de fortes et durables fixations qu'avec des sérums de syphilitiques secondaires. Dans les autres cas nous avons plutôt constaté un retard à l'hémolyse qu'une fixation vraie du complément.

Nous pouvons donc déjà conclure que la réaction de Sciarra est malgré les apparences, une méthode de technique difficile et qu'elle est d'application peu pratique si on veut faire intervenir tous les contrôles nécessaires pour obtenir des résultats certains, constants, et comparables.

Nous pouvons encore conclure que si elle met en évidence dans les sérums des modifications d'une nature différente de celles que révèlent les méthodes sérologiques habituelles, nous ignorons actuellement la nature et la signification de ces modifications qui n'ont, peut-être, même aucun rapport avec la syphilis.

Nos résultats montrent, en outre, que, même si la réaction de Sciarra révélait des modifications des sérums en rapport avec l'infection syphilitique, elle offrirait, dans la pratique du diagnostic de la syphilis, moins de sécurité, pour une sensibilité moindre, néan-

moins, que l'emploi simultané des trois réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht et de Desmoulières.

Dans l'examen sérologique de malades porteurs de chancres, la réaction de Desmoulières s'est montrée d'ordinaire plus fortement et plus précocement positive. Si la réaction de Sciarra devient positive dans un certain nombre de cas avant le Wassermann et le Hecht, lorsqu'on emploie des antigènes de sensibilité moyenne comme les antigènes cœur, les dates d'apparition des réactions positives sont à peu près identiques avec les antigènes cholestérinés et même certains antigènes foie.

Dans les quelques cas où la syphilis a été traitée correctement à la période dite présérologique, simplement après confirmation de la maladie par l'examen à l'ultra-microscopique la réaction de Sciarra s'est maintenue négative.

La persistance de la réaction positive chez les syphilitiques avérés dont l'affection remonte à plusieurs années a été par contre fréquemment constatée, et on est en droit de s'étonner de cette persistance tenace quand on lit les observations de certains malades anciens chez lesquels la thérapeutique appliquée peut être considérée, d'après les critères de traitement actuels, comme extrêmement correcte. La réaction de Sciarra est ainsi restée positive alors que depuis longtemps les autres réactions sérologiques étaient devenues négatives et que dans plusieurs cas l'examen du liquide céphalo-rachidien ne montrait aucune modification chimique, cytologique ou biologique. A l'inverse, chez d'autres syphilitiques traités dans des conditions équivalentes et chez lesquels toutes les réactions (celle de Sciarra comprise) étaient positives au début du traitement, celles-ci sont devenues toutes négatives aussitôt après la première ou la seconde série de traitement par l'arsénobenzol. Evidemment il serait facile de répondre, que c'est là la démonstration de l'efficacité du traitement. Mais comme dans les autres cas les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières étaient devenues négatives aussi rapidement et que les données cliniques ne permettent pas de penser qu'il se soit agit dans ces cas de formes particulièrement résistantes, la spécificité de la réaction de Sciarra devient ainsi des plus contestables.

Dans quelques cas, où nous soupçonnions cliniquement la syphilis, seule la réaction de Sciarra s'est montrée positive. Mais à côté

de ces cas, qu'il ne faut pas se hâter de considérer comme des preuves de la valeur de la réaction de Sciarra, étant donné ce que nous avons montré, quel crédit accorder à toutes les réactions positives observées chez des sujets dont les antécédents cliniques ou familiaux, les examens sérologiques divers permettent d'exclure toute hypothèse de syphilis acquise ou même héréditaire? Ces résultats qui ne présentent aucune spécificité compromettent définitivement celle des premiers et montrent bien le peu de confiance qu'il faut accorder à la réaction de Sciarra pour le diagnostic de la syphilis.

Nous voulons encore relater les détails d'un cas particulièrement significatif. Il s'agissait d'un homme atteint de syphilis ancienne jamais traitée avec leucoplasie, aortite et hypertension artérielle, signes hépato-rénaux, signes de la série tabétique (Argyll, abolition des réflexes), etc... La sérologie était totalement positive par les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht, Desmoulières mais la réaction de Sciarra était complètement négative. A ce moment la cholestérolémie était de 2 gr. 90 o/oo. Nous avons pratiqué un nouvel examen sérologique après un an de traitement mixte (sulfarsénol, bismuth, iodure). La réaction de Bordet-Wassermann était devenue négative, la réaction de Hecht faiblement positive, la réaction de Desmoulières restait complètement positive, mais la réaction de Sciarra était encore négative. La cholestérolémie n'avait pas baissé, elle s'était, au contraire, élevée au taux de 3 gr. 28 o/oo. Devait-on conclure, dans ce cas, au premier et même au deuxième examen, qu'il s'agissait d'une syphilis fixée et arrêtée dans son évolution? L'examen clinique en faisant constater les bons résultats du traitement suivi, en dehors même de la réduction importante des réactions sérologiques, démontrait suffisamment qu'il n'en était rien.

*
* *

Les résultats des nombreux examens sérologiques que nous avons rapportés dans ce mémoire et leur étude critique permettent donc de préciser la valeur pratique de la séro-réaction de Sciarra.

Comparant aux résultats de cette réaction ceux des réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières et *confrontant les uns et les autres avec les données cliniques*, fournies par l'examen, au

besoin, répété des malades, nous sommes obligés de conclure que pour le diagnostic de la syphilis les trois méthodes classiques utilisées conjointement sont à la fois plus sensibles et plus spécifiques, qu'elles sont, par conséquent, plus sûres et qu'elles présentent une valeur pratique, d'ailleurs bien connue, que n'offre pas la réaction de Sciarra. La réaction de Sciarra met en évidence des modifications de nature différente de celles qui sont révélées par les autres réactions, mais nous ignorons actuellement la nature et la signification de ces modifications, qui ne sont fort probablement pas, comme le pense Sciarra, la conséquence de la présence dans le sang d'un auto-antigène syphilitique, et qui n'ont, peut-être, même, aucun rapport avec la syphilis.

La réaction de Sciarra ne peut donc servir ni au diagnostic, ni au pronostic, ni à la conduite du traitement de la syphilis.

BIBLIOGRAPHIE

Ciambellotti. — La Serodiagnosi di Sciarra. *Giornale Italiano Dermat. Sifilig.*, fasc. 19, anno 1928.

Lombardo. — Replica all'articolo del Prof. Sciarra « le ricerche di Tornabuoni, ecc. ». *Arch. Ital. Dermat. Sifil. e Vener.*, vol. VII, fasc. 5, nov. 1931.

Mariotti (Ettore). — Di una variante alla reazione di Wassermann come controllo al metodo originale. *Riforma medica*, nº 10, 1928.

Mariotti. — Ulteriori osservazioni sulla variante di controllo al metodi originale di Wassermann. *Riforma medica*, 1928.

Sciarra (Olinto). — Serodiagnose der aktiven syphilis mittels des autoantigens des serums (S. R.). *Klinische Wochenschrift*, nº 18, jahrgang 1930.

Sciarra. — Serodiagnostic de la syphilis en activité par auto-antigène du sérum (S. R.) démontré aussi par Sachs, par Sollazo et Kahn, Malloy et Nishio. *Revue de Dermatologie et de vénéréologie*, Paris, janvier 1931.

Sciarra. — La ricerche di Tornabuoni tecnicamente errate confermano tuttavia il valore della R. S. *Arch. Ital. di Dermat. Sifil. e Vener.*, vol. VII, nov. 31, fasc. 5.

Tornabuoni (Giuseppe). — Sulla serodiagnosi di Sciarra. *Arch. Ital. di Dermat. Sifil. e Vener.*, vol. VI, fasc. 4, gennaio 1931.

Weissenbach (R.-J.) et Martineau (J.). — Influence du taux de la cholestérolémie sur les réactions de la syphilis (Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières). *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, nº 2, février 1931.

Weissenbach (R.-J.) et Martineau (J.). — Étude comparée des résultats de la séroréaction de Sciarra et de quelques autres séro-réactions de la syphilis (Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières). Note préliminaire. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de syphiligraphie*, nº 8, novembre 1930.

Weissenbach (R.-J.) et Martineau (J.). — La valeur de la séro-réaction de Sciarra dans le diagnostic, le pronostic et la direction du traitemement de la syphilis. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de syphiligraphie*, nº 3, mars 1932.

A PROPOS D'UNE INTOXICATION COLLECTIVE PAR L'ARSENIC

Par THOREL et VINZENT
(Service de Dermatologie des Hôpitaux du Havre).

Nous voulons rapporter ici l'histoire d'une intoxication collective par l'arsenic, non pour relater un fait divers, ni décrire les symptômes de l'arsénicisme qui sont connus, mais exposer quelques réflexions qui nous ont été suggérées par l'abondance et la diversité sériée des cas observés.

Il s'agit de plusieurs centaines de marins, équipages de plusieurs longs courriers qui, pendant des semaines, ont absorbé du vin contenant de l'arsenic. Comment l'arsenic fut-il introduit dans ce vin importé d'Espagne ? Erreur de plâtrage, comme dans l'épidémie des vins d'Hyères ? Ou, selon l'opinion de l'entrepositaire français dont la responsabilité est hors de cause, par pulvérisation de bouillie arsenicale sur la vigne en temps prohibé, c'est-à-dire après la floraison ? Ou encore, par addition de glucose arsenicale, comme dans l'épidémie de Manchester ? Toujours est-il que la boisson des équipages contenait de 3 à 12 milligrammes d'arsenic métalloïdique, par litre, et qu'il fallut une quinzaine de jours pour qu'apparussent les premiers symptômes d'intoxication. Inutile de dire que dès que le diagnostic fut établi, des radiogrammes furent envoyés aux navires qui se trouvaient encore en mer, approvisionnés du même vin et c'est ainsi que l'épidémie n'eut pas de conséquences trop graves.

Nous disons bien épidémie, car les faits qui attirèrent d'abord l'attention des médecins des navires furent, avec une légère diarrhée, des manifestations cutanées qui auraient pu en imposer pour une maladie parasitaire s'étendant à l'équipage tout entier. C'est à cause de cette éruption qu'il nous a été donné d'examiner les premiers malades et de mettre l'arsenic en cause. Pour déterminer

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 7. JUILLET 1932.



Fig. 1. — Kératodermie palmaire arsénicale.
Les mouvements de flexion et d'extension sont très limités.



Fig. 2. — Traînées pigmentées suivant le trajet des veines.

quel était l'aliment toxique, une enquête rapide nous apprit que les matelots les plus atteints faisaient partie du personnel des machines, c'est-à-dire ceux dont le travail est le plus pénible et qui ont droit à une ration de vin plus forte ; d'autre part, les arabes ne présentaient aucun trouble et l'on sait qu'ils ne consomment que des boissons sucrées. L'analyse de plusieurs échantillons de vin, de bateaux différents, montra l'exactitude de nos suppositions.

Nous ne rapporterons pas par le détail la centaine d'observations que nous aurions pu prendre ; nous nous contenterons d'une vue d'ensemble, en insistant sur la symptomatologie cutanée qui est surtout visée dans cet article.

Nous avons eu affaire à une intoxication subaiguë, analogue à celle qui fut observée par Reynolds, à Manchester. On se rappelle qu'il s'agissait alors de bière contenant 2 centigrammes d'acide arsénieux par litre. Les doses absorbées furent donc voisines dans les deux cas, en général moins fortes cependant, en ce qui nous concerne. De plus, des mesures ayant été prises immédiatement, l'absorption du toxique fut plutôt courte, de sorte que, jusqu'ici du moins, nous n'eûmes pas à enregistrer d'accidents plus graves que des névrites plus ou moins sérieuses.

Les premiers symptômes furent comme nous l'avons déjà dit, des troubles gastro-intestinaux se traduisant par une diarrhée intermittente ; ensuite, les malades se plaignirent *tous* de fourmillements dans les mains et dans les pieds et d'une diminution de la sensibilité, rendant les mouvements de préhension et la marche difficiles, surtout au réveil. Les douleurs (sensation de brûlure) augmentèrent, en même temps que l'épiderme palmaire et plantaire s'épaississait, se kératinisait ; certains malades en devinrent véritablement impotents.

Le symptôme primordial, *qui ne manqua jamais*, fut donc l'hyperkératose palmo-plantaire et on peut dire que c'est là le signe capital de l'arsénicisme à forme subaiguë. D'abord érythémateuses, au stade complet les faces palmo-plantaires étaient recouvertes d'une carapace cornée, pachydermique, lisse, d'une épaisseur telle que les mouvements d'extension et de flexion étaient bloqués. Cette kératose qui ne recouvrit jamais complètement le placard érythémateux s'arrêtant à quelques millimètres du bord demanda trois à quatre semaines pour tomber spontanément en lambeaux, en général larges et épais.

A ce signe, s'ajoutèrent des phénomènes inconstants : laryngite, larmoiement, avec ou sans conjonctivite surtout inférieure, hyper-



Fig. 3. — Pigmentation de la ceinture et des plis aux lieux et places d'une érythrodermie arsénicale.

idrose palmaire et plantaire, bouffissure de la face au réveil, polynévrites, et enfin, la fameuse éruption pour laquelle les malades

nous furent adressés et qui nous permit de caractériser l'épidémie.

Cette éruption doit retenir notre attention : *ce fut toujours un érythème localisé aux plis* : cou, aisselles, plis du coude, aines, plis fessiers, creux poplités ; ajoutons que le scrotum fut parfois atteint et que toutes ces localisations furent rarement réunies sur le même individu. La rougeur un peu cuivrée s'étendait également de chaque côté du fond du pli, en un placard sec, symétrique plus ou moins long et large. Très légèrement squameux au centre, ces placards devenaient nettement kératosiques à la périphérie. De petits éléments lenticulaires aberrants, de plus en plus rares vers la périphérie, devenaient kératosiques au point de simuler le psoriasis, si la squame centrale avait recouvert en entier le disque érythémateux sur lequel elle reposait.

Un seul cas fit exception à cette règle : chez un homme âgé et fatigué, on observa sur la région antérieure de la jambe droite et au coude droit, sous l'olécrane, des placards à tel point psoriasiformes que l'on fit une biopsie pour bien s'assurer du diagnostic de kératodermie.

Les malades les plus gravement atteints présentèrent une rougeur diffuse de la ceinture. Sur un navire, plusieurs eurent des bulles sur la face dorsale des orteils ; quelques ongles se décollèrent de leur lit et tombèrent. Nous ne vîmes ni purpura ni pétéchies, sauf chez un malade qui nous montra aux mains ses lunules unguéales marquées de taches noirâtres, reliquats d'hémorragies.

C'est aux lieux et places des placards érythémateux que s'installa la pigmentation. Elle respecta les régions palmo-plantaires, mais elle apparut *diffuse*, naturellement aux plis, puis au cou et à la ceinture, et à deux régions où l'érythème n'avait guère été remarqué : la verge et le mamelon avec son aréole. Enfin, quelques traînées pigmentaires dessinèrent le trajet des veines, plus spécialement sur la face dorsale des pieds. On peut donc dire que l'érythème et la pigmentation occupèrent les régions où la peau est particulièrement fine, près des vaisseaux et riche en glandes. Nous avons cherché à savoir si l'arsenic s'éliminait par ces régions et si le métalloïde était directement la cause des phénomènes cutanés. Deux faits nous incitaient à rechercher le toxique dans les squames : 1° Dalton ayant traité une névrite arsenicale par un courant galvanique obtint au niveau d'une électrode un placard squameux

dans lequel l'analyse chimique révéla des traces importantes d'arsenic ; 2° un chimiste, à l'aide d'un appareil analogue à celui de Marsh, trouva dans les squames d'une érythrodermie exfoliatrice mercurielle soignée par l'un de nous, des traces de mercure (inédit). Nos recherches furent négatives : nous n'avons pas trouvé plus d'arsenic dans les squames de nos intoxiqués que dans des squames témoins ; nous n'avons pas expérimenté sur la peau pigmentée.

Arrivons maintenant à certaines constatations curieuses : chaque équipage fit sa symptomatologie propre, tout en restant dans le cadre général de l'épidémie. Si, sur tous les navires, on retrouva l'hyperkératose palmaire et plantaire, tel équipage eut des érythèmes des plis très accentués; tel autre n'en eût qu'à peine. Parmi les équipages à érythrodermies, l'un se pigmenta beaucoup, un autre très légèrement. D'autres enfin n'eurent que des accidents cutanés, légers, mais par contre, des névrites graves. Quelques bulles, sur la face dorsale des orteils, ne se montrèrent que sur un seul navire. Nous ne pouvons donner d'explications à ces séries que par les doses quotidiennes absorbées qui ont certainement varié d'un navire à l'autre (les échantillons de vin n'ayant pas montré la même teneur en arsenic pour tous les bateaux). Il nous a semblé que les doses les plus fortes avaient produit surtout des accidents cutanés et que les doses plus faibles, mais absorbées plus longtemps avaient surtout retenti sur les filets nerveux.

En tous cas, de pareilles formes ne ressemblent en rien aux éruptions que nous avons l'habitude de voir avec nos arsenicaux parasiticides et en particulier avec nos arséno-benzols. S'il est vrai que l'on y observe des érythèmes kératosiques, des phénomènes laryngés, de la bouffissure de la face, etc., la pigmentation s'y rencontre rarement, ainsi que les névrites. De plus, ce sont en général des éruptions des régions d'extension et non de flexion. Enfin, elles ont la réputation d'être polymorphes : il en est de scarlatiniformes, d'eczématiformes, il en est qui prennent l'allure d'herpétides exfoliatrices, etc.

Ce polymorphisme, que nous n'avons pas retrouvé dans notre épidémie, puisque nous y avons toujours observé le même type plus ou moins développé et plus ou moins complet pourrait être expliqué d'abord par le radical adjoint à la molécule As, ce qui

expliquerait également les affinités spéciales de certains sels soit pour le système nerveux soit pour la peau (Se rappeler les différences rencontrées avec l'hectine, le stovarsol sodique et les arsenicaux tri- ou pentavalents). Ensuite, il serait logique de mettre les lésions scarlatiniformes, eczématiformes et autres, enfin tout ce qui n'est pas kératosique, sur le compte soit de phénomènes biotropiques (Milian), soit de phénomènes anaphylactiques (Gougerot), soit de sensibilités particulières au métalloïde. Et, nous retiendrions comme phénomènes d'arsenicisme pur dans l'arsénobenzolisme, les érythèmes *manifestement kératosiques*, surtout des régions palmo-plantaires qui n'ont jamais manqué dans les centaines de cas que nous avons observés.

Cette manière de voir serait confirmée par des phénomènes biologiques. Tous les malades à qui nous avons fait une numération globulaire en période d'éruption ont accusé une leucopénie sévère, variant en moyenne entre 3.000 et 4.000 globules blancs par millimètre cube ; or, dans les éruptions arsénobenzoliques, tantôt on retrouve cette leucopénie, tantôt au contraire on trouve de l'hyperleucocytose (de 15.000 à 25.000). Ne pourrait-on pas dire que, en présence d'hyperleucocytose, un autre phénomène que l'arsénicisme intervient ?

Et nous pourrions conclure en disant que dans les éruptions arsenicales arsénobenzoliques, dont le polymorphisme étonne en présence de la fixité des symptômes de notre épidémie, qu'il n'y a véritablement pas d'arsénicisme sans *kératodermie* ni *leucopénie*, toutes choses pouvant d'ailleurs s'intriquer et se superposer ; ce qui aurait une certaine importance dans le pronostic et le traitement des éruptions médicamenteuses, au cours des séries d'injections que nous faisons à nos syphilitiques.

HISTOIRE D'UN CHANCRE MOU

Par MM. ESQUIER, LESTIDEAU et ESCARTEFIGUE,
Médecins de la Marine.

La curieuse observation qui va suivre est à verser au dossier de l'étude des chancres mous géants qui évoluent pendant des mois et des années malgré une thérapeutique intensive et variée.

Les cas de cette espèce ne sont pas fréquents dans la littérature médicale.

N'ayant point la prétention de connaître tous ceux qui ont été publiés, nous nous bornerons à rappeler ceux publiés au cours de ces dernières années :

Celui de Gougerot (*Paris Médical*, 1902), un chancre mou évoluant depuis 4 ans ;

Celui d'Amstadt (1923), chancre évoluant depuis 18 mois ;

Celui de Lépinay, de Casablanca, chancre mou durant depuis 15 mois ;

Celui de Ravaut (1927), chancre mou géant datant de 18 mois ;

Enfin ceux de Graham Little qui communiqua en 1929 à la Réunion Dermatologique de Lyon, les cas de trois ulcérations serpigineuses consécutives à des bubons suppurés ayant duré respectivement 5 ans, 7 ans et 13 ans.

Voici notre observation :

Le malade est un adjudant d'infanterie coloniale, originaire de Lyon, âgé de 29 ans, ayant 10 ans de service et qui rentre de Chine.

Il arrive à l'hôpital Sainte-Anne, le 9 janvier 1930, dans le service de chirurgie septique. On constate au niveau du tiers inférieur de la face interne de la cuisse, la présence d'une ulcération à bords taillés à pic sans suppuration et bourgeonnante en quelques points. Elle siège à l'extrémité d'un vaste placard cicatriciel qui s'étend en avant jusqu'au pli génito-crural et en arrière jusqu'au relief des ischio-jambiers.

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 7. JUILLET 1932.

Le malade nous est adressé en consultation par son chirurgien traitant, le Dr Le Bourgo.

Nous pensons à une gomme ulcérée ou à un ulcère des pays chauds et nous demandons son évacuation sur notre service.

Le sous-officier raconte ainsi son histoire : Il aurait eu un accident primitif en février 1927 et la roséole en mars. Il serait parti sur ces entrefaites en Extrême-Orient. Le chancre aurait bien guéri par le traitement spécifique, mais au bout de quelques semaines aurait apparu un furoncle (?) Ce furoncle se serait peu à peu agrandi, aurait donné

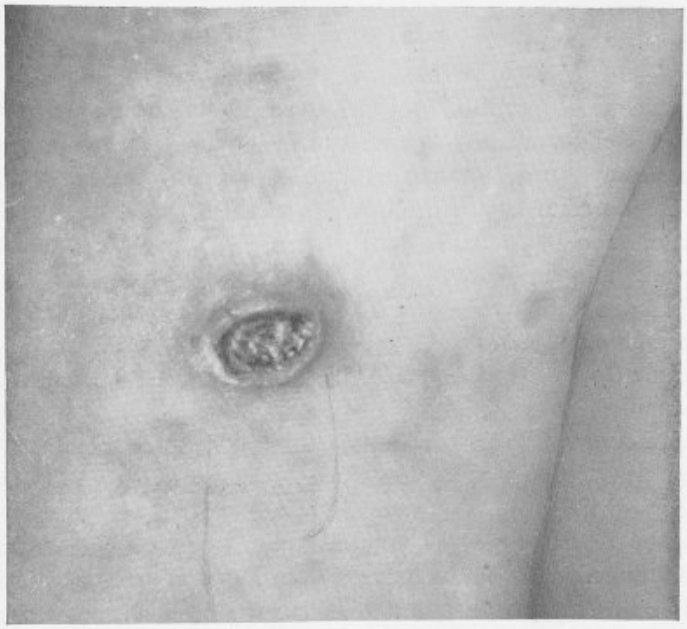


Fig. 1. — Chancre d'auto-inoculation.

une plaie qui, peu à peu, aurait parcouru la face interne de la cuisse. Le malade aurait reçu en Chine pendant *trois ans*, en plus du traitement local, une série de cyanure de mercure, trois séries de 914, une de sulfarsénol, une de bismuthoïdol, une de bi-iodure et absorbé 120 grammes d'iodure de potassium. Depuis 45 jours, pas de traitement général. A l'entrée dans le service, on constate une cicatrice du gland et du sillon qui rappelle celle d'un chancre phagédénique et les lésions ci-dessus décrites. Le 17 janvier 1930, l'ulcération a nettement les dimensions et la forme du pavillon d'une oreille humaine.

L'état général est excellent.

Nous effectuons un ensemencement sur milieu de Sabouraud qui ne donne rien.

Le 6 février, nous pratiquons une biopsie qui donne les résultats suivants :

Réaction papillomateuse marquée avec lésion inflammatoire sous-jacente. Pas de dégénérescence épithéliomateuse (Dr Marcandier).

La réaction de Bordet-Wassermann est négative, l'indice photométrique de Vernes = 0.

Le malade est mis au traitement bismuthique et la plaie pansée au Lugol. Les pansements sont très douloureux et les résultats nuls.

Nous essayons les injections intraveineuses de Lugol-hyposulfite avec des pansements à l'Insuline. Le 20 avril, la plaie a notablement augmenté de dimensions. Elle atteint celle d'une paume de main, mais a changé d'aspect. La moitié supérieure bourgeonnante a belle apparence, sa moitié inférieure « son aile marchante » est sanieuse, présente un bord taillé à pic qui progresse vers l'extrémité inférieure de la cuisse.

Nous envoyons, le 22 avril, un échantillon de pus au Laboratoire qui, à notre grande surprise, répond : *Présence de bacille de Ducrey*. Pour confirmer ce diagnostic, nous pratiquons le même jour une intradermo-inoculation à la région deltoïdienne gauche selon la technique de Ravaut.

Quatre jours après, nous avons à ce niveau une belle ulcération du volume d'un pois qui renferme une culture pure de bacille de Ducrey.

Le diagnostic étiologique est enfin posé. Reste à trouver un traitement efficace ! Pendant des mois, ce sera une lutte quotidienne contre le cocco-bacille par des traitements intensifs internes et externes aussi variés qu'inefficaces.

Au dedans : 914, Dmelcos (3 séries), bi-iodure...

Au dehors : Chlorure de zinc, Dakin, galvano-cautérisation des bords, air chaud, débridements des clapiers au thermo, lugol, poudre de Lucas-Championnière qui donnent seulement des améliorations temporaires. L'ulcère cicatrise en haut, mais continue à descendre.

En août : Diathermo-coagulation des bords.

En octobre : Excision chirurgicale du bord décollé, puis rayons ultra-violets (25 séances).

En novembre : Iontophorèse au sulfate de cuivre.

En décembre : Nouvelle électro-coagulation diathermique. A ce moment, l'ulcère a atteint le bord interne du genou.

Il existe alors, comme le montre l'épreuve ci-jointe, deux ulcérations, l'inférieure en activité, de la dimension d'une petite paume de main, la supérieure, bourgeonnante de la dimension d'une pièce de deux francs. En février 1931, après excision au bistouri de languettes de peau chancrelleuses, pansement à la solution de peptone. La plaie prend un assez bel aspect. Il y a 13 mois que le malade est dans le service, le début de la maladie remonte à 4 ans ! Et la marche descendante de l'ulcère continue.

En mai : Colmatage à la poudre de permanganate de potasse. Résultat médiocre, puis chlorure de zinc sur les bords et héliothérapie associée au cyanure de mercure puis au bi-iodure. Nous hâtons la cicatrisation des trois zones bourgeonnantes par des bandelettes de vigo qui font merveille, tout en continuant le chlorure de zinc et la poudre de Lucas-Championnière pour faire une antisepsie continue sous ce bord toujours infecté.

L'amélioration marche rapidement. Le 25 *juin*, l'ulcère qui est arrivé au niveau de l'interligne du genou n'a plus que la dimension d'une pièce de un franc. Le malade, qui commençait à désespérer, reprend courage, nous touchons au but.

Hélas !

Le *30 juin* au soir, subitement, violents frissons, vomissements, fièvre à 40°. En enlevant le pansement le lendemain, nous trouvons de la lymphangite de la cuisse.

Immédiatement : gouttière et grands pansements humides permanganatés.

Le 2 *juillet*, aggravation rapide : obnubilation, incontinence des sphincters, sueurs profuses, carphologie, fièvre en plateau entre 39° et 40°. Une hémoculture pour tous germes ne donne aucun résultat, urée sanguine 1 gr. 28. Pouls à 124. Nous découvrons un clapier sous un épiderme de fraîche date, nous le débridons au thermo.

Une thérapeutique énergique demeure inefficace. Sérums physiologique, glucosé urotropiné, septicémine, tonicardiaques, autohémothérapie de sang hémolysé (Bazy-Descarpentries), saignées répétées. L'immuno-transfusion est impossible (incompatibilité même avec les donneurs universels) et le 3 juillet, à 21 heures le malade meurt.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Voilà l'histoire, la triste histoire de ce chancre phagédénique qui a duré quatre ans et demi et s'est terminée par la mort.

Elle mériterait de nombreux commentaires, nous nous bornerons à quelques-uns.

Elle nous permettra d'abord de rappeler une fois de plus combien le diagnostic de chancre mou est parfois difficile à porter. Dans le cas actuel c'est le laboratoire qui a fait le diagnostic et non point le clinicien. En présence d'une ulcération phagédénique exotique pensons donc au chancre mou.

Deuxième remarque : l'inefficacité des traitements aussi multiples que variés, tant internes qu'externes, nous paraît tout à fait digne d'être notée. Tous les médicaments, toutes les méthodes anciennes et modernes, physiques, chimiques, biologiques, chirurgicales ont échoué.



Fig. 2. — La lésion en mai 1930.



Fig. 3. — La lésion en décembre 1930.

N'aurait-il pas mieux valu — au risque de passer pour retardataires et tardigrades — n'aurait-il pas mieux valu respecter ce chancre ? Et ceci nous amène au dernier point à élucider : quelle est la cause de la mort ?

Evidemment une toxémie massive. Comme nous épiloguions sur cette fin lamentable, M. le docteur Cras, médecin-chef de l'Hôpital, nous rappela avec raison l'histoire bien connue des vieux auteurs, de ces suppurations chroniques, de ces cautères savamment entretenus dont les porteurs voyaient leur état s'aggraver le jour où cessait la suppuration. Ne savons-nous pas que la résorption rapide d'un eczéma chronique peut être suivie d'accidents graves et même de mort ?

Ne sommes-nous pas en présence d'un cas analogue ? Ce chancre phagédénique qui a évolué pendant 54 mois n'était-il pas pour ce colonial, pour ce syphilitique un émonctoire précieux ? La question vaut la peine d'être posée, dût-elle paraître surannée à quelques-uns.

Travail du service de Dermato-Vénéréologie de l'Hôpital maritime Sainte-Anne.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mars 1932.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

L'épidémie de syphilis de Nancy, 1929-1930, valeur de la réglementation, par J. Benech et H. Spillmann. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 3, mars 1932, p. 161.

Cette épidémie a pour origine la prostitution clandestine, ainsi que les constatations du dispensaire et les plaintes en font foi. La succession chronologique des faits le montre nettement. La syphilis ne rétrogradera que le jour où on pourra agir efficacement sur la prostitution clandestine, disent les auteurs, qui croient à la nécessité de la réglementation. H. Rabeau.

Sur le syndrome humoral de la paralysie générale, par R. Targowla. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 3, mars 1932, p. 175.

Il existe des paralysies générales sans syndrome humoral ; ce sont presque toujours des paralysies générales fixées ou prolongées. Mais il faut procéder avec une extrême prudence dans l'interprétation des faits sortant de la règle. La valeur décisive du syndrome humoral pour le diagnostic de la maladie de Bayle reste. La notion de paralysie générale repose sur trois syndromes : clinique, humoral, anatomique. Le diagnostic peut être plus ou moins difficile, mais se fait essentiellement sur la concordance des signes cliniques et humoraux. H. Rabeau.

Pemphigus localisé balano-préputial, fixé, récidivant sans arrêt au même point, par Gougerot, R. Cohen et Davaris (Histologie par Melle Eliascheff). *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 3, mars 1932, p. 184 (1 fig.).

Observation curieuse d'un malade qui depuis plus d'un an et demi, a toujours au même point, sur le gland et la face muqueuse adjacente du prépuce, une ou plusieurs bulles. Ce fait rentre dans le groupe des formes uni ou bi-bullaires des dermatites de Brocq-Dühring et des pemphigus isolés par Gougerot. H. Rabeau.

Réinfection syphilitique intra-urétrale, par V. Sergiescou. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 3, mars 1932, p. 190.

Ce malade, à l'âge de 19 ans, présenta un chancre de la face dorsale

du pénis, avec adénopathie satellite, réactions sérologiques positives. Traitement pendant 4 ans ; 11 séro-réactions négatives, pas d'examen du liquide céphalo-rachidien. 9 ans après le premier accident, chancre du méat survenant 20 jours après un contact. Tréponèmes dans le nouveau chancre. Séro-réaction positive dans les délais normaux. H. RABEAU.

Syphilomes primaires non ulcérés, par M. HISSARD *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 3, mars 1932, p. 196.

Ouvrier portugais présentant depuis 15 jours sur le gland deux papules, dures, indolores, sans érosion ni suintement, avec polyadénopathie bi-inguinale classique. Le grattage de la muqueuse permet de recueillir une sérosité riche en tréponèmes ; le Bordet-Wassermann était positif, le Vernes marquait 10. H. RABEAU.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

L'épithélioma érythémateux, par G. MILIAN. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nº 2, fév. 1932, pp. 72-87, 8 fig.

Sous ce nom l'auteur groupe diverses formes ni ulcéreuses, ni tumorales d'épithéliomas cutanés ayant l'apparence clinique de l'épithélioma pagétoïde, mais pouvant avoir une autre structure histologique.

Cliniquement, au premier abord, l'aspect est celui d'un lupus érythémateux : taches érythémateuses d'un rose un peu violacé avec parfois fines varicosités capillaires, desquamation assez importante, taches blanc grisâtre sur la nappe érythémateuse pouvant en imposer pour un début d'atrophie cicatricielle ; parfois squames très adhérentes et dilatation des orifices pilo-sébacés ; mais présence de taches pigmentaires (tête d'épingle), signe de grande valeur diagnostique en faveur de l'épithélioma ; bourrelet épithélial périphérique rare, toujours très fin. Le siège le plus fréquent est la face, ensuite le dos, les membres ; les lésions peuvent être très nombreuses chez le même individu ; il est surtout fréquent après la soixantaine ; sa durée est particulièrement longue. On peut distinguer une forme érythémateuse pure, une forme érosive dont le centre est légèrement humide, réalisant l'aspect classique de la maladie de Paget du mamelon, une forme plane cicatricielle, une forme squameuse, la plus rare, simulant les parakératoses infectieuses, une forme kératosique avec saillies cornées analogues à celles de la tuberculose verruqueuse et répondant au type clinique désigné sous le nom de maladie de Bowen.

Histologiquement, l'immense majorité répond au type épithélioma baso-cellulaire, mais pas toujours ; la variété cylindrome n'est pas rare. L'auteur décrit minutieusement certains détails de structure, multiples foyers microscopiques initiaux, tendance à la formation d'une bulle entre le corps muqueux et l'épithélium basilaire, infiltration lymphocytique du derme et dilatations vasculaires, dégénérescence basophile

et multiplication des fibres élastiques caractéristique de la peau citréine.

Le diagnostic est basé sur la présence des petites taches pigmentaires, la moindre adhérence des squames qui n'ont pas les prolongements cornés en cône du lupus érythémateux.

Le traitement le meilleur paraît être la destruction au thermocautère.

A. Bocage.

Syphilis unguéale atrophique et pigmentaire. Kératose pulpaire, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 2, fév. 1932, pp. 88-92, 1 fig.

Malade complexe ayant une énorme hyperkératose plantaire, de la kératose avec fissures de la pulpe des doigts, des altérations graves de tous les ongles avec bourrelet matriciel très discret ; aucun autre signe de syphilis mais un eczéma vésiculeux et lichénifié des membres. Un traitement arsénobenzolique est suivi d'érythrodermie, un traitement prolongé par le cyanure de mercure, le bivatol et l'iodure amène une amélioration importante en 11 mois et demi. L'auteur ne dit pas ce que sont devenues les lésions d'eczématisation des membres, mais se basant sur les résultats du traitement, malgré l'absence de tout antécédent et une sérologie négative, il conclut qu'on « ne peut imaginer un exemple plus complet de syphilis ignorée ». A. Bocage.

Nigritie unguéale partielle, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 2, fév. 1932, pp. 93-95, 1 fig.

Chez une femme de 74 ans, taches pigmentaires des ongles ; comme il existait quelques taches pigmentaires de la muqueuse buccale, de l'hypertension à 20 et une arythmie, l'auteur en conclut à l'existence d'une syphilis ignorée. A. Bocage.

Sarcome mélanique développé sur des taches mélaniques de la muqueuse de la joue, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 2, fév. 1932, pp. 96-98, 1 fig.

Premier cas connu de sarcome développé sur une tache mélanique de la muqueuse buccale : on sait que pour l'auteur ces taches sont un stigmate de syphilis. A. Bocage.

Zona du maxillaire supérieur et fémoro-fessier. Guérison des douleurs par le 914, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 2, fév. 1932, pp. 99-104, 6 fig.

D'excellentes photographies de divers zonas illustrent cette observation. A. Bocage.

Erythème morbilliforme interthérapeutique du 9e jour avec ictère, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 2, fév. 1932, pp. 105-109.

Les premières injections de novarsénobenzol chez une syphilitique secondaire sont suivies de fièvre, vomissements et diarrhée ; 2 jours

après la troisième, 11 jours après la première, érythème morbilliforme et, le lendemain, ictère. Il évolue sans fièvre et se termine au bout d'un mois environ. Les injections novarsenicales sont reprises à ce moment ; la première détermine une réaction fébrile violente, des vomissements, une éruption qui s'éteint en quelques jours en même temps que les dernières traces de l'ictère ; les autres injections furent bien tolérées. L'auteur pense qu'il s'agissait d'un ictère par hépatite syphilitique guérie par le cyanure de mercure. A. BOCAGE.

Leucoplasie et syphilis nerveuses, par KASABAKAS. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 2, fév. 1932, pp. 110-111.

Sur 1.715 malades dans le service du Dr Milian, l'auteur a trouvé 100 porteurs de leucoplasie et parmi eux 30 malades atteints de syphilis nerveuse, « statistique favorable à l'idée que le tréponème neurotrope est aussi celui qui produit la leucoplasie ». A. BOCAGE.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Traitement de l'atrophie tabétique des nerfs optiques, par C. ABADIE. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 96e année, 3e série, t. CVII, n° 12, 22 mars 1932, pp. 438-439.

L'auteur pense que l'atrophie tabétique des nerfs optiques est liée à une vaso-constriction de l'artère centrale de la rétine relevant d'altérations syphilitiques du centre cilio-spinal de la moelle. Cette conception pathogénique détermine un double traitement, l'un par des injections sous-cutanées quotidiennes d'atropine à la dose de 2 milligrammes, l'autre par des injections intraveineuses de cyanure de mercure. Tous les malades auxquels ce traitement a été appliqué « ont vu non seulement l'évolution progressive de leur atrophie enrayée, mais tous ont bénéficié d'une augmentation de leur acuité visuelle, d'autant plus grande que leur affection était moins avancée ». Ce traitement agit lentement ; on le continuera tant que l'amélioration continue.

A. BOCAGE.

Bulletin Médical (Paris).

L'érysipéloïde ou maladie de Rosenbach, par CLÉMENT SIMON. *Bulletin Médical*, 48e année, n° 11, 12 mars 1932, p. 186.

Affection cutanée, assez fréquente en Europe Centrale, peu commune en France, elle semble résulter de l'inoculation à l'homme du bacille du rouget du porc. Le siège le plus fréquent est la face dorsale de la main, quelquefois l'avant-bras, le visage même. Le point d'inoculation peut être marqué d'une pustule hémorragique, quelquefois vésicules et bulles au voisinage ; les arthrites des doigts sont fréquentes, parfois il y a des adénites épitrochléennes ou axillaires. Le pronostic est habituellement bénin, guérison par pâtes antiseptiques faibles. Le

bacille du rouget du porc est très répandu dans la nature, il vit à l'état de saprophyte sur toutes sortes de substances d'origine animale et sur d'autres espèces que le porc. H. RABEAU.

Traitement des chéloïdes et des cicatrices vicieuses par le radium, par P. DEGRAIS et A. BELLOT. *Bulletin Médical*, 46e année, nº 11, 12 mars 1932, p. 196.

Les auteurs accordent une place très importante, sinon la première, au traitement des chéloïdes et des cicatrices vicieuses par le radium. Il consiste en applications d'appareils à vernis ou de tubes isolés ou juxtaposés selon l'étendue et la forme des lésions. Le filtrage et le temps d'application varient suivant l'infiltration. H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Lèpre et acromégalie, par S. DELAMARE et R. JIMENEZ GAONA. *Bulletins et Mémoires des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 8, 7 mars 1932, p. 267.

Observation d'un malade atteint de lèpre depuis 16 ans, et qui a présenté successivement de la gynécomastie, de l'insuffisance génitale et de l'acromégalie. L'acromégalie qui a débuté il y a 4 ans montre les réactions hypophysaires ou juxta-hypophysaires des lépreux. Il n'y a pas de lipo-dystrophie, mais une polyurie discrète. On note en outre du xanthélasma, fait aussi rare chez les lépreux que chez les acromégaliques. H. RABEAU.

La posologie et le mode d'emploi du stovarsol sodique dans la paralysie générale, par SÉZARY et BARBÉ. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 10, 21 mars 1932, p. 388.

Le traitement par le stovarsol doit être soumis à certaines règles que les auteurs croient nécessaires de remettre en mémoire. Il ne faut pas comparer les doses d'arsenic trivalent et pentavalent. La toxicité, l'activité, les affinités de ces deux types d'arsenic sont tellement dissemblables qu'ils doivent être considérés, du point de vue biologique, comme deux corps tout à fait différents. Les doses qui semblent élevées à certains auteurs ne le sont pas, et par crainte d'accidents possibles il ne faut pas utiliser le stovarsol à doses insuffisantes. Sur plus de 300 malades traités par eux depuis 6 ans, ils n'ont pas noté un seul cas de névrite optique par le stovarsol. Voici les règles *formelles* concernant sa posologie :

1° ne jamais dépasser un gramme par injection ;
2° ne jamais faire d'injection intraveineuse ;
3° ne jamais faire plus de 3 injections par semaine ;
4° débuter par 0,50 centigrammes pour accoutumer le nerf optique au médicament et n'injecter 1 gramme qu'à la deuxième injection.

Il est préférable de ne pas dépasser 21 grammes par série d'injections.

Une contre-indication formelle est l'existence d'une lésion antérieure du nerf optique. Le fond d'œil devra donc toujours être examiné auparavant. Il faudra tenir compte des causes qui peuvent fragiliser le nerf optique. Le mauvais fonctionnement des reins et du foie paraît une cause prédisposante à la névrite optique arsenicale. Une surveillance attentive sera nécessaire au cours du traitement.

H. Rabeau.

Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie (Paris).

Variations de la virulence du virus syphilitique Truffi entretenu par des passages sur le lapin, par C. Levaditi et A. Vaisman. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CIX, nº 8, 4 mars 1932, pp. 619-621.

Cette souche, prélevée sur l'homme en 1908, était encore très pathogène pour le singe en 1914 ; à cette époque et en 1922, elle ne donnait à l'homme qu'une lésion papuleuse non érosive au point d'inoculation, le Bordet-Wassermann devint positif mais aucune lésion secondaire n'apparut malgré des traitements très peu intenses. En 1931, 23 ans après son prélèvement sur l'homme, la souche Truffi ne peut plus donner de chancre au singe ; par greffe sous-scrotale, elle donne des lésions nodulaires non ulcérées avec adénopathie inguinale fugace.

A. Bocage.

Culture de germes provenant de lépromes et de rate lépreuse filtrée, par A. Vaudremer, A. Sézary et Melle C. Brun. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CIX, nº 8, 4 mars 1932, pp. 624-626.

Complétant leurs expériences antérieures, les auteurs montrent qu'un filtrat d'émulsion de pulpe de rate prélevée 30 heures après la mort donne les mêmes cultures que des lépromes sur des milieux spéciaux. Le premier ensemencement est fait sur un filtrat de culture d'*Aspergillus fumigatus* : il y apparaît des formes microbiennes pseudo-méningococciques qui se développent en gélose ordinaire. Repiquées en bouillon de pomme de terre, elles prennent la forme mycélienne, puis en bouillon de pomme de terre glycériné sur support inerte, apparaissent des bacilles granuleux courts et cyanophiles, puis des bacilles longs cyanophiles et sporulés, enfin, dans le même milieu, développement de l'acido-résistance. L'ensemble de ces transformations demande de 10 à 24 mois, se terminant par l'obtention d'éléments morphologiquement identiques au bacille de Hansen classique. Ces recherches montrent aussi que le bacille de la lèpre contient des éléments filtrables sur bougie L. 3.

A. Bocage.

La présence de « Treponema pallidum » chez les souris atteintes de syphilis inapparente, par C. Levaditi et R. Schoen. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CIX, nº 10, 23 mars 1932, pp. 811-813, 2 fig.

Contrairement aux résultats négatifs obtenus chez le lapin, les auteurs

ont constaté la présence de tréponèmes dans les ganglions de la souris, confirmant les examens de Jahnel et Prigge. A. Bocage.

Résultats d'inoculation de cultures de « Trichophyton radiolatum » dans l'organisme de cobayes dont on scarifie la peau, par A. Catanei. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CIX, nº 10, 23 mars 1932, pp. 886-887.

Voulant vérifier certaines expériences sur l'électivité cutanée des teignes animales, l'auteur a constaté qu'en prenant les précautions indispensables pour éviter l'infection directe de la peau, l'inoculation sous-cutanée ou intrapéritonéale ou intraveineuse de *trichophyton* accompagnée de scarifications aseptiques de la peau à distance du point d'injection, n'est pas suivie de trichophytie cutanée dans la région traumatisée, à de rares exceptions près, pour lesquelles une contamination par l'extérieur paraît avoir été possible. A. Bocage.

Sur la pathogénie des teignes cutanées observées chez le cobaye après ingestion de cultures de « Trichophyton », par A. Catanei. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CIX, nº 10, 23 mars 1932, pp. 887-888.

Une expérimentation rigoureuse montre que l'apparition de teigne cutanée au niveau de scarifications faites sur le dos des animaux ayant ingéré des cultures pathogènes provient d'une contamination par les matières fécales. A. Bocage.

Paris Médical.

Syphilis d'abord arséno-sensible puis devenant arséno-récidivante et arsénorésistante dans la première cure avec réaction de résistance (Discussion d'une immunité locale), par Gougerot et R. Cohen. *Paris Médical*, 22e année, nº 10, 5 mars 1932, pp. 203-205.

Au cours du traitement par le novarsénobenzol, apparition de syphilides presque uniquement psoriasiformes, sans récidive du chancre initial ; chaque injection fait apparaître de nouveaux éléments qui ne cessent de croître. Un traitement bismuthique amène une prompte guérison sans réaction de Herxheimer. A. Bocage.

L'hérédo-syphilis mentale, par M. Pinard. *Paris Médical*, 22e année, nº 10, 5 mars 1932, pp. 205-206.

Série de petits faits cliniques montrant le polymorphisme et la fréquence des stigmates psychiques de l'hérédo-syphilis remontant au grand-père du malade. A. Bocage.

Syphilis et cancer de l'utérus, par A. Touraine. *Paris Médical*, 22e année, nº 10, 5 mars 1932, pp. 207-210.

La syphilis paraît exercer au col de l'utérus une action cancérigène aussi importante qu'à la langue et que sur les autres muqueuses à épithélium pavimenteux stratifié. L'auteur passe en revue les antécédents

syphilitiques personnels, conjugaux et héréditaires des malades ; il montre la précocité du cancer utérin tout à fait analogue à celle des autres cancers chez les syphilitiques avérés, en contraste complet avec les résultats globaux pour l'ensemble des cancers dont le nombre augmente considérablement avec l'âge. On trouve 67 o/o de Wassermann positifs dans les cancers du col. Malgré la rareté des gommes syphilitiques du col utérin, les cas de cancers sur gomme n'y sont pas exceptionnels. Deux chapitres intéressants et très documentés de ce travail ont trait à la leucoplasie du col tant de l'épithélium pavimenteux de sa portion inférieure que du revêtement intracervical. Après avoir rappelé l'importance de la syphilis utérine signalée par Audry, l'auteur conclut que la fréquence de la syphilis chez les cancéreuses dépasse les deux tiers. Une vingtaine d'indications bibliographiques complètent cet article. A. BOCAGE.

Erythème polymorphe et syphilis, par M. J. WATRIN. *Paris Médical*, 22e année, n° 10, 5 mars 1932, pp. 211-212.

Un malade fait 7 poussées d'érythème polymorphe ; au cours de la dernière, un examen sérologique montre un Wassermann positif. Le traitement arsenical accélère la guérison des érosions des muqueuses, sans modifier celle des lésions cutanées. L'auteur voit dans ce cas un type d'infection biotropique due à la présence d'une syphilis ignorée. Une récidive survint peu de temps après, le Wassermann étant encore positif. Bien que le malade n'eut aucun antécédent, l'auteur n'émet pas le moindre doute sur l'existence de cette syphilis uniquement révélée par la sérologie, et qui serait venue exalter la virulence de l'agent spécifique de l'érythème polymorphe.

A. BOCAGE.

Causes, pathogénie et traitement du vitiligo, par P. BLUM et J. BRALEZ. *Paris Médical*, 22e année, n° 10, 5 mars 1932, pp. 212-216.

Revue générale des faits les plus récemment publiés mettant en évidence les obscurités de la pathogénie et la difficulté du traitement de cette affection, qui semble souvent être comme la cicatrice d'une lésion érythémateuse antérieure. A. BOCAGE.

Examen buccal et hérédo-syphilis, par M. HISSARD. *Paris Médical*, 22e année, n° 10, 5 mars 1932, pp. 216-220.

Revue générale sur la signification des anomalies constatées. Trois cas de langue scrotale observés en 2 ans, tous 3 chez des hérédo-syphilitiques. La persistance d'une ouverture ovalaire entre les arcades dentaires, les mâchoires étant jointes, n'a jamais été vue par l'auteur que chez des hérédo-syphilitiques. Sur 54 hérédo-syphilitiques de plus de 6 ans, 6 seulement ont une denture normale ; chez les autres, on trouve 3 dents de Hutchinson, 3 atrophies cuspidiennes de la dent de 6 ans, 4 cas de tubercule de Carabelli-Sabouraud. Ce dernier symp-

tôme a grande importance à condition de s'en tenir exactement à la description de l'éminence mamillaire, telle que l'a donnée Sabouraud.

A. Bocage.

Hyperkératose syphilitique foliée du pli articulaire phalango-phalanginien, par G. Milian. *Paris Médical*, 22e année, nº 10, 5 mars 1932, p. 220, 2 fig.

Crêtes cornées de 1 centimètre et demi dans le pli de flexion du médius chez un syphilitique qui ignorait son infection.

A. Bocage.

Les syphilis arsénorésistantes et arsénorécidivantes, par M. Pinard et R. Even. *Paris Médical*, 22e année, nº 13, 26 mars 1932, pp. 275-280.

Cet article est le commentaire de la thèse de Bacquelin qui groupe toutes les observations publiées sur ce sujet. Une critique sévère ramène de 161 à 10 ou même à 1 seul le nombre des cas d'arséno-résistance ou d'arséno-récidive résistant à toute critique, si dans l'application du traitement on tient compte : 1° de la loi des doses, 15 milligrammes par kilogramme pour chaque injection et 1 gramme par dizaine de kilogrammes pour chaque série ; 2° de la loi des intervalles, 21 jours entre chaque série ; 3° de la loi des séries, c'est-à-dire encore 3 séries à partir du moment où le Wassermann est devenu négatif.

Les tréponèmes arséno-résistants doivent être bien rares si vraiment ils existent ; il est possible que le terrain, en particulier l'insuffisance hépatique, entrent en jeu pour expliquer certains échecs du traitement, mais aussi il faut songer à la mauvaise qualité de l'arsenical employé dont certaines marques ou certaines séries peuvent être défectueuses.

A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

La valeur diagnostique et pathogénique de la recherche des anticorps chancrelleux dans le sérum de malades atteints d'adénopathies inguinales (1 fig.), par P. Ravaut, E. Rivallier et R. Cachera. *Presse Médicale*, 40e année, no 22, 16 mars 1932, p. 409.

La difficulté du diagnostic de certaines adénopathies vénériennes est souvent très grande, lorsque la porte d'entrée a disparu ou qu'elle semble avoir totalement manqué. Les auteurs ont cherché la réaction de fixation du complément en présence d'un antigène chancrelleux avec 91 sérums. Cette réaction, presque constamment positive dans le sérum des sujets atteints de bubons chancrelleux, est au contraire à peu près régulièrement négative au cours de la poradénite. La teneur du sérum en anticorps après injection de vaccin streptobacillaire (Dmelcos) est très différente dans les deux maladies. Dans l'infection chancrelleuse, la vaccinothérapie, tant par voie intramusculaire que par voie intraveineuse, élève considérablement le taux des anticorps dans le sérum et cela de façon très durable. Dans la maladie de Nicolas Favre, cette

augmentation est peu importante, elle se produit seulement après la vaccinothérapie par voie intraveineuse, et cela de façon passagère. Cette étude de la réaction de déviation du complément a donc un double intérêt théorique et pratique ; *théorique*, car elle apporte un argument supplémentaire de haute valeur en faveur de la différence de nature de l'infection chancrelleuse et de la maladie de Nicolas-Favre ; *pratique*, car elle constitue un procédé complémentaire de discrimination pour les adénopathies inguinales. H. Rabeau.

Traitement de certaines affections cutanées par la méthode de l'U. V. A. C. par M. Craps et A. Alechinsky *Presse Médicale*, 40e année, nº 23, 19 mars 1932, p. 436.

La méthode consiste à associer les badigeonnages avec une solution de 1 à 5 o/o de nitrate d'argent, aux irradiations par les rayons ultra-violets. Les parties de peau saine du voisinage sont protégées par une pommade ou un tissu et la source actinique placée à une distance aussi courte que possible de la lésion. La méthode a été surtout utilisée dans les eczémas aigus des enfants, dans les dermo-épidermites microbiennes et les dermatomycoses des plis. Il y a une action très rapide sur le prurit et le suintement (41 malades traités) ; résultats favorables dans tous les cas, quelquefois extrêmement rapides.

H. Rabeau.

Revue Neurologique (Paris).

Le syndrome infundibulaire dans la syphilis acquise et héréditaire. Trois observations nouvelles, par J. Lhermitte, N. Kyriaco et J. O. Trelles. *Revue Neurologique*. 39e année. t. I, nº 2, fév. 1932, pp. 254-262.

Trois observations de malades atteints de syndrome infundibulaire, entachés de syphilis et indemnes de toute tumeur cérébrale ou hypophysaire. Chez le premier, 6 mois après le chancre, attaques narcoleptiques après le repas, puis attaques cataleptiques, céphalée, enfin tendance à l'obésité et frigidité sexuelle ; pas de troubles de la mémoire ni du jugement, mais, par moments, flots de paroles incohérentes dont il ne garde pas le souvenir. Réactions sanguines et rachidiennes normales.

Le deuxième malade présente de l'asthénie, de l'hypersomnie avec une certaine obnubilation intellectuelle et un état d'anxiété. Réaction rachidienne positive. Évolution vers la paralysie générale confirmée.

Le troisième cas se traduisit par une obésité très importante, de la polyurie à 4 litres et plus, une impuissance sexuelle avec modifications des organes génitaux externes et des poils ; enfin, une certaine asthénie psychique. Wassermann positif dans le sang ; amélioration considérable par le traitement spécifique sauf en ce qui concerne l'obésité, qui malgré un traitement thyroïdien intensif persista avec un métabolisme basal augmenté de 15 o/o.

Les auteurs terminent en insistant sur la distinction entre le syndrome hypophysaire et le syndrome infundibulo-tubérien sans atteinte hypophysaire. A. BOCAGE.

Sclérose en plaques syphilitique chez un paralytique général impaludé, par I. BERTRAND, N. PÉRON et O. ELO. *Revue Neurologique*, 39e année, t. I, nº 3, mars 1932, pp. 441-448, 7 fig.

Un malade de 57 ans présente en août 1930 un tableau classique de paralysie générale sans symptômes médullaires. Après impaludation, une amélioration mentale considérable permet d'envisager une rémission ; 10 mois après l'impaludation apparaît brusquement une paraplégie à type de myélite transverse de la région dorsale, entraînant la mort en quelques semaines par troubles urinaires. L'examen anatomique montre au niveau de la corticalité cérébrale des lésions de méningo-encéphalite avec prédominance dans la région frontale. Ces lésions ont entraîné des modifications importantes surtout de la troisième couche avec péri-vascularites manifestement encore en évolution. Par contre, le bulbe et la moelle sont le siège de lésions ayant le type de la sclérose en plaques avec énormes lésions de péri-vascularite centrant la plupart des foyers dégénératifs. L'origine syphilitique des deux ordres de lésions paraît incontestable. A. BOCAGE.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Eléphantiasis scrotal, par ZEPHERINO DO AMARAL. (São Paulo). *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. III, nº 3, mars 1932, p. 223, 2 fig.

Un traumatisme périnéal (chute à califourchon) est suivi d'un empâtement inflammatoire, qui s'abcède, s'ouvre, donnant lieu à un écoulement de pus. Il en résulte une fistule, qui persiste. Bientôt se produit une plaque érysipéloïde, qui laisse après elle un œdème dur et un épaississement de la peau. On se trouve finalement en présence d'une tumeur scrotale monstrueuse, du poids de 6 kilogrammes.

La sérosité ne renferme que des germes banaux de suppuration.

On met en évidence de nombreux ankylostomes dans les fèces.

La recherche des filaires dans le sang, faite à trois reprises — dont une pendant la nuit — ne donne aucun résultat.

Le sujet présente un vitiligo généralisé, étendu à la surface de la tumeur. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

J. MARGAROT.

Lyon Médical.

Lésions cornéennes au cours du zona, par Z. ROLLET. *Lyon Médical*, t. CXLIX, 64e année, nº 10, 6 mars 1932, p. 302.

Il est classique de considérer deux formes de kératites au cours du zona : une forme superficielle qui correspondrait à une éruption cor-

néenne analogue aux lésions cutanées et une forme interstitielle. R. n'a jamais vu cette forme superficielle pure. Il pense qu'il n'existe qu'une seule forme et que les lésions interstitielles y sont constantes. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, on n'observe jamais de lésions des nerfs. JEAN LACASSAGNE.

Un cas de maladie de Raynaud avec troubles trophiques osseux symétriques et particulièrement intenses, par GATÉ, PAUPERT-RAVAULT et TIRAN. *Lyon Médical*, t. CXLIX, 64e année, nº 11, 13 mars 1932, p. 328.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas assez typique caractérisé par des crises vaso-motrices avec alternative de syncope et d'asphyxie locale, c'est l'intensité des lésions osseuses qui ont abouti à une véritable résorption des phalangettes ; c'est aussi leur symétrie absolue puisque ces lésions intéressent uniquement l'index et le médius des deux mains.

JEAN LACASSAGNE.

Provence Médicale (Marseille).

Valeur pratique des épreuves humorales rachidiennes pour le diagnostic de la syphilis du névraxe, par A. MORIEZ. *Provence Médicale*, 2e année, nº 6, 15 mars 1932, pp. 5-11.

« La ponction lombaire seule a une valeur ; une réaction de Bordet-Wassermann négative dans le sang n'est en aucun cas un élément de sécurité ». Une série de formules saisissantes de ce genre émaillent cette claire revue générale basée sur les travaux de Ravaut, Guillain, Ronchèse, Vernes. L'auteur rappelle les différentes réactions et la signification de leurs résultats. A. BOCAGE.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Le métabolisme du chlorure de sodium dans les dermatoses. IIe communication (Der Kochsalzstoffwechsel bei Dermatosen. II. Mitteilung), par Julius. K. MAY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, pp. 550.

L'auteur a examiné le métabolisme du chlorure de sodium dans le pemphigus vulgaire et dans d'autres dermatoses. D'après les résultats nets qu'il a obtenus, il conclut :

1° Un certain nombre de cas de pemphigus sont accompagnés d'une diminution de l'élimination du chlorure de sodium dans les urines, en rapport direct avec le stade d'éruption. On peut, par une augmentation du NaCl dans la nourriture, mettre cette diminution plus en évidence aux stades de début et terminaux de la maladie, dans lesquels les lésions cutanées sont relativement peu développées.

2° On peut constater à la suite de dermatoses d'étiologie et de morphologie différentes, mais dont l'extension et l'intensité ont dépassé une certaine mesure, une diminution de l'élimination du NaCl dans les urines.

3° Il existe dans le pemphigus vulgaire une rétention énorme de chlorure dans la peau dépassant de 100 o/o la teneur en chlorure de la peau normale. On peut aussi démontrer parfois dans ces cas une augmentation de la teneur du sang en NaCl.

Il ne reste qu'à élucider si le NaCl, non éliminé dans les urines, est totalement retenu dans la peau. Une partie est certainement éliminée par voie extra-rénale : 1° par les glandes sudoripares et cette élimination peut être assez considérable ; 2° par la *perspiratio insensibilis*, très augmentée, surtout dans les dermatoses très étendues et qui dépend de la fonction (visible ou invisible) des glandes sudoripares. On peut donc conclure qu'il existe dans les dermatoses une importante élimination de NaCl par la peau, élimination qui peut atteindre 5 grammes et plus par jour. Il ressort aussi de ces constatations que la diminution de l'élimination du NaCl dans les urines n'est pas pathognomonique du pemphigus vulgaire, car elle se rencontre aussi dans d'autres dermatoses. On ne peut donc admettre un trouble important du métabolisme du NaCl, mais on peut parler d'un trouble relativement important. OLGA ELIASCHEFF.

Le zona dans la leucémie (Zoster bei Leukæmie), par F. KATZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 561.

Observation d'un cas de zona chez une malade âgée de 49 ans, atteinte d'une leucémie lymphatique. Apparition de récidives du zona sur différents segments du corps avec généralisation. Pendant l'éruption, le nombre des lymphocytes augmenta rapidement. L'histologie montrait un zona typique et au pourtour de la nécrose un infiltrat lymphocytaire très prononcé. OLGA ELIASCHEFF.

L'alimentation et la transminéralisation dans la peau (Ernährung und Transmineralisation in der Haut), par Fr. STERN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 573, 4 fig.

Bibliographie et critique des travaux sur le régime alimentaire de Gerson-Sauerbruch-Herrmansdorfer et autres auteurs, et recherches nouvelles sur l'alimentation et la transminéralisation dans la peau.

L'auteur conclut que le régime alimentaire a une influence favorable dans un grand nombre de dermatoses, mais il résulte de ses recherches qu'il n'existe pas de méthode d'alimentation spécifique pour une maladie déterminée. La même nourriture agit de la même façon dans des maladies d'étiologie et de morphologie différentes. S. a recherché, en se basant sur ces résultats, de quelle façon réagissent les régimes alimentaires et pour cela il a examiné l'influence du régime sur la teneur de la peau en minéraux et avant tout le comportement dans la peau de certains composants minéraux. La peau est un organe de dépôt pour les minéraux, ces derniers y sont contenus sous des formes et des combinaisons très différentes. La quantité de chaque minéral est soumise à des fluctuations (augmentation et diminution) indépendam-

ment de toute influence d'un minéral sur l'autre, et de la quantité d'eau et cela est important pour la régulation de la concentration, pour la conservation de l'isoinie et de l'isotonie du sang.

Il n'existe pas dans la peau de constante de relations déterminées, comme par exemple du quotient du K sur Ca, on ne peut donc pas tirer directement des conclusions des modifications dans ces relations. Il se produit dans les inflammations une augmentation considérable des minéraux et de l'eau. Il faut considérer les conditions comme très différentes dans la peau normale et dans la peau atteinte d'inflammation : il existe dans la peau normale une fluctuation assez prononcée dans la teneur en minéraux et en eau, tandis qu'il existe dans les parties cutanées atteintes d'inflammation une certaine fixité à côté d'une augmentation des minéraux. Il en résulte une influence différente du régime alimentaire sur la teneur en minéraux dans la peau normale et inflammatoire. La peau normale de sujets soumis à un régime de famine et de soif ne montre pas de variations nettes dans la teneur en minéraux, tandis que les régions cutanées des mêmes sujets soumises à l'irradiation montrent une diminution surtout de la teneur en eau. Cette réaction différente de la peau normale et de la peau irradiée laisse supposer que le régime alimentaire agit par la voie d'une transminéralisation. L'influence de la faim et de la soif sur les variations et la quantité d'eau dans la peau irradiée consiste en une résorption accélérée, c'est-à-dire en un empêchement de la formation d'œdèmes inflammatoires. Il faut considérer cette influence comme analogue à l'action des médicaments diurétiques actifs dont le point d'attaque est situé dans les tissus. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude des dermatoses des vachers. Nodules des vachers accompagnés d'un exanthème. Modifications des ongles par les poils des vaches (Zur Kenntnis der Melkerdermatosen. Melkerknoten mit Exanthem. Nagelveränderungen durch Kuhhaare), par K. STEINER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 603, 2 fig.

Observation d'un cas de nodules des vachers accompagnés d'un exanthème polymorphe. Cette éruption peut provoquer une atteinte de l'état général qui doit être considérée comme une maladie post-vaccinale. Les exanthèmes qui se produisent à la suite des nodules des vachers, et qui furent en ces derniers temps assez souvent observés en Allemagne, diffèrent les uns des autres et varient entre les formes érythémato-papuleuses ou vésiculeuses. Ils ressemblent en général à l'érythème polymorphe. Dans le cas de l'auteur, la malade présenta une éruption polymorphe étendue à côté de nodules des vachers bulleux à la paume des mains. A côté de ce cas, l'auteur apporte l'observation d'une autre vachère qui présenta des lésions unguéales : des hyperkératoses subunguéales, une destruction partielle des ongles produites par la pénétration de poils de vaches sous les ongles. Ces lésions unguéales n'ont pas encore été décrites. OLGA ELIASCHEFF.

La thérapeutique des dermatoses mycosiques par les vaccins (Die Vaccinetherapie der mykotischen Hautkrankheiten), par Stephan Ballagi et Emanuel Weisz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 610.

Les auteurs apportent les résultats obtenus par la vaccinothérapie dans 100 cas de mycoses. Parmi ces 100 cas se trouvent 50 cas de microsporie, 15 cas de favus et 35 cas de différentes mycoses des mains et des pieds. Des vaccins polyvalents ont été employés dans tous ces cas. Les conclusions des auteurs sont les suivantes :

La thérapeutique par les vaccins joue un rôle important dans le traitement des lésions cutanées mycosiques. Elle agit non seulement dans les trichophyties inflammatoires, mais aussi dans la microsporie, le favus et dans les odiomycoses. L'action est encore plus nette quand on utilise des vaccins polyvalents spécifiques, qui contiennent des cultures de la flore régionale et l'agent pathogène présumé de la mycose. Le traitement doit être longtemps poursuivi. Il faut, pour obtenir une guérison, faire de 8 à 10 injections dans les odiomycoses, 15 à 20 dans les trichophyties et microspories et dans le favus même de 30 à 35 injections.

Il faut quand même appliquer des solutions et pommades désinfectantes et dans les cas étendus de microsporie et de favus, faire l'épilation par les rayons et le thallium. Mais la thérapie par les vaccins est aussi dans ces cas d'une très grande valeur, car on peut de cette façon éviter avec une très grande probabilité des récidives.

Olga Eliascheff.

Sur une forme caractérisée cliniquement et étiologiquement de perlèche de l'adulte. La « Mycose interlabiale » et sa valeur symptomatique (Ueber eine klinisch und ætiologisch charakterisierte Form von Perlèche bei Erwchsenen ; « Interlabialmykose » und ihre symptomatische Bedeutung), par Helmuth Freund. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 614, 6 fig.

L'auteur a observé 17 cas de perlèche chez des femmes âgées de plus de 40 ans. Cette lésion diffère cliniquement et étiologiquement de la perlèche décrite par Lemaistre. Il faut considérer cette lésion de la commissure labiale comme un symptôme d'un état général défectueux, comme la suite d'une diminution de la résistance de l'organisme. C'est en général un symptôme non spécifique de différents troubles internes. Dans ces derniers rentrent aussi par exemple les troubles de la ménopause, etc. Ces lésions sont, d'après l'auteur, d'origine mycosique : il a trouvé dans les frottis des champignons et a pu obtenir très facilement des cultures pures ; il les a rencontrés à côté de mycoses interdigitales et sous-mammaires (intertrigo du muguet).

Les inoculations à des femmes adultes ont été positives et le traitement par la teinture d'iode a amené rapidement la guérison. Il s'agit probablement d'une infection par le muguet ou par des levures. L'au-

teur propose pour cette forme de perlèche la dénomination « mycose interlabiale » pour la différencier de la forme décrite par Lemaistre et pour montrer son étiologie mycosique. OLGA ELIASCHEFF.

Sur un cas de sarcomatose de Kaposi avec formation ressemblante à une corne cutanée et avec tumeur de la vessie (Ueber einen Fall vom Kaposi-Sarkom mit thornartiger Bildung und Blasentumor), par AHAUNA ELJASJ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 650, 1 fig.

Observation d'un cas de sarcomatose de Kaposi. Le malade, atteint de cette maladie depuis 17 ans, est d'origine israélite et âgé de 76 ans. L'état général a toujours été bon ; sur la peau, une tumeur de la cuisse était recouverte d'une corne cutanée. La tumeur était composée de deux parties distinctes : d'un angiome presque pur et d'un tissu sarcomateux. On trouva à la cystoscopie deux tumeurs de la vessie, de teinte jaune brunâtre et qui doivent être, selon toute probabilité, considérées comme des métastases.

Le traitement par les rayons de Rœntgen amena une régression de l'œdème et des douleurs. Le traitement par le néosalvarsan et l'acide arsénieux dut être interrompu pour intolérance, mais le malade supporta très bien le solarsan. OLGA ELIASCHEFF.

Eruption de brucellose de Bang avec urticaire chez les vétérinaires (Brucella-Bang Aussehlag mit Urticaria bei Thierärzten), par Werner JADASSOHN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 656.

Observation d'un cas de brucellose chez un vétérinaire. L'éruption siégea aux bras et avant-bras ; elle fut composée de lésions papuleuses dures, folliculaires, du volume d'une tête d'épingle à une lentille. Sur les avant-bras et à la face dorsale des mains, les lésions se présentèrent cliniquement sous forme de placards d'eczéma. Le vétérinaire affirma qu'il ressentait immédiatement après avoir pratiqué une intervention de très fortes démangeaisons ; des lésions urticariennes apparaissent mais elles disparaissent 1-2 heures après. C'est seulement plusieurs heures après, et même pas toujours, que se montrent les lésions papuleuses typiques décrites dans la brucellose par Hanhausen et Thomson. L'auteur admet qu'il est possible que dans son cas les lésions papuleuses soient provoquées par le contact avec un tissu infecté par le bacille de Bang, mais il n'a pu démontrer par des épreuves cutanées cette origine pour les lésions urticariennes. Cette urticaire peut être produite, d'après les expériences de J., par une substance qui se trouve normalement dans l'organisme des bovidés ; cette substance se trouve aussi dans le bouillon préparé avec la viande de bœuf.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur une pharyngo-laryngite ulcéreuse dans l'hydroa vacciniforme (Ueber eine ulzeröse Pharingo-Laryngitis bei hydroa vacciniformis), par TENERAUX. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 661, 7 fig.

Description très détaillée et discussion du diagnostic différentiel d'un cas très curieux de pharyngo-laryngite ulcéreuse chez une malade atteinte très probablement d'hydroa vacciniforme de la face. Elle présentait une hypersensibilité à la lumière et des lésions vésiculeuses qui, apparues au printemps à la suite d'une insolation, disparurent en laissant des cicatrices. On ne trouva pas de porphyrines dans la peau ni dans les urines, mais seulement une légère augmentation de coproporphyrine ; cette absence de porphyrines ne parle d'ailleurs pas contre le diagnostic d'hydroa vacciniforme.

Les lésions pharyngo-laryngées rappelaient macroscopiquement de très près la tuberculose, mais l'examen histologique sur le cadavre démontra l'absence de toute tuberculose.

A côté de ces lésions, on constata une dégénérescence amyloïdienne de la rate et des reins. OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'état fonctionnel du système réticulo-endothélial dans la Syphilis, (Ueber den funktionnellen Zustand des Reticuloendothelialsystems bei Syphilis), par N. M. NIKOLAJEW, J. A. NIKISCHIN et S. A. PODOLNYJ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 675.

Les auteurs apportent les résultats de leurs recherches par la méthode du rouge du Congo sur le système réticulo-endothélial aux différents stades de la syphilis. Leurs recherches portent sur 65 sujets syphilitiques et 9 sujets bien portants. Leurs conclusions sont les suivantes. Les variations de l'index par le rouge du Congo dans la syphilis a une valeur pronostique. Cette méthode permet de juger de la capacité de résorption du système réticulo-endothélial, car une réaction positive, c'est-à-dire une forte rétention du colorant, dénonce un état actif de ce système. Le chiffre absolu le plus grand ne joue pas le rôle principal, mais seulement sa modification par le traitement. L'index le plus élevé se trouve dans les formes récentes de la syphilis secondaire. L'index est bas dans la syphilis latente et chez les sujets présentant une réaction de Wassermann négative. L'index le plus bas se rencontre dans la syphilis du système nerveux. Un index bas ou peu variable accompagne les complications survenues pendant le traitement par le néosalvarsan. Il faut contrôler le traitement de la syphilis en examinant l'état du système réticulo-endothélial. Si le chiffre de l'index est bas au début d'un traitement et s'il ne varie que peu pendant le traitement, il est nécessaire d'irriter le système réticulo-endothélial, et de décharger autant que possible le système réticulo-endothélial surchargé avant le traitement. Dans ces cas, il faut commencer par des petites doses de néosalvarsan ou par d'autres préparations et on peut plus tard, avec l'augmentation du chiffre de l'index, augmenter les

doses sans danger pour l'organisme. Il faut donc compléter, en étudiant la question de l'immunité dans la syphilis, les méthodes sérologiques par l'examen de la fonction cellulaire. OLGA ELIASCHEFF.

Névrodermite et cataracte (Neurodermitis und Katarakt), par Hans OLLENDORFF et Georg LEVY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 683.

Observation d'un cas de névrodermite généralisée compliquée d'un trouble des cristallins chez un homme âgé de 23 ans.

Les auteurs supposent, avec une très grande probabilité dans ce cas, qu'un trouble endocrinien est la commune cause des lésions cutanées et oculaires et il semble qu'il faille incriminer la thyroïde dans la production de ces lésions. Les résultats obtenus par l'expérimentation et les observations antérieurement publiées justifient cette manière de voir. OLGA ELIASCHEFF.

Myxœdème papuleux et tubéreux. Contribution à l'étude du lichen ruber moniliformis de Kaposi (Myxædema papulatum et tuberosum. Zur Frage der Lichen ruber monileformis Kaposi), par Robert BERNHARDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 689, 4 fig.

Observation d'un cas de myxœdème papuleux et tubéreux disséminé sur presque toute la surface du tronc.

Examen histologique et bibliographie. Discussion du diagnostic différentiel avec le *lichen ruber moniliformis* de Kaposi.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de l'étiologie germinative de la syphilis héréditaire (Zur Frage der germinativen Genesis der angeborenen Syphilis), par Karl HOCHSINGER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 720.

Travail sur la question de l'étiologie germinative de la syphilis héréditaire. L'auteur conclut :

1° La notion de la syphilis héréditaire germinative par œuf infecté gagne de plus en plus de terrain, la mutation du tréponème (phases granulée et ultra-visible) étant démontrée.

2° L'œuf peut être déjà infecté avant la conception par une syphilis de la mère, ou après la conception par le sperme d'un syphilitique (la mère étant avant la conception indemne de syphilis).

3° La règle de la transmission exclusivement transplacentaire de la syphilis à la progéniture n'est pas démontrée et n'est pas démontrable. Ce mode de transmission n'est démontré que dans les cas d'une infection syphilitique post-conceptionnelle de la mère, mais ce mode d'infection doit répondre aux conditions suivantes :

a) mère contaminée pendant la grossesse ;

b) père de l'enfant syphilitique indemne de syphilis au moment de la procréation ;

c) apparition de l'éruption de la syphilis de l'enfant concordant avec le temps de l'incubation de la syphilis maternelle.

4° Les examens histologiques et bactérioscopiques des placentas ne parlent pas en faveur d'un mécanisme de transmission du tréponème exclusivement par voie transplacentaire.

5° On peut expliquer l'immunité des enfants indemnes de syphilis nés de mères syphilitiques (loi de Profeta) ainsi que l'immunité des mères indemnes de syphilis ayant des enfants syphilitiques (loi de Colles) comme une résistance passive vis-à-vis des toxines, résistance acquise par voie humorale. Mais la majorité des enfants et mères qui rentrent dans ce groupe sont syphilitiques.

6° Aucun signe clinique ne parle en faveur d'une possibilité de coexistence de manifestations syphilitiques héréditaires et de syphilis acquise *intra partum* chez le même enfant.

7° Il est démontré par nombre d'observations, nombre qui augmente toujours, qu'il existe une infection syphilitique de l'enfant purement paternelle (infection de l'œuf par le sperme), les mères étant et restant indemnes de manifestations cliniques et sérologiques, malgré la syphilis héréditaire de leurs enfants.

L'expérimentation sur l'animal n'a pas apporté, jusqu'à présent, d'explication concernant cette question. OLGA ELIASCHEFF.

Granulome gangrænescens, par S. DERISCHANOFF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 756, 4 fig.

Observation d'un cas du granulome gangréneux décrit pour la première fois en 1929 par Kraus, de la clinique de Kreibich. Dans le cas de l'auteur, il s'agit d'une femme âgée de 62 ans ; le processus débuta par la muqueuse nasale, gagna le nez et, après la destruction de ce dernier, l'antre de Highmore. Des traitements variés n'ont pu arrêter la marche du processus qui se termina par la mort. Cette néoformation était composée histologiquement de plasmocytes, cellules épithélioïdes, cellules géantes mélangées aux cellules lymphoïdes et myéloïdes. Les cellules géantes présentèrent par places l'aspect de cellules de Sternberg. Le granulome, très riche en mitoses, était dans quelques points constitué de tissu sarcomateux, mais même dans ces points, on rencontra des plasmocytes et des cellules épithélioïdes et ce sont ces cellules qui sont les plus caractéristiques de ce granulome.

Les examens bactériologiques et bactérioscopiques ne donnèrent pas de résultat net. La tendance du granulome à la nécrose est en faveur d'une étiologie infectieuse. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude du « phénomène de la disparition » dans la scarlatine (Ueber das Auslöschphänomen beim Scharloch), par F. v. BORMANN et A. WOLFF-EISNER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 3, 1932, p. 761, 12 fig.

Pour élucider la nature du phénomène de disparition (*Auslöschphänomen*) dans la scarlatine, phénomène décrit en 1918 par Schullz et Charton, les auteurs ont examiné 250 sujets atteints de scarlatine, de

rougeole, d'érysipèle, de fièvre typhoïde, de tuberculose pulmonaire ainsi que des sujets sains.

L'examen se fait de la façon suivante : on fait à un malade atteint de scarlatine dans un point de l'exanthème récent une injection intradermique d'un demi à 1 centimètre cube de sérum normal humain ou de sérum d'un scarlatineux en convalescence. Cette injection fait disparaître l'exanthème au pourtour du point d'injection. Ce fait est appelé par les auteurs phénomène de disparition. Il se réalise plusieurs heures après l'injection et persiste jusqu'à la disparition de l'exanthème tout entier. Il fut à différents auteurs impossible de provoquer ce phénomène avec un sérum d'une espèce animale.

W.-E. avait essayé de classer ce phénomène parmi les réactions antigène-anticorps et expliqua son absence par le manque dans le sérum animal d'anticorps vis-à-vis de la scarlatine.

Les auteurs concluent de leurs expériences que le phénomène de « disparition » dans la scarlatine doit être considéré comme une guérison locale de l'exanthème dans un point cutané, il n'est nullement une réaction anémique spasmodique. Le résultat de la réaction dépend de la concentration du sérum utilisé, de l'âge et de la forme spéciale de l'exanthème. On peut obtenir ce phénomène dans 100 p. 100 des cas dans des exanthèmes des scarlatineux qui n'ont pas provoqué de lésions cutanées irréparables. On peut expliquer de cette façon l'absence du phénomène dans les exanthèmes d'une durée de plus de 3-4 jours et dans les exanthèmes atypiques. Il existe même dans les exanthèmes frais d'un aspect typique des grandes variations : on ne peut obtenir le phénomène dans les exanthèmes chez des sujets fortement intoxiqués que par des concentrations fortes de sérum. Pour faire disparaître l'exanthème, il faut un sérum spécifique, qui agit contre le streptocoque de la scarlatine. Le phénomène de disparition positif confirme le diagnostic de scarlatine, un résultat négatif obtenu avec un sérum actif dans le cas d'un exanthème récent et typique parle contre le diagnostic.

Le pseudo-phénomène de disparition décrit par Bessau et W.-E. est une réaction urticarienne de nature anaphylactique et n'a rien de commun avec le vrai phénomène qui montre cliniquement et sérologiquement tous les signes d'une réaction d'hypersensibilité. La supposition que le phénomène de disparition soit produit par l'influence locale d'une antitoxine semble la plus plausible. OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur le diagnostic de la blennorragie par l'examen microscopique et par la culture (Zur mikroskopischen und kulturen Diagnose der Gonorrhœ), par M. SCHUBERT. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 4, mars 1932, p. 221.

M. a utilisé pour la culture du gonocoque l'ascite agar à 2 o/o et le milieu de Micling-Capper : agar au sang. Il a examiné 125 malades :

66 femmes, 59 hommes. Dans 9 o/o des cas, la culture répondit plus exactement que l'examen microscopique des frottis. Dans 2 ½ o/o des cas seulement, l'examen des frottis fut plus sensible. Il faut tenir compte de ces données dans le dépistage de la blennorragie.

CH. AUDRY.

Sur les variations morphologiques des dermatomycètes pathogènes (Ueber Variabilitätserscheinungen bei pathogenen Hautpilze), par C. L. KARRENBERG. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc 4, mars 1932, p. 230.

Une des plus grandes difficultés de la mycologie réside dans les variations morphologiques que subissent les parasites sur le même milieu (pléomorphisme) ou selon les divers milieux où ils sont cultivés. A côté de ces variations, liées surtout au vieillissement des cultures, il en est d'autres que K. range en quatre groupes. Dans le premier, il réunit les modifications qui apparaissent chez certains parasites d'origine animale après passage sur l'homme ; ce groupe correspond, dans l'ensemble, au groupe ectothrix et néo-endothrix de Sabouraud. Dans le deuxième, les variations morphologiques surgissent après passage des champignons dans le sang circulant. Un parasite (*Achorion Schönleini*, par exemple) est isolé sous la forme habituelle du foyer initial ; la culture des efflorescences secondaires septicémiques montre des formes différentes. Dans le troisième, il s'agit des variations consécutives au passage du parasite de l'homme à l'homme (par exemple pour *Microsporon Audouini*, qui prend, après passage, l'aspect de *M. depauperatum*). Le quatrième groupe de variations comprend l'ensemble des modifications encore mal connues : altérations de la couleur des cultures, modifications de la texture superficielle des cultures, variations dans l'intensité du développement. Toutes ces variations rendent la tâche du mycologue singulièrement ardue.

L. CHATELLIER.

Influence des hormones sur l'évolution de la dermite expérimentale du nickel (Der Einfluss der Hormone auf den Ablauf der experimentellen Nickeldermatitis), par W. MILBRADT. *Dermatologische Zeitschrift*, vol. LXIII, fasc. 4, mars 1932, p. 239.

En badigeonnant quotidiennement l'oreille de rats blancs avec une solution à 20 o/o de sulfate de nickel, on détermine après 3 à 6 semaines une dermatite dont le début et l'extension présentent des variations et une durée telles que M. considère cette dermatite comme traduisant un processus allergique. M. a recherché si cette lésion était impressionnée dans la date de début de son extension par certaines substances hormonales. Il conclut qu'elle est enrayée par l'adrénaline, la parathormone et l'insuline, excitée par la thyronine, le thymoglandol, le progynon, le testiglandol, l'hypophysine. D'une manière générale, les hormones qui contractent les capillaires sanguins diminuent les processus exsudatifs et l'irritabilité. Cependant l'hypophysine, grâce à l'extrême degré de sa contraction, arrive à un résultat opposé ; mais dans ce

cas là, il y a action directe, locale, et non allergique. Il faut donc supposer que ces hormones élaborées par l'individu s'opposent à cette allergie. D'où l'indication d'en exciter le fonctionnement (radiothérapie des glandes) dans le traitement de l'eczéma, du moins dans les cas aigus. On comprend d'autre part qu'une irritabilité exagérée de la peau puisse être la suite d'irritation glandulaire.

CH. AUDRY.

Traitement aurique d'arthropathies psoriasiques (Ueber den Erfolg der Goldbehandlung bei der Arthropathia psoriatica), par E. ZITZKE. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 4, mars 1932, p. 247.

2 cas où les préparations salicylées, etc., étaient sans résultat, et où l'aurophos finit par obtenir un bon résultat (15 et 20 injections).

CH. AUDRY.

Sur les douleurs dorsolombaires après les injections de Salvarsan (angioneurose douloureuse) (Ueber Kreuz-und Lendenweh nach Salvasaninjectionen) (Angioneurosis dolorosa), par W. SALASAR. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 4, mars 1932, p. 255.

Observation d'une crise d'angioneurose douloureuse chez un médecin traité avec succès pour un chancre professionnel par des séries répétées de salvarsan (0,30, 0,45) et de salvarsan sodique associées au mercure. La première série est bien supportée ; lors de la deuxième cure au vieux salvarsan, apparition de douleurs très violentes dans la musculature dorso-lombaire, qui durent 2-3 minutes, et qui sont suivies d'un prurit intense et d'un érythème palmo-plantaire. Les autres sels arsenicaux (salvarsan sodique, néosalvarsan) sont bien supportés.

L. CHATELLIER.

Lésions des ongles dans l'empoisonnement par le thallium (Nagelveränderem bei Thalliumgiftung), par A. ADLER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 4, mars 1932, p. 259 (1 fig.).

Une fille de 21 ans s'empoisonna avec de la « Zeliopast » qui est une préparation de thallium pour tuer les rats. Outre les symptômes habituels (polynévrite, chute des cheveux et des poils, etc.), la malade présenta en une semaine un sillon blanc transversal des ongles, large de 2 millimètres et demi. Cet accident a déjà été signalé une seule fois et pourrait servir à un diagnostic rétrospectif. On connaît des cas semblables après empoisonnement arsenical. CH. AUDRY.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Vergetures de la région sacro-lombaire (Streifenzeichnung der Regio sacro-lumbalis), par LEVEN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 10, 5 mars 1932, p. 333.

Pour L., ces vergetures, localisées à la région sacro-lombaire, se différencient des vergetures vulgaires par leur siège particulier, par l'ab-

sence de toute cause secondaire capable de les expliquer et par leur apparition dans une même famille comme un caractère héréditaire dominant. Observation d'une famille où la mère, une fille et deux garçons portaient ces stries lombo-sacrées ; le père et 3 autres enfants (2 garçons et 1 fille). L. avait décrit un cas analogue (2 enfants sur 9 : 1 garçon et 2 filles) sous le nom de *nævus linearis atrophicus et depigmentosus*, où le caractère constitutionnel était certain, mais pas le caractère héréditaire (parents indemnes). L. CHATELLIER.

Sur la question de l'extension de la trombidiase (foyer de trombidiase en Palatinat rhénan) (Zur Frage der Verbreitung des Trombidiasen) (Trombidiasisherd in der Rheinpfalz), par S. FUSS et P. SUMMENT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 10, 5 mars 1932, p. 336.

Observation personnelle (S. Fuss) d'une épidémie familiale d'aoûtats, restée pendant plusieurs années méconnue et strictement localisée à un jardin des bords du Rhin. La larve ne vit pas seulement sur les graminées et l'herbe, mais elle habite aussi sur les troncs d'arbres.

L. CHATELLIER.

Psoriasis chez des jumeaux (Beitrag zur Zwilling spathologie der Psoriasis), par K. VOHWINCKEL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 10, 5 mars 1932, p. 340, 1 fig.

V. rappelle d'abord quelques observations antérieures. Lui-même a observé 2 jumeaux univitellins d'une quinzaine d'années (dont l'âge n'est pas indiqué) chez lesquels le psoriasis a débuté simultanément 8 ans auparavant. Le second est un peu moins développé que le premier ; éosinophilie notable, 19 et 15 o/o. Pas d'autre anomalie cutanée. La disposition était semblable chez l'un et chez l'autre.

CH. AUDRY.

Sur l'utilité pratique de la réaction de la goutte, décrite par Israelson (Zur Frage der praktischen Verwandtbarkeit der von Izraelson angegebenen sogenannten Tropfreaktion), par T. CHORAZAK. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 10, 5 mars 1932, p. 343.

Voici d'abord la technique. L'antigène est un extrait alcoolique de l'écorce cérébrale du lapin, du cobaye, du bœuf. On enlève au rasoir la couche grise, on fait sécher à l'étuve. Après broyage, on mélange 1 partie de poudre à 5 d'alcool à 95° : extraction pendant 7 jours. On dilue l'antigène 10 fois dans l'eau physiologique. A 1 centimètre cube de la suspension, on ajoute 1-2 gouttes de fuchsine à 0,2 o/o. La réaction est simple : à 1 goutte de sérum chauffé ou non, on ajoute, sur une lame, 1 goutte d'antigène coloré ; on recouvre d'une lamelle et on lit au bout de 15 à 30 minutes. Dans les réactions positives, floculation à grains rosés sur fond clair ; dans les réactions négatives, coloration rosée uniforme. Lire sur papier blanc, à l'œil nu, ou, pour les petites floculations, à la loupe. C. a contrôlé la valeur de la réaction d'Israelson, et il conclut. La réaction de la goutte est supérieure à la réaction de

Bordet-Wassermann et à la réaction de Sachs-Georgi dans le chancre présérologique, dans la syphilis nerveuse et la syphilis latente ; elle leur est inférieure dans les autres cas. Elle est trop souvent non spécifique. Elle ne saurait donc les remplacer, mais peut servir à les contrôler. L. CHATELLIER.

Traitement de la blennorragie par des doses homéopathiques d'iode (Behandlung der Gonorrhœ mit homöopatischen Dosen von Iod), par F. SAMBERGER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 10, 5 mars 1932, p. 353.

S. a essayé, sous une forme nouvelle, le traitement de la blennorragie par l'iode (iode pur : 0 gr. 10 ; iodure de K : 1 gramme ; eau : 10 ; 1 fois par jour 2 gouttes, après le repas de midi). Avec ces doses infinitésimales, S. a obtenu, dans le rhumatisme blennorragique (6 cas), des résultats *surprenants* : disparition très rapide des douleurs et chute de la température. Dans l'épididymite, ce traitement amène la sédation rapide des douleurs, le dégonflement de l'épididyme et la chute de la température. L. CHATELLIER.

Eczéma séborrhéique de Unna et Schizosacharomycose (Benedek) présence des levures dans le sang du cordon ombilical (Eczema seborrhoicum Unna und Schizosaccharomycosis Benedek : Ueber das Vorkommen von Spalthelfen im Nobelschwurblut), par W. ENGELHARDT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 11, 12 mars 1932, p. 377.

Contrôlant une affirmation de Benedek, E. a pu cultiver 2 fois sur 57, dans le sang du cordon ombilical, le micro-organisme du saccharomycète qui serait un endoparasite possible. CH. AUDRY.

Sur les milieux de culture du gonocoque (Ueber Gonokokkennährbœden), par M. SCHUBERT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 11, 12 mars 1932, p. 386.

Dans cet article, S. insiste sur les difficultés de la culture du gonocoque et sur la nécessité de se servir de milieux divers.

Le gonocoque exige une teneur élevée en eau, une concentration en ions hydrogène de *p*H 7,3-7,5 et une teneur déterminée en albumine. La qualité de l'albumine n'est pas indifférente.

Dans les milieux, le taux optimum de gélose est entre 1,3 et 1,5 o/o. L'albumine peut provenir de liquide d'ascite, de sérum sanguin ou de l'eau au sang. Mais il faut que la proportion d'albumine oscille entre 0,75 et 1 o/o. Il semble que le sang de cheval soit plus favorable que le sang humain.

Puis S. donne la technique précise pour la préparation de la gélose ascite de Wertheim, de la gélose au sang cuit de Levinthal (milieu particulièrement difficile à réussir) et de la gélose à l'eau au sang de Bieling-Casper. Nous ne pouvons que renvoyer à l'original.

L. CHATELLIER.

Une cuti-réaction pour la recherche des altérations blennorragiques profondes (Eine Hautreaktion zum Nachweiss gonorrhoischen Tiefenerkrankungen), par J. Neuer *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 12, 19 mars 1932, p. 398, 1 fig.

Dans le service de Bucura, N. a pratiqué une cuti-réaction blennorragique ; il emploie une pommade (scarifications) contenant une préparation de gonocoques en culture polyvalente sur ascite-bouillon et tués. Il a utilisé ce « blenotest » dans 64 cas de lésions blennorragiques génitales et 5 de lésions articulaires (5 cas). Sur les 64 premières malades, 36 résultats positifs ; 3 sur les 5 déterminations arthropathiques. Dans tous ces cas, la réaction cutanée était parallèle aux résultats obtenus par la recherche de la déviation du complément. 12 fois, sur les frottis des malades génitales, on avait trouvé des gonocoques, 2 fois dans les cas d'arthropathies. Ch. Audry.

Sur un cas de gangrène cutanée multiple (Ueber eine Beobachtung von multipler-Hautgangrän), par H. Finkelstein. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 12, 19 mars 1932, p. 405, 6 fig.

Observation d'une femme de 62 ans, atteinte depuis 9 ans de polyarthrites à début aigu et devenues chroniques. Poids de la malade : 26 kg. 6 ! Aucune anomalie autre que de l'anémie (3.940.000) et que les symptômes rhumatismaux qui l'immobilisent sur le dos. Peu de temps après l'hospitalisation de la malade, elle présenta une série (13) de taches et de surfaces irrégulières d'abord brunes, puis noires, puis bulleuses, puis escharrotiques, puis ulcéreuses, avec quelques douleurs, sur les membres inférieurs et supérieurs, les joues ; taches gangréneuses absolument irrégulières, déchiquetées, etc.

F. exclut la simulation, le rôle du système nerveux, etc. Il pense que l'origine doit en être cherchée dans des altérations vasculaires sanguines, toxi-hématologiques, et en rapport avec la maladie rhumatismale. Ch. Audry.

Alopécie durable imprévue après radiothérapie. Contribution à l'étude des accidents « excusables » (Unerwünchter bleibender Haarverlust nach Rœntgenbestrahlung. Beitrag zur Frage der entschuldbaren Rœntgenschäden), par K. Hœde. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 12, 19 mars 1932, p. 410.

L'épilation radiothérapique n'est pas sans entraîner parfois des épilations définitives. Ces accidents ont été diversement interprétés. Il semble, après l'étude des divers cas publiés, que les alopécies définitives sont, sans exception, liées à des erreurs de dosage. Ces erreurs tiennent pour une bonne part à l'incertitude des unités dosimétriques. On emploie pour unités : la dose Sabouraud-Noiré (abandonnée aujourd'hui), la dose d'épilation biologique, et la dose d'épilation, c'est-à-dire la quantité de rayons suffisante pour provoquer la chute des cheveux. A ces trois unités, il convient de substituer la « dose érythème » (H. E. D.). Pour l'épilation, il faut se contenter de 80 o/o de la dose

érythème chez l'adulte, de 70, 60, 50 o/o chez l'enfant. Quand il y a plusieurs champs d'irradiation, employer des doses de 10 o/o encore inférieures. Si l'on conserve les anciennes unités X. et H., il faut préciser la filtration et vérifier les tablettes. En se tenant aux doses indiquées, on évite les accidents. Aujourd'hui, il n'y a pas d'accidents imprévisibles et excusables. L. CHATELLIER.

Un cas d'érythème elevatum et diutinum (Ein Fall von Erythema elevatum et diutinum), par D. STEIGER-KAZAL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 12, 19 mars 1932, p. 416.

Éruption, chez une enfant de 6 ans, de petits nodules bien limités, profonds, disposés par endroits en anneaux et siégeant sur le dos du pied. La couleur des éléments est brun livide, pas de prurit, pas de douleurs. Pirquet faiblement positive. Au microscope, œdème épidermique, dilatation vasculaire et infiltrat péri-vasculaire à lymphocytes et à cellules conjonctives ; par endroits, foyers nodulaires dont le centre est en dégénérescence hyaline et la périphérie constituée par des lymphocytes, des cellules conjonctives, épithélioïdes et des éosinophiles. Pour S., érythème *diutinum* et érythème annulaire sont identiques, mais se séparent du granulome annulaire.

L. CHATELLIER.

Histologie du chondrome de la peau et de l'exostose cartilagineuse (Beitrag zur Histologie des Chondroms der Haut und der knorpeligen Exostose), par P. PHOTINOS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 13, 26 mars 1932, p. 433, 3 fig.

Après un historique des chondromes cutanés antérieurement étudiés, P. donne l'observation d'une petite tumeur sous-cutanée, dure et lisse, occupant le bord externe de l'extrémité du gros orteil gauche. La tumeur était formée de tissu cartilagineux, calcifié au point de contact avec l'épithélium cutané de recouvrement. La petite tumeur était en connexion étroite avec l'extrémité osseuse de la phalangine.

CH. AUDRY.

Sur les altérations cutanées au cours de la maladie de Basedow (Ein Beitrag zu der Hautevränderungen bei der Basedowschen Krankeit), par S. SIEBERMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 13, 26 mars 1932, p. 437, 2 fig.

Infirmier de 36 ans, atteint de maladie de Basedow et offrant une pigmentation diffuse, intense, de la face et un large placard d'infiltration étalé sur le tiers inférieur de l'une et l'autre jambe, symétriquement. Au microscope, lésions du myxœdème circonscrit décrit par Dosseker (mucine). Amélioration par le lugol intraveineux, et la diathermie locale. CH. AUDRY.

Sur l'induration résiduelle, le pseudo-chancre et la réinfection dans la syphilis traitée (Ueber Residualsklerose, Pseudoprimäraffekt und Reinfektion bei behandelter Syphilis), par R. STREMPEL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 13, 26 mars 1932, p. 444.

Chez un jeune homme, traité par une cure énergique de salvarsan pour un chancre pénien à sérologie positive, apparaît, 2 mois après la fin de la cure, une induration résiduelle ; un syphilitique secondaire présente 14 mois après le traitement, un pseudo-chancre ; chez un troisième malade, syphilitique secondaire, réinfection 8 ans après le traitement. Dans le premier cas, traitement arsenical, qui laisse subsister des spirochètes, *in situ* ; dans le deuxième, traitement mixte à doses insuffisantes ; dans le troisième, traitement mixte bien conduit.

L. CHATELLIER.

Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficiencia de la Capital (Buenos-Aires).

Résultats obtenus avec le Dmelcos dans le traitement de la paralysie générale progressive (Resultados obtenidos con la vacuna Dmelcos en el tratamiento de la paralisis general progresiva), par Luis Esteves BALADO. *Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficiencia de la Capital*, 6e année, n° 10, janvier 1932, p. 113.

L'auteur n'a obtenu aucune rémission avec le Dmelcos dans la paralysie générale progressive, bien que l'emploi de ce vaccin ait été associé au traitement spécifique.

Sept malades ont été traités : 4 ont dû être internés sans présenter la moindre amélioration ; 3 sont morts. La malariathérapie doit être préférée à cette méthode. Toutefois, la pyrétothérapie par le Dmelcos peut être employée comme traitement de consolidation chez un paralytique général présentant une rémission après une cure d'impaludation.

On peut, en outre, utiliser le Dmelcos chez un malade à qui l'on a inoculé la malaria, lorsque les premiers accès fébriles tardent à se produire.

J. MARGAROT.

Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer (Buenos-Aires).

Le contenu cholestérinique de la peau du fœtus et de l'enfant en relation avec l'irradiation solaire (El contenido colesterinico de la piel del feto y niño en relación con la irradiación solar), par A. H. ROFFO. *Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer*, 7e année, n° 27, septembre 1931, p. 325.

Entre la peau exposée à la lumière et celle qui est couverte par les vêtements, il existe chez un même sujet des différences notables de la teneur en cholestérine. Chez l'homme adulte la peau de la face contient 3,53 fois plus de cholestérine que celle de l'abdomen. Sur la face même

la cholestérinie est plus grande sur le nez et sur les joues que sur le front protégé par le chapeau contre les rayons solaires.

L'auteur complète ces notions, qui résultent de recherches antérieures, par de nouvelles déterminations du taux de la cholestérine cutanée, faites à un moment où le soleil n'a pas encore agi sur la peau ou n'a pu agir que très peu, c'est-à-dire au cours de la vie intra-utérine et dans les premiers mois qui suivent la naissance.

Les dosages portent toujours sur la peau de deux régions, celle de la joue et celle de l'abdomen. Ils sont effectués d'après la méthode de Windaus. Chez le fœtus, la peau de la face ne contient que 1,10 fois plus de cholestérine que celle de l'abdomen. Cette proportion s'élève à 1,4 chez l'enfant.

Elle atteint 1,67 chez la femme, moins exposée au soleil que l'homme et dont la peau, à ce point de vue, se rapproche de celle de l'enfant.

J. Margarot.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Un nouvel antigène pour la déviation du complément dans la blennorragie (Ein neues Antigen für die Komplementablenkung bei Gonorrhœ), par I. Jacobsohn et J. Schwarz. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 45e année, n° 10, 4 mars 1932. p. 306.

Les auteurs se servent d'un extrait par agitation de plusieurs souches de gonocoques additionné de cholestérine et dilué dans l'eau salée en proportions convenables (pas d'autres indications !). Résultats au moins égaux à ceux obtenus avec la suspension microbienne.

L. Chatellier.

Actas dermo-sifiliograficas (Madrid).

Contribution à l'étude des tumeurs glomiques (Tumeurs neuro myo-artérielles de P. Masson) (Contribución al estudio de los tumores glómicos) (tumores neuromioarteriales de P. Masson), par J. Gay Prieto. *Actas dermo-sifiliograficas*, 24e année, n° 5, février 1932, p. 308, 9 fig.

G. P. résume les divers travaux qui ont paru sur les tumeurs glomiques, individualisées par Masson en 1924. Il rappelle les caractéristiques de ces tumeurs et les deux types anatomiques habituels des lésions neuro-myo-artérielles.

Un cas personnel lui permet de discuter la nature des cellules épithélioïdes existant dans la paroi du glomus.

Pour Masson on ne saurait mettre en doute leur origine musculaire.

L'auteur n'a pu vérifier cette métaplasie. N'ayant pas utilisé la méthode trichromique de l'auteur français, il ne peut nier absolument l'origine musculaire des éléments tumoraux, mais il affirme :

1° que, dans son cas, il n'a pu constater la transformation des fibres musculaires lisses en cellules épithélioïdes ;

2° que l'origine endothéliale de quelques éléments cellulaires épithélioïdes est incontestable.

De toute façon, il s'agit d'éléments cellulaires très différenciés, peut-être semblables à ceux des autres glomus de l'organisme.

Beaucoup d'auteurs, faute d'une technique appropriée, n'ont pu soupçonner la richesse des tumeurs glomiques en éléments nerveux.

A défaut de trichrome, G. P. a utilisé la méthode classique de Cajal et a obtenu d'excellentes imprégnations lui permettant de conclure :

1° Les tumeurs glomiques sont très riches en éléments nerveux et principalement en fibres amyéliniques.

2° Il existe des terminaisons nerveuses de formes diverses en des points distincts du stroma de la tumeur.

3° Ces plexus terminaux sont particulièrement abondants et complexes contre les parois des gros vaisseaux de la périphérie de la tumeur.

4° G. P. n'a pu voir aucune relation de continuité entre les cellules épithélioïdes et les fibres nerveuses amyéliniques.

Il décrit minutieusement les cellules argentophiles dont il a été le premier à signaler la présence dans les tumeurs glomiques. On peut penser qu'il s'agit de mastzellen ou de cellules sympathiques analogues à celles qui ont été décrites dans le glomus carotidien. L'auteur admettrait plus volontiers qu'il s'agit de cellules chromaffines. La confirmation de cette hypothèse apporterait un nouvel argument en faveur de la théorie de Masson relative au rôle physiologique du glomus neuro-myo-artériel. J. MARGAROT.

Sur le traitement topique des tuberculoses cutanées par les sels d'or (Sobre el tratamiento tópico con sales de oro de las tuberculosis cutáneas), par E. Alvarez SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 24e année, n° 5, février 1932, p. 324, 2 fig.

L'auteur rappelle les expériences *in vitro* de Koch montrant que les cultures de bacilles tuberculeux sont tuées par des dilutions très étendues de cyanure d'or (à 1 : 1.000.000 et à 1 : 2.000.000). Les travaux de Behring, *in vivo*, établissent que les séro-albumines et les séro-globulines abaissaient à 1 pour 20.000 et à 1 pour 30.000 l'action mortelle de l'or sur ce même germe.

L'extrême labilité de la molécule d'or dans le cyanure rend obligatoire son utilisation interne par voie endoveineuse, mais n'empêche pas son emploi externe comme topique.

S. de A. applique sur les lésions cutanées bacillaires une solution de cyanure d'or et de potassium au millième. Il se produit une escarre de formation lente et progressive, qui s'élimine ultérieurement.

Cette action n'est cependant pas celle d'un caustique. Elle est élective, spécifique comme l'auteur a pu l'établir par l'utilisation comparée du même sel sur des ulcérations diverses.

Bien que sa valeur soit grande, l'aurothérapie locale doit être associée

à l'aurothérapie générale, au régime de Gerson et à tous les traitements jugés utiles pour chaque cas spécial.

J. MARGAROT.

Deux cas unilatéraux d'érythrocyanose avec érythème induré de Bazin ulcéré (Dos casos de eritrocianosis con eritema indurado ulcérado de Bazin, unilaterales), par C. AGUILERA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 24e année, nº 5, février 1932, p. 331, 2 fig.

L'une des observations se rapporte, comme le cas de Louste et Juster, à une érythrocyanose unilatérale consécutive à un traumatisme. Sur la jambe œdématiée ont apparu des éléments typiques d'érythème induré de Bazin. La radiographie montre une décalcification et des altérations articulaires faisant penser à une tuberculose osseuse.

Dans le second cas, l'érythrocyanose, compliquée d'érythème induré de Bazin, s'est développée sur un membre inférieur présentant une parésie consécutive à une poliomyélite infantile survenue 4 mois après la naissance.

J. MARGAROT.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Epithéliome plan cicatriciel de la région frontale guéri par le radium (Epitelioma plano-cicatricial de la region frontal, curado con Radium), par LEOPOLDO RODRIGUEZ F. SIERRA. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 8e année, nº 78, mars 1932, p. 299.

Un épithéliome plan cicatriciel du front, traité sans succès par la neige carbonique, est guéri par l'application d'un appareil de surface plane de 60 milligrammes de radium pendant 6 heures.

J. MARGAROT.

Syphilis tertiaire et traitement mercuriel (Sifilis terciaria y tratamiento mercurial), par JAIMES PEYRI. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 8e année, nº 78, mars 1932, p. 323.

J. P. présente une malade ayant une lésion osseuse du tibia qu'un chirurgien avait crue de nature tuberculeuse, et qui guérit après un traitement par l'huile grise et l'iodure de potassium.

La malade, revenue dans le service 25 ans après pour une pyodermite furonculoïde, ne présente aucun signe de syphilis. Ses réactions sérologiques sont complètement négatives.

L'auteur pense que l'on peut admettre dans ce cas une stérilisation totale.

J. MARGAROT.

Moniliose buccale (Monilosis bucal), par ANTONIO PEYRI et M. CASANOVAS. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 8e année, nº 78, mars 1932, p. 325.

Un homme de 36 ans atteint de tuberculose fibro-caséeuse ouverte bilatérale avec bacilles de Koch dans les crachats, présente de l'intertrigo axillaire (parakératose psoriasiforme), des lésions érythémato-

squameuses de la face, et un muguet de la langue, dans lequel on trouve un parasite du genre *monilia*.

L'examen des squames de la région des lèvres met en évidence les mêmes éléments pathogènes.

L'intradermo-réaction à la tuberculine est négative. L'intradermo-réaction à la blastomycine est positive.

La déviation du complément, pratiquée avec une émulsion du parasite, comme antigène, donne un résultat positif avec le sérum du malade et négatif avec le sérum de sujets témoins.

J. MARGAROT.

Pytiriasis lichénoïde chronique (Pitiriasis liquenoide cronica), par C. GARDENAL et L. GRA BARBERA. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 8e année, n° 78, mars 1932, p. 327.

Une femme de 30 ans, ayant vraisemblablement des antécédents tuberculeux, présente une éruption papuleuse, faite de petits éléments brillants isolés ou groupés, couverts de squames sèches.

Cette dermatose répond à un parapsoriasis en gouttes lichénoïde. C. G. et G. B. préfèrent lui donner le nom de pityriasis lichénoïde chronique.

L'existence antérieure d'une adénite suppurée, le caractère positif d'une intradermo-réaction à la tuberculine, indiquent des rapports probables de cette affection avec la tuberculose. J. MARGAROT.

Commentaires sur quatre cas de maladie de Dühring (Commentarios a cuatro casos de enfermedad de Dühring), par ANTONIO PEYRI. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 8e année, n° 78, mars 1932, p. 330.

A. P. commente quatre observations de maladie de Dühring.

Il envisage l'hypothèse d'une affection sanguine ou d'une hématodermie, ainsi que celle d'une névrose par troubles endocriniens et plus particulièrement thyroïdiens.

Il souligne les rapports de cette dermatose avec le pemphigus, dans lequel on observe la même rétention chlorurée, et rappelle la conception de l'école de Vienne qui divisait les affections bulleuses en monomorphes et polymorphes.

Il pense qu'à l'heure actuelle cette conception mérite de retrouver une certaine faveur. J. MARGAROT.

Chancre syphilitique du vagin (cas clinique) (Chancre sifilitico de vagina. Caso clinico), par M. PEREIRO et P. CARRERO CUESTA. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifilografia*, 8e année, n° 78, mars 1932, p. 361, 1 fig.

P. et C. C. apportent l'observation d'un chancre induré du vagin.

Cette localisation de la lésion primaire de la syphilis est considérée comme rare par les classiques.

Depuis quelque temps cependant, elle paraît plus fréquente. Tandis que Fournier cite un cas, et encore douteux, sur 249, une statistique

récente de Lakaye, de Liége, porte la proportion des chancres du vagin à 9 o/o, leur localisation habituelle étant la paroi postérieure.

J. MARGAROT.

The New England Journal of Medicine (Boston).

Le traitement de la neurosyphilis par les injections sous-occipitales de sérum salvarsanisé (The intracistern serum treatment of neurosyphilis), par VIETS. *The New England Journal of Medicine*, vol. CCVI, n° 10, 10 mars 1932, p. 491.

On prélève, 15 minutes après une injection intraveineuse de néo-arsphénamine, 50 centimètres cubes de sang que l'on laisse reposer dans un flacon d'Erlenmeyer pendant 12 heures à la température du laboratoire. Cette quantité de sang fournit environ 20 à 25 centimètres cubes de sérum qui, après inactivation d'une demi-heure à 56° C., peut être conservé jusqu'à 8 jours à la glacière. Il doit être tiédi au moment de l'injection.

Celle-ci est pratiquée suivant la technique aujourd'hui classique en position couchée sur le côté ; on retire 20 à 25 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien et l'on injecte le sérum très lentement, en 10 à 15 minutes. Après l'injection, le malade doit rester à plat pendant 1 heure ; il est alors, habituellement, en état de rentrer chez lui, mais doit encore garder le repos pendant 12 heures.

Lorsque tout le sérum n'a pas été utilisé et que le restant doit être employé ultérieurement, il doit être inactivé à nouveau. Les injections peuvent être répétées tous les 15 jours.

Cette méthode n'a pas les inconvénients des injections intrarachidiennes de sérum salvarsanisé ; elle ne détermine pas de douleurs, pas de troubles sphinctériens, pas de paralysies ; elle a l'avantage de n'immobiliser les malades que pendant une journée.

V. cite 6 observations de neuro-syphilis considérablement améliorée par ce traitement. Habituellement inoffensive, cette méthode lui paraît être douée d'une efficacité remarquable et durable.

S. FERNET.

Les dermatoses industrielles et leur traitement (Industrial dermatoses and their treatment), par DOWNING et WELCH. *The New England Journal of Medicine*, vol. CCVI, n° 11, 31 mars 1932, p. 666.

Les dermatoses professionnelles constituent déjà 20 o/o des cas dermatologiques et leur nombre va en croissant avec les progrès de l'industrie. D. et W. étudient brièvement ces dermatoses et réunissent une imposante bibliographie.

S. FERNET.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Nodules persistants dans la gale (Persistent nodules in scabies), par Ayres et Anderson. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 3, mars 1932, p. 485, 7 fig.

Des nodules très prurigineux persistent quelquefois après les traitements de la gale et font douter de la guérison. Ils sont rouges ou bruns, peu nombreux, siègent sur le prépuce ou le gland, sur les régions fessière ou ombilicale, dans les aisselles. Ils ne cèdent pas aux substances antipsoriques. Ces nodules, étudiés histologiquement, ne contenaient ni acares, ni larves, ni œufs, ni excréments. Ils sont cependant fort rebelles et on est amené à en faire la destruction.

S. Fernet.

L'action de l'acétate de thallium sur les rats thyroïdectomisés (The effect of thallium acetate on thyroïdectomized albino rats), par Cooper. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 3, mars 1932, p. 521.

Il est admis, à la suite des nombreux travaux qui lui ont été consacrés, que l'acétate de thallium exerce son action sur l'organisme par l'intermédiaire du système endocrino-sympathique et surtout de la glande thyroïde.

Afin de contrôler cette assertion, C. a pratiqué des injections d'acétate de thallium à des rats thyroïdectomisés et à des rats sains, servant de contrôle. Les réactions observées furent les mêmes chez tous ces animaux. Les rats thyroïdectomisés ont succombé aux doses fortes en même nombre, dans les mêmes délais et avec les mêmes symptômes que les rats normaux. Il ne semble donc pas que le corps thyroïde joue un rôle prépondérant dans l'action de l'acétate de thallium.

S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Tularémia. par Foulger, Glazer et Foshay. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVIII, nº 12, 19 mars 1932, p. 951.

Maladie infectieuse du lapin sauvage, due au *B. tularensis*, la tularémie peut se transmettre à l'homme chez qui elle détermine une ulcération au point d'inoculation et une adénite suppurée satellite. L'évolution est habituellement bénigne, cependant des cas mortels ont été signalés.

L'observation citée par F., G. et F. concerne une jeune femme qui, après avoir dépecé un lapin sauvage, présenta une ulcération de l'index, puis, par auto-inoculation, des lésions suppurées de deux autres doigts avec adénopathie susépitrochléenne et axillaire. Le séro-diagnostic par agglutination fut à ce moment positif à 1/40. Malgré des injections de sérum de convalescent, la malade présenta des phénomènes d'infection

générale : température à 40°, broncho-pneumonie, météorisme, prostration, et succomba 22 jours après le début de la maladie.

L'autopsie révéla la présence d'abcès caséeux dans les poumons, le foie et la rate. Le *B. tularensis* ne put être décelé que dans le poumon. L'inoculation du pus déterminait la mort des lapins en 6 à 7 jours ; le foie et la rate de ces animaux étaient farcis de foyers purulents caractéristiques de la maladie. S. FERNET.

Empoisonnement par le thallium (Thallium poisoning), par GINSBURG et NIXON. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVIII, n° 13, 26 mars 1932, p. 1076.

Dans certaines régions de l'Amérique les sels de thallium sont employés comme poison contre les rongeurs. L'orge contenant du sulfate de thallium est répandu sur le sol des granges et il se trouve quelquefois mélangé à la farine. On observe donc de temps en temps des intoxications accidentelles par le thallium et G. et V. en donnent la description.

Vingt-quatre heures après l'ingestion du poison surviennent des fourmillements et des douleurs des extrémités, puis des douleurs abdominales paroxystiques avec vomissements. Il n'y a pas de diarrhée. Une parésie des membres apparaît rapidement. Il y a dans tous les cas une stomatite intense : tuméfaction des gencives, salivation, éruption bulleuse sur les lèvres. Après 2 à 5 jours, les malades présentent des troubles du système nerveux central : parésie des nerfs crâniens, ptosis, strabisme, troubles de la sensibilité, mouvements choréiformes de la tête et des membres ; les pupilles sont dilatées et réagissent faiblement à la lumière, les réflexes sont diminués ou exagérés. C'est à ce moment que se produit l'alopécie.

Dans les cas graves, il y a des convulsions, du délire, la température s'élève, des signes de broncho-pneumonie ou d'œdème pulmonaire apparaissent et la mort survient par syncope respiratoire.

On a tenté sans succès de sauver les malades par des injections d'hyposulfite de soude, par l'iodure de sodium, le lactate de calcium, l'extrait parathyroïdien. S. FERNET.

American Journal of cancer (New-York).

Tumeurs du sein « à la limite ». Adénomes kystiques encapsulés ou non observés de 1890 à 1931 (Border-line breast tumors : encapsulated and non encapsulated cystic adenomata observed from 1890 to 1930), par Joseph COLT BLOODGOOD. *American Journal of cancer*, t. XVI, mars 1932.

Cet important mémoire porte sur une série de tumeurs du sein dites par l'auteur « à la limite », c'est-à-dire dont il y a plus ou moins lieu de soupçonner la dégénérescence néoplasique. Souvent il n'en est rien et, en particulier, dans la forme décrite par Reclus, simple mastite bourgeonnante pour B., et dont il n'est pas prouvé qu'elle expose au

cancer. En pratique, un examen clinique approfondi pourra conclure à une ablation de la tumeur, mais c'est l'examen histologique de la pièce qui posera s'il y a lieu les indications d'une ablation plus large.

G. SOLENTE.

Cancer du pénis avec un relevé de 67 cas (Carcinoma of the penis, with a report of 67 cases), par W. E. LEIGHTON. *American Journal of cancer*, t. XVI, mars 1932.

Intéressante revue, où nous signalerons notamment une étude des conditions étiologiques : âge du malade qui peut être très jeune, maladies antérieures, notamment syphilis. Le début a généralement lieu sur l'épithélium du prépuce ou du gland et se fait par une verrucosité ou une érosion. Cette forme de cancer est grave et nécessite un traitement précoce, traitement opératoire, sauf pour les cas tout à fait initiaux.

« Le pronostic dépend, non pas de l'étendue de la tumeur ulcérée ou de l'extension ganglionnaire, mais de l'ablation complète de la tumeur, des ganglions et des lymphatiques participants. » G. SOLENTE.

Quelques facteurs essentiels dans la pathologie et le traitement du cancer de la peau (Some essential factors in the pathology and treatment of cancer of the skin), par Louis H. JORSTAD. *American Journal of cancer*, t. XVI, mars 1932, 7 micros.

Ce mémoire, basé sur 200 cas humains et sur une large expérimentation apporte d'abord un classement moderne des cancers de la peau. J. reconnaît :

1° Un carcinome baso-cellulaire typique respectant la limitante et ne donnant point de métastases.

2° Un carcinome baso-cellulaire kystique, multiple, sans métastases.

3° Un carcinome baso-cellulaire adénoïde, plus malin, plus infiltrant, à métastases plus fréquentes, et apparenté au cancer des glandes cutanées et des follicules.

4° Un type mixte baso-squameux, à la fois baso-cellulaire et squamo-cellulaire.

5° Un type squamo-cellulaire.

Certains de ces types peuvent évoluer vers un autre sans qu'aucun signe donne l'éveil. J. conclut que tous les cancers de la peau doivent être traités comme s'ils étaient malins. G. SOLENTE.

Production expérimentale de tumeurs du connectif (The experimental production of tumors of connective tissue), par H. BURROWS, J. HIEGER et E. L. KENNEWAY. *American Journal of cancer*, t. XVI, mars 1932, 9 planches.

Des injections sous-cutanées de 1 : 2 : 5 : 6 — dibenzanthracène ont produit des tumeurs du connectif, principalement fuso-cellulaires chez la souris et chez le rat. Elles ont pu se propager au tissu musculaire, donner des métastases, être transmises par greffe en série.

G. SOLENTE.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Un cas d'acanthosis nigricans juvénile, par Angelo Scarpa. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifiliografia e Venereologia*, vol. VII, fasc. 6, décembre 1931, p. 541, 3 fig. Bibliographie.

On ne connaît généralement l'*acanthosis nigricans* que sous l'aspect d'une dermatose papillomateuse pigmentée en relation avec un cancer, de l'estomac le plus souvent, c'est-à-dire une dermatose de l'âge mûr et de la vieillesse. Mais il est une autre forme beaucoup moins connue : l'*acanthosis nigricans juvénile*, qui, bien entendu, ne présente aucun rapport avec une néoplasie.

Si l'*acanthosis nigricans* est une affection rare (20 cas en tout dans la littérature, dont 8 seulement en Italie) on peut dire de la forme *juvénile* qu'elle est rarissime.

S. a eu l'occasion d'en observer un cas.

Petite fille de 3 ans, sans antécédents dignes d'intérêt. On observe les altérations classiques de la peau (papillomatose, pigmentation) au cou, aux aisselles, à l'aréole du mamelon, où les signes sont nets ; ils existent aussi, mais beaucoup moins accusés, aux coudes, aux genoux, aux plis de l'aine. Passons sur les examens biologiques, pharmaco-dynamiques, histologiques.

Tous ces examens confirment le diagnostic d'*acanthosis nigricans* et du reste l'auteur discute ce diagnostic et cette discussion lui permet d'éliminer sans peine les différentes affections pigmentogènes qui pourraient prêter à confusion.

Particularité clinique digne d'intérêt : avant de présenter les altérations cutanées typiques, l'enfant avait été sujette à des poussées d'urticaire, qui semblent elles-mêmes avoir succédé à des troubles gastro-intestinaux. Bien entendu, il n'est pas question de cancer et du reste l'état général de l'enfant était plutôt satisfaisant.

L'examen du système nerveux végétatif révélait un état vagotonique avec hyposympathicotonie.

Le problème le plus ardu que soulève un pareil cas, est celui de l'étiopathogénie. S. passe en revue les diverses hypothèses qui ont été émises : 1° irritation du sympathique par un tératome, lipome, fibrome (Darier) ; 2° action de la lumière solaire activant certains ferments cutanés (Knowles) ; 3° théorie des facteurs constitutionnels, résultant des propriétés de tous les éléments cellulaires et humoraux (Pende) ; 4° théorie germoblastique de Meirowsky.

S. discute et écarte ces diverses hypothèses. Il pense plutôt que, chez cette enfant, la dermatose doit être expliquée par un trouble du système nerveux végétatif, occasionné par l'action nocive sur le sympathique de toxines d'origine intestinale. Les troubles digestifs présentés par l'enfant, les poussées préliminaires d'urticaire, l'hyposympathicotonie, rendent cette interprétation fort plausible. Belgodere.

Facteurs de résistance et de réceptivité dans les lambeaux cutanés transplantés par la méthode italienne dans les régions siège d'un épithélioma, par Giorgio Perazzo. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, fasc. 6, décembre 1931, p. 573. Bibliographie.

On a déjà décrit maintes fois des cas de récidives de cancer survenant sur des lambeaux cutanés de peau saine greffés par la méthode italienne, après ablation de tumeurs cancéreuses. Mais il s'agissait dans ces cas de tumeurs étendues dont l'ablation avait été incomplète. P. a observé au contraire des cas où le processus était différent : récidive 5 mois ou 2 ans après l'opération, cette récidive apparaissant sur le bord de la cicatrice qui sépare le lambeau transplanté des tissus environnants. Cette ulcération contourne ainsi le lambeau de peau qui a été greffé. Il y a donc une résistance du greffon à l'invasion néoplasique, que l'on peut à bon droit attribuer à une *immunité locale*.

Mais quels peuvent être les facteurs de cette immunité ?

L'organisme, lorsqu'il est envahi par une tumeur maligne, met en jeu des mécanismes de défense : réaction inflammatoire périphérique, infiltrations parvi-cellulaires, plasmatiques, éosinophiles, proliférations conjonctives et élastiques.

Ces défenses organiques, vasculaires et tissulaires entrent en jeu également dans les cas de récidives.

Ces dernières ont été expliquées par diverses théories :

1° Théorie de « germes au repos » de Kœnig : des particules de la tumeur, troublées dans leur évolution par l'acte opératoire et le processus de cicatrisation, recouvrent par la suite leur activité.

2° Théorie de la diffusion régionale de la disposition anatomique (Thiersch) : de la tumeur, émaneraient des substances stimulantes qui détermineraient dans les cellules normales des tissus encore sains avoisinants une aptitude à subir ultérieurement l'évolution maligne.

3° Théorie de la glycolyse anaérobie (Warburg).

4° Théorie de la lipolyse.

5° Théorie de l'hypercholestérinie cutanée.

6° Théorie des *tréphones* de Carrel.

7° Théorie des *radiations mitogènes* de Gurwitsch, etc...

Le lambeau de peau qui a été greffé provient d'une région éloignée où la disposition néoplasique n'existe pas sans doute ; ses conditions de nutrition et d'innervation demeurent excellentes à cause du pédicule vasculaire conservé. De sorte que ce lambeau se défend très bien et résiste à l'invasion néoplasique par le moyen d'une forte réaction histiocytaire et d'une large prolifération conjonctive et élastique. Dans les tissus préexistants de la périphérie, les forces réactives sont réduites au minimum ; dans ceux du lambeau, elles sont au contraire exaltées au maximum.

Ainsi s'explique cette sorte de barrière mystérieuse qui tient en respect le processus néoplasique et s'oppose à l'invasion du lambeau. Mais

cette résistance n'est pas cependant indéfinie : à un certain moment, les forces réactives fléchissent et le tissu transplanté est à son tour envahi par le cancer. BELGODERE.

Sur un cas de syphilis et épithélioma (Contribution anatomique et histopathologique), par Ettore SOSCIA. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, fasc 6, décembre 1931, p. 585, 3 fig. Bibliographie.

L'auteur a observé le cas d'une malade de 60 ans dont l'histoire peut se résumer ainsi : contamination syphilitique conjugale (réactions sérologiques positives), syphilides hypertrophiques de l'orifice vaginal, guéries par le traitement spécifique. Dans une deuxième phase, apparition au même point d'autres lésions saillantes qui s'avèrent comme des papillomes simples, sur lesquels le traitement spécifique n'a aucune action et dont on pratique l'ablation. Dans une troisième phase, apparition d'une adénite inguinale, dont l'incision ne donne issue qu'à une minime quantité de pus, et qui est reliée à la cicatrice de l'opération antérieure par un cordon induré. On enlève chirurgicalement toute cette masse ganglionnaire et indurée, dans laquelle l'examen histologique révèle la présence de nodosités et de jetées épithéliomateuses.

Mais cet examen histologique mit en évidence des particularités curieuses : la tumeur se composait d'un parenchyme et d'un stroma.

Le parenchyme était constitué par des cordons, des nodules, des jetées irrégulières de cellules épithéliales de divers types, cylindriques, cubiques, polygonales, lamellaires, comme le sont les divers types de cellules des différentes couches de l'épiderme.

Ces cellules, disposées en couches concentriques, à la manière des feuilles d'un bulbe d'oignon, constituaient sur certains points des perles épithéliales, comme on le voit communément dans les cancers spino-cellulaires.

Quant au stroma, la constatation importante, c'était le contenu cellulaire des bandes formées par ce stroma dans le tissu blastomateux : parmi les éléments propres du tissu conjonctif de néoformation, on notait la présence de cellules plasmatiques en nombre considérable au point d'être un élément exclusif. En outre, les capillaires circulant dans ce stroma présentaient des lésions accentuées d'endo-vascularite proliférante et de péri-vascularite plasma-cellulaire, les cellules plasmatiques entourant les vaisseaux comme par un manchon.

Autrement dit, le stroma présentait tout à fait l'aspect d'un processus histologique de syphilis ; cependant, les tréponèmes ne purent y être décelés.

Il y avait donc dans cette tumeur, un double processus : néoplasique et luétique.

Existe-t-il un rapport de cause à effet entre ces deux processus ? S. discute ce point et il conclut à une simple *coïncidence* : évolution d'un processus néoplasique dans une ambiance luétique, mais tout à fait indépendant de la syphilis. BELGODERE.

Observation d'érythème leucémique, par A. Grassi. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, fasc. 6, décembre 1931, p. 597. Bibliographie.

L'A. rapporte un cas, observé chez un jeune homme de 19 ans, de leucémie lymphatique chronique, accompagnée de manifestations cutanées érythémateuses, dont l'aspect s'écartait sensiblement des caractères habituels des éruptions leucémiques, cette éruption étant de tous points semblable à une roséole syphilitique ortiée. Tuméfactions habituelles des divers groupes ganglionnaires, tuméfaction prononcée des amygdales, gêne respiratoire qui conduisit à pratiquer l'ablation des amygdales. Comme cela a déjà été constaté dans divers cas, cette opération donna un coup de fouet à l'évolution, et les manifestations de la maladie s'accentuèrent. Enfin apparut l'éruption ortiée, non prurigineuse. L'examen histologique des éléments éruptifs montra dans la peau une infiltration lymphoïde péri-vasculaire dont les cellules avaient tous les caractères des cellules observées dans les cas de leucémie. Des cellules semblables furent rencontrées du reste dans les autres localisations de la maladie (ganglions, amygdales, etc.). Le malade fut soumis à un traitement par les rayons X, qui amena une amélioration considérable et rapide. Mais, très peu de temps après, il y eut récidive suivie de mort en quelques jours par troubles respiratoires.

Cette observation est intéressante d'abord au point de vue du diagnostic, car l'aspect clinique, à première vue et étant donné l'âge du sujet, pouvait faire penser à des accidents de syphilis secondaire. La tuberculose également pouvait être suspectée, si l'on pense à certaines formes rares de lupus érythémateux aigu. Mais les épreuves de laboratoire établirent facilement le véritable diagnostic.

Un autre point intéressant est celui du rapport entre l'affection hématique et la manifestation cutanée. Dans la leucémie, on peut observer les éruptions les plus variées, à tel point que la classification en est impossible et l'on ne put guère adopter l'expression de *leucémides*, proposée par Audry, car toutes ces éruptions ne paraissent pas être de même nature. Les unes, en effet, ont une structure histologique *aspécifique*, et Pinkus a proposé de les appeler *manifestations cutanées accompagnatives ;* les autres, au contraire, ont une structure histologique *spécifique*, et c'est à celles-là seulement que doit être réservé le nom d'*exanthèmes leucémiques*. C'était le cas pour le malade étudié, dont les éléments de roséole étaient infiltrés de cellules lymphoïdes. En outre des caractères histologiques, les éruptions « accompagnatives » sont très polymorphes au point de vue clinique, tandis que les éruptions à structure spécifique ont une certaine stabilité de leurs caractères cliniques.

L'éruption ortiée ne fut aucunement influencée par les applications radiothérapiques, qui avaient cependant amené une amélioration considérable des autres manifestations. Il n'en est pas toujours ainsi, ce qui amène à supposer que ces manifestations cutanées leucémiques n'ont pas toutes la même origine. On peut admettre que les éléments lymphocy-

taires qui infiltrent la peau proviennent dans certains cas des centres lymphatiques préexistants, et que, dans d'autres cas, ils ont une origine hématique. Les premiers seuls seraient influencés par les rayons, comme le sont les ganglions eux-mêmes. BELGODERE.

Sur quelques cas de syphilome initial à siège extra-génital. Syphilome successif, par Livio BURBI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. VII, fasc. 6, décembre 1931, p. 612, 1 fig. Bibliographie.

L'auteur rappelle les données historiques et statistiques classiques concernant les chancres extra-génitaux et les chancres successifs. Il rapporte une série de 9 cas qu'il a eu l'occasion d'observer, et dans lesquels, ainsi qu'il advient souvent pour les chancres extra-génitaux, la contamination s'est produite dans les circonstances les plus diverses et parfois les plus inattendues. Tel le cas de 2 fillettes, victimes de la détestable habitude de certains, en Italie du moins, qui, après avoir fait usage d'un préservatif, s'en débarrassent en le jetant dans la rue par la fenêtre. Allant à l'école, les deux fillettes trouvèrent l'objet, le ramassèrent, et trouvèrent plaisant de s'amuser à le gonfler, à la manière d'un ballon, en soufflant avec leur bouche. La contamination s'ensuivit, on put remonter à la source et établir que l'usager de ce préservatif était en effet atteint de syphilis récente.

Les localisations de ces chancres étaient les suivantes : I. angle de la bouche ; II. angle de la bouche ; III. 5 chancres : 1 de l'amygdale droite, 2 de l'amygdale gauche, 1 de la lèvre supérieure, 1 de la lèvre inférieure, avec les caractères des chancres successifs ; IV. chancre de la cloison nasale ; V. chancre de la lèvre inférieure ; VI et VII. les deux fillettes sus-citées ; VIII. 1 chancre de la verge et 1 successif du doigt dans le sillon unguéal ; IX. chancre de la lèvre inférieure.

Comme on le voit, surtout des chancres céphaliques et surtout des chancres de la bouche, ainsi qu'il est classique.

Au sujet de ces chancres, l'auteur reprend la discussion maintes fois répétée et que nous ne répéterons donc pas sur les chancres successifs, l'immunité, l'allergie, la réinfection, la superinfection, etc..., notions qui sont aujourd'hui familières à tous.

B. insiste sur un point particulier : dans les chancres extra-génitaux excentriques, il arrive parfois que l'éruption secondaire débute dans le voisinage du chancre, et parfois reste unilatérale, ou bien, tout en se généralisant, prédomine dans la moitié du corps qui est le siège du chancre. Dans ces cas, l'évolution de la syphilis présente de grandes analogies avec celle du sodoku. BELGODERE.

Thermolivedo produit par une application de diathermie imparfaite, par Livedo BURBI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, fasc. 6, décembre 1931, p. 624, 1 fig. Bibliographie.

B. rapporte l'observation d'une malade qui avait été soumise à des applications diathermiques mal réglées, pour le traitement d'une salpin-

gite. Il s'en était suivi une brûlure avec phlyctènes qui avait laissé, à la partie antéro-supérieure de l'abdomen et à la région lombaire, des altérations cutanées pigmentaires et cicatricielles. Ces altérations peuvent être rattachées au groupe décrit sous le nom de *thermolivedo ;* elles en offrent en effet un caractère pathognomonique, consistant dans l'association et la superposition de l'aspect réticulaire et de l'aspect dendritique, le réseau étant dessiné par la pigmentation, tandis que les arborisations sont cicatricielles.

Le *thermolivedo* a été décrit pour la première fois en 1911 par Adamson, et décrit encore sous le nom d'*érythème ab igne*, ou encore *livedo reticularis d'Adamson*. Il s'observe à la suite d'expositions prolongées à de hautes températures, par l'usage de la chaufferette, par les applications diathermiques mal réglées.

Les uns ont décrit des lésions cutanées avec un aspect réticulaire, d'autres avec un aspect dendritique. Pour B., ces deux aspects correspondent à deux périodes évolutives de la même affection : les arborisations apparaissent d'abord, la pigmentation réticulée survient ensuite. La première est due à une hyperémie active artérielle, qui marque le début du processus, la seconde à une hyperémie passive, veineuse, plus durable.

BELGODERE.



Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Le numéro de février 1932 est entièrement consacré à la publication des Rapports de la XXVII[e] Réunion annuelle de la Société Italienne de Dermatologie et de Syphilographie.

Ces rapports ont fait l'objet d'une analyse qui a été publiée dans le numéro du mois de mai des présentes *Annales*.

BELGODERE.

Rivista di Storia delle Scienze Mediche e Naturali (Sienne).

Contribution à l'histoire de la gale, par Ugo FAUCCI (Livourne). *Rivista di Storia delle Scienze Mediche e Naturali*, 22[e] année, 4[e] série, nos 5-12, mai-décembre 1931.

A qui revient le mérite d'avoir découvert l'acare de la gale ? L'opinion la plus répandue, en France du moins, c'est que cette découverte appartient à un étudiant corse, Simon-François Renucci qui, en 1834, faisait ses études de médecine à Paris, et qui d'ailleurs avait appris à connaître le parasite par les matrones de sa province.

En réalité, cette découverte est beaucoup plus ancienne et c'est ce que l'auteur établit dans le présent mémoire en apportant des documents très caractéristiques. On croyait autrefois que la gale était due à une altération des humeurs, et on la traitait par des cures internes, avec des résultats peu satisfaisants bien entendu.

C'est en 1687 que le médecin Giovan-Cosimo Bonomo, et l'apothicaire naturaliste Diacinto Cestoni, tous deux de Livourne, affirmèrent la nature parasitaire de la gale, en firent connaître le parasite, et préconisèrent les méthodes externes de traitement.

L'étude du parasite fut par la suite complétée par Cestoni, qui survécut à son collaborateur et s'attribua à lui seul le mérite de la découverte, sans doute, dit F., par une *illusion rétrospective*.

Mais les documents apportés dans le mémoire de F. établissent que c'est bien Bonomo qui, le premier, a découvert le parasite, 147 ans avant Renucci. BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Sur un cas de microsporide avec constatation du Microsporon Audouini dans le sang circulant, par Vincenzo MANCA. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 2, février 1932, p. 57, 6 fig. Bibliographie.

L'auteur rappelle que c'est à Pellizzari que revient l'honneur d'avoir, le premier, en 1894, décrit au point de vue clinique le lichen trichophytique. Il considéra alors cette forme comme une variété non encore décrite de la trichophytie érythémato-squameuse.

Jadassohn, en 1911, soutint que les mycoses dues aux Trichophytons, aux Microsporons, aux Achorions, n'étaient pas seulement liées à la peau, et aux poils, mais pouvaient, dans certaines conditions, intéresser l'ensemble de l'organisme, et, comme la tuberculose, la syphilis et d'autres maladies infectieuses, provoquer des réactions immunitaires, histioïdes et humorales, qui se traduisaient, d'une part, par des phénomènes généraux, d'autre part, du côté de la peau, par des éruptions, auxquelles on a donné le nom de *trichophytides, microsporides, favides*.

De ces éruptions, ce sont les trichophytides qui sont les mieux connues et qui s'accompagnent des réactions générales les plus accentuées.

Pour ce qui est des microsporides, il en a été publié jusqu'alors 27 cas, dont 13 sont dus à Artz et Fuhs, qui, en 1921-1922, en observèrent à Vienne une véritable épidémie. Le Microsporon fut constaté par ces auteurs, non seulement dans les lésions cutanées, mais aussi dans quelques cas dans le sang, au moyen de l'hémoculture. Les éruptions étaient le plus souvent lichénoïdes, mais parfois aussi nodulaires et pustuleuses.

Après avoir ainsi fait cette revue générale du sujet, M. rapporte l'observation d'une petite fille de 6 ans dont le cas a été étudié à la clinique de Sassari, qui présentait une affection parasitaire du cuir chevelu à type de folliculite agminée, accompagnée d'une éruption cutanée à caractère papulo-lichénoïde parasitaire, évoluant par poussées successives.

Le *Microsporon Audouini* fut constaté dans les lésions du cuir chevelu, par l'examen direct et par les cultures. En outre, l'hémoculture fut positive pour le même parasite.

L'éruption cutanée se prolongea pendant un mois, avec des tendances à la régression, suivies de poussées nouvelles plus localisées, mais plus profondes, de type nodulaire.

L'auteur discute les diverses phases de cette affection, cherchant à en élucider la pathogénie peu commune, surtout en raison de la nature de ce dermatophyte, qui montre rarement une pareille virulence.

Ce cas est d'autant plus intéressant que le *Microsporon Audouini* n'avait jusqu'alors jamais été constaté en Sardaigne, ce qui porte à croire qu'il a dû y être importé du dehors. BELGODERE.

Sur des manifestations cutanées particulières chez un sujet hystérique, par Luigi VERCELLINO. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 2, février 1932, p. 77, 1 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit un cas caractérisé par des manifestations cutanées particulières, érythémato-pomphoïdes, précédées de brûlures, et accompagnées de douleurs, sécrétant un liquide séreux, localisées de préférence aux membres inférieurs, survenues chez une femme de type hystérique, avec des signes de nette sympathicotonie, non exempte d'un certain degré de parasympathicotonie, hystérectomisée et ovariectomisée pour des accidents antérieurs utéro-annexiels, de nature blennorragique. Les lésions, au début, sont constituées par un relief nettement pomphoïde avec œdème intéressant les couches profondes de la peau. Rapidement, apparaissent de minuscules vésicules qui, en se rompant, donnent lieu à l'exsudation. Ces lésions cutanées, qui ont une certaine analogie avec celles décrites par Matzenauer et Polland, apparaissent par poussées successives au nombre de 1, 2 ou 3, simultanément, et se réparent en 4 ou 5 jours par des médications topiques. Il ne s'agit pas de simulation : 1° parce que les lésions se reproduisirent après pansement scellé des mains et du membre ; 2° parce que le siège, primitivement profond de l'œdème par lequel s'annonce la lésion exclut que celle-ci soit produite par applications sur la peau de substances irritantes ou caustiques et d'autre part parce que l'absence, toujours constatée, d'un trou d'entrée de l'aiguille exclut la provocation par le moyen d'injections des mêmes substances.

Étant donné le déséquilibre du système organo-végétatif, qui concorde, selon les vues des auteurs modernes, avec le cadre de l'hystérie, on peut conclure que les lésions de cette malade rentrent dans le cadre des altérations cutanées de cause neuro-végétative, et étant donné l'existence très nette d'un syndrome hystérique évident chez la malade, la dermatose peut être considérée comme une vraie dermatose hystérique d'apparition spontanée. BELGODERE.

L'épreuve dite de l'hydrophilie cutanée sur le cadavre, par Enrico TISSI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 2, février 1932, p. 88.

La valeur de l'épreuve de l'hydrophilie cutanée, de Aldrich et Mac Clure, est fort discutée. Lorsque l'on injecte dans la peau une petite

quantité de solution physiologique, il se produit à la fois un pomphus par injection et un pomphus par réaction, les deux phénomènes se superposant en partie, c'est-à-dire que le second commence à apparaître alors que le premier ne s'est pas encore complètement développé. Il en résulte donc que cette épreuve est soumise, non pas seulement à la faculté d'absorption de la peau, mais aussi à la capacité réactionnelle, variable selon les individus, à l'introduction de substances étrangères.

Pour éliminer cette cause d'erreur, l'auteur a entrepris une série d'expériences sur la peau du cadavre, le facteur réactionnel étant ainsi, logiquement, complètement éliminé. Il a opéré, soit sur des lambeaux de peau détachés, soit sur des cadavres entiers, soit sur la peau de différentes régions, soit sur des sujets morts depuis un temps variable, sur des sujets d'âges divers, etc..., bref en faisant varier de toutes les manières les conditions de l'expérience.

Les résultats obtenus ont été des plus contradictoires, et il est impossible d'en tirer aucune conclusion. Il semble que le pouvoir d'absorption de la peau soit déterminé par des conditions histologiques et humorales qui nous échappent et qui n'ont aucun rapport avec la maladie dans lequel on le recherche. BELGODERE.

A propos d'un cas de pemphigus vulgaire chronique (Contribution étiopathogénique), par V. PETRAGNANI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 3, mars 1932, p. 113. Bibliographie.

L'auteur passe en revue les différentes théories qui ont été proposées pour expliquer l'étiologie et la pathogénie du pemphigus vulgaire chronique. *Théorie dyscrasique :* qui incrimine surtout des altérations rénales et des troubles du métabolisme des chlorures et de l'azote. *Théorie toxique :* qui explique la maladie par des fermentations intestinales à l'appui desquelles on invoque l'excès d'indican et des éthers du soufre. *Théorie nerveuse :* basée sur l'analogie des bulles du pemphigus avec celles qui accompagnent certaines affections du système nerveux central, périphérique ou sympathique. *Théorie endocrinienne :* qui fait intervenir surtout des altérations des glandes génitales, de la thyroïde et des surrénales. *Théorie infectieuse :* différents germes ont été décrits comme agents pathogènes du pemphigus, mais celui dont les caractères sont le mieux établis et dont le rôle pathogène est basé sur les preuves les plus solides est sans conteste le *bacille de Radæli*, découvert par cet auteur en 1906. Pour certains, ce bacille ne serait qu'une forme particulière d'une variété de *Proteus*, microbe polymorphe et ubiquitaire.

Enfin, on a cherché à déceler la cause du pemphigus dans les examens du sang et dans les altérations histologiques des divers organes. Du côté du sang, l'altération la plus nette qui ait été constatée est une éosinophilie, généralement prononcée, qui se constate également dans le liquide des bulles, mais cette éosinophilie paraît cependant inconstante et surtout ne présente pas de variations parallèles aux variations de l'évolution clinique.

Quant aux examens histo-pathologiques, ils n'ont permis de déceler aucun facteur étiologique précis.

P. étudie ensuite un cas de pemphigus qu'il a eu à traiter à la clinique de Sienne, chez un cultivateur de 52 ans. Rien de spécial au point de vue des caractères cliniques et de l'évolution, qui sont ceux habituellement observés. Comme il est habituel, le malade succomba.

Le dosage des chlorures dans le sang, et dans la sérosité des bulles *de formation récente* (il insiste sur ce détail, important selon lui) donna des valeurs normales. Il y avait des altérations nettes et profondes des capsules surrénales. L'éosinophilie, dans le sang et dans la sérosité des bulles, était très prononcée et constante, sans variations au cours de la maladie.

Enfin, P. a isolé de la moelle osseuse et des viscères internes un bacille mobile, long de 1 à 3 μ, Gram négatif, liquéfiant la gélatine, dont les cultures exhalaient une odeur de colle cuite, caractères qui sont bien ceux du bacille de Radæli. La culture tuée de ce bacille, injectée dans les veines d'un cobaye, s'est montrée toxique ; la culture vivante, injectée dans les veines d'un lapin, l'a tué en quelques heures ; l'injection sous-cutanée n'a pas provoqué d'abcès. Ce bacille avait donc un pouvoir pathogène accentué.

P. conclut donc de ses recherches en faveur de la théorie infectieuse du pemphigus vulgaire chronique dont l'agent pathogène lui semble bien être le bacille décrit par Radæli, tout en admettant que de nouvelles recherches sont cependant nécessaires. BELGODERE.

Erythèmes pigmentés fixes par phénolphtaléine, par Ernesto VIRGA. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 3, mars 1932, p. 137, 1 fig. Bibliographie.

V. rapporte les observations de trois sujets chez lesquels on vit apparaître une éruption érythémateuse localisée, consécutive à l'absorption de comprimés de phénolphtaléine, utilisés comme purgatif : I. chez une femme de 30 ans, au niveau du manubrium sternal, tache de la grandeur d'un sou, ronde, à limites nettes, ni squameuse, ni prurigineuse, rose au début, puis rouge sombre, puis rouge-brun, puis pigmentée brune ; II. enfant de 19 mois, fils de la précédente : après absorption des mêmes comprimés, deux taches de la région zygomatique ; III. enfant de 3 ans, quatre taches disséminées sur le visage, qui laissèrent une pigmentation accentuée ; en outre, dans ce dernier cas, l'enfant ayant repris le même médicament un mois plus tard, on vit reparaître sur les mêmes points une poussée érythémateuse.

Ces éruptions dues à la phénolphtaléine sont bien connues en Amérique, où on en a publié de nombreux cas. Les publications ont été beaucoup plus rares en Europe, soit parce que ces accidents y sont moins bien connus, soit plutôt parce que l'on y fait de ce purgatif un emploi plus restreint. Il en existe des formes érythémateuses, purpuriques, vésiculaires, pemphigoïdes.

V. fait remarquer qu'il existe de grandes analogies entre les accidents

érythémateux et l'érythème pigmenté fixe décrit par Brocq en 1894. Depuis, du reste, on a signalé que des éruptions semblables pouvaient être occasionnées, non seulement par l'antipyrine, mais aussi par la quinine, les arsénobenzols, le luminal, la phénolphtaléine.

V. pose la question de savoir quelle est la substance chimique nocive ; est-ce la phénolphtaléine ou bien un de ses composants ? Il discute ce point et conclut que la substance active doit être plutôt un groupement phénolique ou phénilique, car l'un ou l'autre de ces deux groupements se rencontrent dans les divers médicaments qui provoquent ces éruptions.

Un autre point à élucider est celui du mécanisme de l'action pathogène. V. croit à une action anaphylactique et l'on pourrait objecter que chez les deux enfants, il n'y avait pas eu de contact antérieur avec le médicament, de sorte qu'il s'agirait plutôt d'idiosyncrasie, mais V. estime que cette idiosyncrasie est en réalité une anaphylaxie consécutive à un premier contact par l'intermédiaire de la mère, pendant la vie intra-utérine. Et il explique la localisation de l'éruption à la peau par la *fonction pexique* de celle-ci, et quant à la limitation de l'éruption elle s'expliquerait par un état d'*allergie cellulaire*, nettement délimitée.

BELGODERE.

Sur un cas de lésion dite nævus anémique, par U. CERCHIAI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 3, mars 1932, p. 147, 1 fig. Bibliographie.

Après avoir rappelé les caractéristiques de cette dermatose peu fréquente, mais non très rare, décrite pour la première fois par Vœrner en 1906, l'auteur fait remarquer que la pathogénie en est discutée, les uns la considérant comme causée par une anomalie anatomique, du tissu vasculaire de la région, les autres comme l'effet d'une contraction vasculaire, c'est-à-dire d'un facteur fonctionnel par conséquent nerveux.

Il décrit ensuite un cas personnel observé chez un homme de 32 ans, chez lequel dans la région parasternale, existaient de nombreuses petites macules de forme irrégulière, de coloration blanche, entourées par une zone légèrement hyperémique. Ces lésions paraissaient exister de longue date et comme elles ne donnaient lieu à aucun symptôme subjectif, le sujet n'en avait même pas connaissance.

C. a soumis cette région cutanée à diverses épreuves pour en étudier la réactivité : frictions, épreuve du dermographisme, épreuve de l'adrénaline, de la morphine, de l'histamine, du vésicatoire. Toutes ces recherches ont donné des résultats négatifs, la réactivité était nette, quoique moins accentuée sur les zones anémiques.

Les examens histologiques n'ont pas donné non plus de résultats précis : le fait le plus net était une certaine raréfaction des petits vaisseaux dans la zone anémique, ce qui semble être en faveur plutôt d'une pathogénie anatomique par suite d'une dysplasie vasculaire. Par contre, l'hyperémie périphérique pourrait bien être due à un mécanisme fonctionnel de réactivité vasculaire par suite du déséquilibre circulatoire local.

BELGODERE.

Plasmocytome érosif du gland simulant une érythroplasie de Queyrat, par Pietro Negri. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 3, mars 1932, p. 155, 1 fig. Bibliographie.

On sait que, sous le nom d'érythroplasie, proposé par Queyrat, on a décrit des lésions qui siègent de préférence sur les muqueuses ou pseudo-muqueuses, sous forme de taches roses ou rouges, brillantes, veloutées, très peu infiltrées, qui sont considérées par certains comme des manifestations épithéliomateuses ou préépithéliomateuses (épithélioma papillaire syphiloïde velvétique de Darier) et que Brocq assimilait à la maladie de Paget du mamelon. Toutefois, il a été constaté que ce caractère épithéliomateux n'était pas constant et on tend actuellement à considérer l'érythroplasie comme un syndrome cutané de nature variable, à déterminer par l'examen histologique.

N. rapporte un cas qui semble bien venir à l'appui de cette opinion. Il s'agit d'un homme de 51 ans, qui présentait, sur la partie centrale du gland, une tache ayant tous les caractères objectifs de l'érythroplasie de Queyrat. L'examen histologique aboutit à un diagnostic bien différent. Il révéla en effet la présence dans le chorion d'une infiltration de cellules plasmatiques typiques, avec des caractères tels qu'il n'y avait aucun doute qu'on se trouvait en présence d'un *plasmome* typique en pleine évolution. N. discute la signification de ce test histologique : on n'est pas très fixé sur la nature des cellules plasmatiques ; pour les uns, elles ont une origine histiogène, pour d'autres, elles dérivent des lymphocytes. Pour les uns, ce sont des éléments exclusivement pathologiques, pour d'autres, on peut également en trouver dans les tissus normaux. Toutefois, N. fait remarquer que, dans les granulomes inflammatoires tels qu'on en observe au cours d'un processus infectieux, l'infiltration est toujours plus ou moins *polymorphe*, tandis que, dans le cas de plasmocytome, il y a une infiltration d'éléments *monomorphes*, et cette uniformité peut servir de caractère différentiel. Suit une revue générale des différents cas de plasmocytome qui ont été publiés dans la littérature, dont on a vu du reste quelques-uns dégénérer en épithélioma, mais cette évolution est plutôt exceptionnelle. Le malade n'avait eu ni syphilis ni blennorragie, et la cause qui détermine cette réaction plasmocytaire reste des plus obscures. Belgodere.

Sur quelques expériences avec l'Interstitial dans le traitement des ulcérations cutanées, par Emanuele Freud. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 3, mars 1932, p. 166.

On a de plus en plus tendance à introduire les hormones dans la thérapeutique dermatologique. Qu'il suffise, par exemple, de rappeler les applications déjà nombreuses de l'insuline. Les extraits testiculaires sont également de plus en plus utilisés, en particulier comme kératoplastiques. F. en a expérimenté l'emploi pour le traitement de brûlures graves et de différents ulcères. Il a utilisé dans ce but l'*Interstitial*, de l'Institut opothérapique national de Pise, qui est une association d'extraits purs de la glande interstitielle et de la glande séminale.

Il conclut : 1° dans les cas de brûlures graves pas trop étendues, l'Interstitial est le remède de choix ; 2° dans le traitement des différents ulcères, il peut aussi rendre de grands services par son action kératoplastique, par l'absence d'action sensibilisante, inconvénient fréquent des pommades diverses, par son application facile et économique.

BELGODERE.

Acta Dermatologica (Kyoto).

Un cas de balanite sèche oblitérante (Ein Fall von Balanitis xerotica obliterans), par S. MORIMOTO. *Acta Dermatologica* (Japon), vol. XVIII, f. 6, décembre 1931, p. 143.

Chez un homme de 64 ans, circoncis 20 ans auparavant pour phimosis congénital, apparaît une balanite, qui, en 3 ans, amène une atrophie progressive de la peau du gland. La muqueuse balanique est lisse et sèche. L'atrophie blanche s'étend au sillon balano-préputial et au méat qui est rétréci au point d'empêcher la miction. Hyperplasie de toutes les couches épithéliales, dilatation des vaisseaux et infiltrats péri-vasculaires à petites cellules ; disparition totale du tissu élastique. M. pense à la balanite sèche de Stühmer plutôt qu'au kraurosis et à la leucoplasie.

L. CHATELLIER.

Sur la piqûre par une nouvelle variété de Gamasida (Ueber Insektenstich durch eine neue Art der Gamasidæ), par Ch. HATTORI. *Acta dermatologica* (Japon), vol. XVIII, f. 6, décembre 1931.

Une enfant de 5 ans présente sur le cou, les aisselles, le bas-ventre et les plis inguinaux surtout, des piqûres rouges, innombrables, déterminant un prurit violent, compliqué d'eczématisation. On découvre une petite larve que H. range parmi les *Gamasidæ*.

L. CHATELLIER.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Sur l'emploi de la Nupercaïne dans le traitement des maladies cutanées et dans les affections analogues et sur son effet en application superficielle (On the Employement of Nupercain in the treatment of Skin Diseases and similar affections, and its effect by superficial application), par VIGGO GENNER (Copenhague). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 9, décembre 1931, p. 453.

L'auteur recommande chaleureusement l'emploi de la Nupercaïne pour l'anesthésie superficielle. Il la préfère à la cocaïne et à ses dérivés. Ajoutée au pyrogallol dans le traitement du lupus, elle enlève toute douleur. Elle peut aussi être utilisée pour l'anesthésie des muqueuses et même dans le prurigo localisé et dans l'eczéma. Le risque d'intoxication par résorption est minime.

OLGA ELIASCHEFF.

Un cas de pemphigus végétant (Ein Fall von Pemphigus vegetans), par C. Postma (Amsterdam). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 9, décembre 1931, p. 459.

Observation d'un cas de pemphigus végétant à début pustuleux, de diagnostic difficile. Discussion du diagnostic différentiel. La maladie débuta en 1929 et la malade était depuis 12 ans atteinte de colite.

L'auteur conclut qu'il s'agissait d'un pemphigus végétant, type pyodermite végétante de Hallopeau pour les raisons suivantes :

1° La forme des lésions : végétations papillomateuses du cuir chevelu avec petits abcès dont on pouvait exprimer du pus ; des lésions analogues se trouvaient sur la lèvre inférieure, dans les plis, sur certaines parties des bras, sur les doigts et les orteils. Toutes les muqueuses étaient indemnes.

2° Le début par la lèvre inférieure et la longue durée de la maladie.

3° La localisation aux points de prédilection du pemphigus végétant (cuir chevelu, aisselles, région péri-génitale).

L'histologie confirma le diagnostic. L'absence de bulles n'infirme pas le diagnostic. Olga Eliascheff.

Sur les épididymites non spécifiques, par B. Petchersky (Moscou). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 9, décembre 1931, p. 466.

L'auteur a observé au cours de deux années 52 cas d'épididymites non spécifiques sur 322 cas d'épididymites blennorragiques, ce qui fait presque 1/6e des cas observés. Parmi ces 52 sujets, aucun n'avait présenté antérieurement de blennorragie. Se fondant sur ses recherches personnelles et sur les observations publiées, P. conclut :

Que l'on a observé, au cours de ces dernières années, une augmentation des cas d'épididymites non spécifiques. Celles-ci sont provoquées le plus souvent par la pénétration de micro-organismes vulgaires pyogènes venant de la partie postérieure de l'urètre, par suite du mouvement rétro-péristaltique du canal déférent.

L'épididymite non spécifique est dans la majorité des cas une maladie relativement bénigne. Il faut dans chaque cas de cette maladie, pour pouvoir définir l'étiologie, pratiquer des examens très minutieux, bactérioscopiques et bactériologiques des sécrétions uréthrale et prostatique.

La thérapeutique consiste en lavages, en injections de lait et en un traitement local longtemps prolongé. Ce traitement combiné donne des résultats relativement bons. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de l'ulcère névrotique de la muqueuse buccale (A Contribution to the Knowledge of « Ulcus neuroticum mucosæ oris », par B. Tarras-Wahlberg (Stockholm). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 9, décembre 1931, p. 494.

Observation d'un cas d'ulcère tropho-neurotique de la muqueuse buccale et du pharynx présentant un caractère très grave. Cette ulcération fut suivie d'une cicatrice avec stricture des lèvres et du pharynx et

nécessita une opération plastique. L'auteur attire l'attention sur la nécessité dans des cas analogues, d'un examen du système nerveux végétatif par l'adrénaline et la pilocarpine.

OLGA ELIASCHEFF.

Granuloma (fungoïdes [?]) gangrænescens, par W. L. L. CAROL (Amsterdam). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 9, décembre 1931, p. 508.

Observation d'un cas de néoplasme suivi de gangrène des cavités buccale et nasale. Les différents traitements restèrent sans résultat. Le diagnostic fut difficile, la lésion ressembla le plus à une forme atytique de mycosis fongoïde à tumeurs d'emblée. L'auteur donne à ce granulome, d'étiologie inconnue, la dénomination provisoire de *granuloma gangrænescens*. OLGA ELIASCHEFF.

Les réactions sérologiques dans la syphilis expérimentale du lapin (Serologische Reaktionen bei experimenteller Kaninchensyphilis), par TADEUSZ CHORAZAK et KAROL ZISCH (Lwow). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 9, décembre 1931, p. 522.

Pour se rendre compte de la valeur des réactions sérologiques dans la syphilis expérimentale du lapin, les auteurs ont pratiqué 3.058 réactions sur 220 lapins dont 106 sains et 114 infectés par le tréponème. Ils utilisèrent les méthodes suivantes : la réaction originale de Bordet-Wassermann avec un extrait de cœur humain non cholestériné ; la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée avec le même antigène, mais dans lequel le sérum physiologique fut remplacé par une solution de NaCl à 1 o/o ; la réaction de Bordet-Wassermann avec le même antigène, mais préparé avec une solution de NaCl à 1,5 o/o ; la réaction de Bordet-Wassermann avec l'antigène de Bordet-Ruélens, débarrassé des lipoïdes solubles dans l'acétone ; la réaction de floculation de Sachs-Georgi ; la réaction d'opacification de Meinicke et la guttadiaphotréaction.

Les auteurs concluent : aucune des méthodes employées n'est spécifique. Les meilleurs résultats ont été donnés par les réactions de floculation de Sachs-Georgi et d'opacification de Meinicke chez les lapins dont la nourriture contenait beaucoup de sel. Même ces deux méthodes ne peuvent pas être considérées comme spécifiques, mais elles ont donné des résultats très encourageants et les études doivent être dirigées dans ce sens, d'autant plus que l'on ne possède pas actuellement de méthode sérologique parfaitement sûre et spécifique pour le lapin. Ch. et Z. sont étonnés que certains auteurs fassent le diagnostic de l'infection syphilitique du lapin et en tirent certaines conclusions, en se basant sur les méthodes sérologiques actuellement connues.

Ils ont utilisé pour leurs recherches les méthodes qui, d'après la bibliographie, donnent les meilleurs résultats mais ils ont acquis la conviction qu'aucune d'entre elles n'est suffisante pour servir de base à une conclusion. OLGA ELIASCHEFF.

Askeri Sihhiye Mecmuasi (Stamboul).

Un cas de syphilis présentant des manifestations particulières. par Ahmet Hamit. *Askeri Sihhiye Mecmuasi*, mars 1932, pp. 20-21.

Le 7 septembre, un soldat entre à l'hôpital avec 2 ulcérations à la racine de la verge, l'une de la grandeur d'une pièce de 5 piastres, la seconde un peu plus grande. Outre celles-ci, 4 petites ulcérations sur le gland. En enlevant la légère couche qui les couvre, les ulcérations présentent un fond vitreux et induré.

Adénopathie inguinale caractéristique.

Le même jour, la recherche des tréponèmes fut négative. Le 8 septembre, le Bordet-Wassermann dans le sang, aussi bien que la recherche réitérée des tréponèmes dans la sérosité des ulcérations étaient négatifs. Ducrey négatif, auto-inoculation négative. Le malade est pris en observation.

Le 16 septembre, le Bordet-Wassermann est fortement positif + + + + et le lendemain roséole discrète.

Le 18, le malade a un accès de paludisme (*malaria tertiana*) avec fièvre à 40°5.

Le sang pris après l'accès donnait un Bordet-Wassermann faiblement positif +.

Après la première semaine et l'administration de 0,30 et 0,45 de néosalvarsan, le Wassermann est fortement positif + + + +. Cette réaction fut réduite définitivement à la négativité par la continuation du traitement mixte.

Abiméлek.

Istanbul Seririyati (Stamboul).

Quelques considérations sur l'Acanthosis nigricans. Première communication, par Houlousi Behdjet. *Istanbul Seririyati*. 1932, n° 3, p. 221.

L'auteur commence par la définition et la classification de l'affection pour passer à son histoire. Parmi les 221 malades cités dans la littérature mondiale, une partie de ceux-ci étaient porteurs de tumeurs malignes.

L'auteur mentionne 2 cas d'*acanthosis nigricans* sans aucun autre trouble concomitant. Le premier cas est celui d'une femme âgée de 23 ans, le second celui d'une jeune fille de 19 ans. Chez toutes deux, le début se présente par des troubles de la menstruation. Ce n'est qu'après une année qu'apparaissent les pigmentations sur la peau et la muqueuse buccale. Histologiquement, on voit une hyperplasie papillaire, de l'acanthose, une augmentation pigmentaire et de l'hyperkératose.

Abiméлek.

Tedavi Seririyati (Stamboul).

Le métabolisme du calcium et les maladies qui s'y rapportent, par Abdulkadir Lutfi. *Tedavi Seririyati*, t. I, n° 4, pp. 173-185.

On trouve le calcium dans l'organisme sous deux formes différentes : 1° à l'état inactif comme dans les os ; 2° à l'état actif, colloïdal ou dissous. A l'état normal, le plasma sanguin en contient 95 à 105 milligrammes o/oo, le sérum 10 à 20 o/o de moins, les globules rouges 16 à 60 milligrammes o/oo, les globules blancs 494 milligrammes o/oo. Les aliments, surtout albumineux, atténuent la calcémie. On croyait que chez les malades atteints de tuberculose, la perte de calcium et la déminéralisation étaient de règle. Or, actuellement, chez beaucoup de tels malades on ne constate pas ce fait. D'autre part, malgré une alimentation riche en sels calcaires, la teneur du sang en calcium reste la même.

L'auteur a expérimenté l'effet du calcium *in vivo*.

Il a injecté chaque jour ou chaque deux jours dans la veine des malades 0,50 centigrammes de chlorure de calcium. Après une semaine, aucune différence ne s'était montrée, la calcémie était restée normale. Aussi bien dans la calcinose cutanée que dans les arthrites ankylosantes, on ne voit pas toujours des perturbations dans la calcémie.

D'après Castex, si le calcium du sang ne descend pas au-dessous de 80 milligrammes et ne monte pas au-dessus de 117 milligrammes, il n'engendre aucune manifestation clinique.

L'hypocalcémie entraîne une excitabilité des nerfs moteurs et sensitifs et des muscles ; cela se traduit par des crampes et parfois par des paralysies. Le syndrome qui représente cette hypocalcémie est la tétanie ou la spasmophilie.

L'hypercalcémie se montre par une dépression des nerfs et des muscles. L'hypercalcémie se voit chez l'homme dans l'hyperplasie et les tumeurs des glandes parathyroïdes. Pour plusieurs auteurs, l'hypercalcémie est considérée comme la cause des maladies de Reklinghausen et de Paget.

Le métabolisme du calcium se trouve influencé par la vitamine D et par les hormones des parathyroïdes. La vitamine D facilite l'absorption du calcium alimentaire et ralentit son élimination. L'hormone des glandes parathyroïdes, au contraire, active le métabolisme du calcium. Le calcium du sang s'en trouve augmenté et l'élimination se fait plus abondante. Abiméleк.

Le traitement de l'urticaire, par Akil Mouhtar. *Tedavi Seririyati*, t. I, n° 4, pp. 212-213.

1° Chercher l'existence d'une irritation quelconque.

2° Éliminer de l'alimentation tout ce qui pourrait donner lieu à l'éruption.

3° Chercher s'il y a des parasites intestinaux ou des kystes hydatiques.

4° Dans les cas aigus, il est très avantageux de donner un purgatif et de laisser le malade 1 ou même 2 jours à un régime rigoureux. Localement, du talc ou de l'amidon. Les bains et les pommades sont parfois nuisibles.

5° Contre l'éruption, injections de 1/2 à 1 centimètre cube d'adrénaline au millième. A l'intérieur, éphétonine ou éphédrine. En même temps ou ultérieurement, injections de calcium.

6° Une heure avant les repas, 1 cachet de 0,50 de peptone.

7° Auto-hémothérapie : 8-10 injections de 5-10 centimètres cubes.

8° Pendant 10-15 jours, 3 à 6 grammes d'hyposulfite de soude *per os* ou en injections intraveineuses. ABIMÉLEK.

La valeur pratique des réactions de Kahn et du Citochol dans le diagnostic sérologique de la syphilis, par ZÉKI FAYIK. *Tedavi Seririyati,* t. II, nº 5. pp. 15-21

Les médecins praticiens qui, par la force des choses, ne sont pas aussi au courant des techniques de laboratoire que les spécialistes, se trouvent dans une situation embarrassante en présence chaque jour d'une réaction nouvelle, surtout si les résultats de ces réactions ne sont pas concordants.

La valeur d'une réaction sérologique est subordonnée à sa spécificité, à sa sensibilité et à son exécution facile. Or, nous ne possédons pas encore de réaction qui remplisse tous ces critères. Parmi les réactions d'une grande valeur diagnostique, la réaction de Wassermann occupe le premier rang.

Les réactions de seconde catégorie utilisées dans le diagnostic de la syphilis sont les réactions de floculation. Chez nous, les réactions de floculation les plus employées sont celles de Meinicke et de Sachs-Georgi.

Pourtant, parmi les réactions de floculation, la réaction de Kahn, laquelle tend à se répandre de plus en plus, se distingue par sa grande valeur diagnostique et par la rapidité de son exécution.

L'auteur décrit en détail la technique de cette réaction, la préparation de son antigène, etc., particularités qui sont déjà connues des lecteurs de ces *Annales* et de ceux du *Bulletin de la Société Française de Dermatologie,* par les travaux parus dès 1924.

Quant à la réaction du Citochol, elle est d'une simplicité surprenante. Son antigène se prépare, d'après Sachs, en ajoutant à l'extrait alcoolique 0,003-0,006 de cholestérine par centimètre cube. L'antigène est dilué avant son emploi avec deux fois son volume d'eau physiologique. Pour chaque sérum on prend 2 tubes, dans lesquels on place 0,20 centimètres cubes de sérum inactivé ; puis on ajoute dans le premier tube 0,10 centimètres cubes d'antigène dilué et dans le second 2 gouttes de formaline. On agite 3 minutes. On ajoute dans chaque tube 1 centimètre cube de solution physiologique. Une floculation nette représente la réaction positive. On doit être prudent dans l'appréciation

des réactions qui ne sont pas nettes. Z. F. a employé cette réaction dans 360 cas ; il se réserve de donner son dernier mot après les résultats obtenus au cours d'expérimentations ultérieures. ABIMÉLEK.

Le traitement de l'herpès récidivant, par AKIL MOUHTAR. *Tedavi Seririyati*, t. II, n° 5, pp. 31-32.

A. M. commence par donner un court aperçu historique de cette affection. Comme moyen curatif, il préconise l'administration du malade une demi-heure avant les repas de 5 à 10 centimètres cubes d'un sérum animal, par exemple de sérum antidiphtérique, dans un peu se sirop ; il a vu de bons résultats.

Au lieu de sérum, on peut donner 0,50 centigrammes de peptone avant les repas.

Il recommande de donner d'après Ravaut, à titre prophylactique, 4-6 grammes d'hyposulfite de soude par jour pour les 3 premiers jours de chaque semaine. Au lieu de donner ce médicament *per os*, on peut l'administrer sous forme d'injections intraveineuses en solution à 10 o/o. L'auto-hémothérapie donne aussi parfois de bons résultats.

ABIMÉLEK.

LIVRES NOUVEAUX

Dermatologie, par A. Sézary, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis. 1 volume de 238 pages avec 84 figures en noir *(Collection des Initiations Médicales)*. Masson et Cie, édit., 30 fr.

Les étudiants ne peuvent plus se plaindre, comme ceux des générations antérieures, que leurs maîtres ne s'occupent pas d'eux par le livre. Longtemps, l'éducation élémentaire médicale ne s'est faite qu'en présence du malade, oralement et cette coutume ne s'est heureusement pas perdue. C'est la meilleure, mais elle a des défauts. D'abord tous les chefs de service n'y sont point également aptes, quelques-uns la négligent par scepticisme ou fatigue de répéter chaque année les mêmes choses... Ensuite tous les étudiants n'ont pas l'esprit assez prompt pour saisir et retenir des explications verbales qui d'ailleurs, faites sans préparation, sont souvent fragmentaires. Un livre, un catéchisme, en un mot une initiation écrite est nécessaire.

L'initiation dermatologique est faite par A. Sézary dans la collection qu'il a fondée. C'est une initiation simple, claire, parfaite en un mot. L'étudiant est mis dans les conditions de la clinique. On lui montre, après un aperçu de la structure de la peau, ce que sont les lésions élémentaires et comment, par l'observation de leur aspect, de leur groupement, de leur évolution, aidé s'il le faut des recherches de laboratoire, on peut souvent atteindre au diagnostic. La deuxième partie contient la description succincte des dermatoses.

Voilà un excellent petit livre, un *vade-mecum* que devraient avoir dans leur poche tous les étudiants dans les services ou consultations de Dermatologie. Clément Simon.

Le pH en dermatologie, par Louis Spillmann, Marcel Vérain et Jacques Weis. 1 volume de 196 pages. Masson et Cie, édit., 32 fr.

Les lecteurs des *Annales* connaissent les importants travaux de Spillmann et de ses collaborateurs sur la recherche de l'équilibre acide-base en dermatologie. La notion du *p*H a pris dans tous les domaines et particulièrement en biologie une place si grande qu'elle devait être introduite en médecine. De nombreuses recherches ont déjà paru dans

le monde entier, aux points de vue physiologique et pathologique. En ce qui concerne la Dermatologie, les travaux français les plus importants sont dus à Spillmann. Aussi faut-il se louer qu'il ait eu la bonne idée, aidé de Vérain et de J. Weis, de les réunir en un volume qui paraît chez Masson. Les recherches, minutieusement poursuivies, portent sur 116 observations. Si elles ne permettent pas encore de fixer la place exacte que doit prendre l'équilibre acide-base dans la détermination des dermatoses, elles ouvrent cependant des vues nouvelles et mettent parfois sur la voie d'applications thérapeutiques efficaces.

CLÉMENT SIMON.

L'hérédo-syphilis, clinique et thérapeutique, par Jean HUTINEL et Alice ARDOIN-LINOSSIER. Préface du prof. V. HUTINEL. In-8° de 392 pages avec 7 planches, 35 fr.

La collection de « Monographies de Pédiâtrie et de Puériculture » fait paraître un volume sur l'hérédo-syphilis. Il est rédigé par Jean Hutinel et préfacé par son illustre père. On ne pouvait faire un meilleur choix. Tout le monde connaît les travaux du Prof. Hutinel qui ont tant contribué à faire connaître et accepter les multiples aspects de l'hérédo-syphilis. Jean Hutinel continue à explorer un domaine qui lui a été si lumineusement ouvert. Aidé du Dr Alice Linossier-Ardoin et aussi de son interne Georges Patey, il nous donne un petit traité complet de l'hérédo-syphilis et les troubles qu'elle cause dans l'organisme, soit directement soit indirectement en modifiant le fonctionnement des organes et principalement celui des glandes endocrines.

CLÉMENT SIMON.

Traité de la syphilis. Tome III. **Syphilis acquise**, par JEANSELME, J. BUREAU, Marcel PINARD, A SÉZARY, Paul LEFÈVRE, R. BURNIER, G. RIMÉ, Paul CHEVALIER, G. GARNIER, G. MILIAN, E SCHULMANN, L. CLEISZ, R. DESNOYERS et A. FOUET. 1 volume in-8° de 1.020 pages avec 349 fig. dans le texte et 12 planches en couleurs hors texte. Relié : 220 fr.

Nous avons déjà annoncé les deux premiers volumes du *Traité de la Syphilis* de Jeanselme et Sézary. La publication se poursuit régulièrement. Le troisième volume est déjà en vente. Il est presque entièrement consacré à l'étude des symptômes cutanés de l'infection. Il faut signaler cependant d'importants chapitres sur la contagion (Jeanselme et Y. Bureau), sur l'immunité (Marcel Pinard), sur la septicémie syphilitique (Sézary), sur le biotropisme en syphiligraphie (Milian).

Nous avons déjà fait l'éloge du *Traité de la Syphilis*. Le troisième volume ne dépare pas les deux premiers. Il suffit de lire la liste des collaborateurs, dont quelques-uns sont parmi les maîtres de la syphiligraphie française et dont les autres sont leurs dignes élèves, pour être assuré de la haute tenue de l'ouvrage. CLÉMENT SIMON.

La spécificité biologique. Anaphylaxie, Immunité, Hérédité, par A. Martiny, H. Prétet et A. Berné. 1 volume de 212 pages. Masson et Cie, édit., 35 fr.

Que ceux qui prétendent qu'il n'y a pas lieu de renforcer les études des sciences, dites accessoires, dans la formation médicale, veuillent bien jeter un coup d'œil sur le livre de MM. Martiny, Prétet et Berné. Ils auront beau lire Horace dans le texte et pouvoir réciter des passages de l'Enéide, ils n'en resteront pas moins pantois devant les explications physico-chimiques que l'on tente aujourd'hui de donner à des phénomènes qui intéressent les médecins au premier chef : l'anaphylaxie, l'immunité, l'hérédité, la spécificité biologique, la thérapeutique, l'homéopathie. Je ne veux certes pas dénigrer « l'esprit de finesse » que donnent les études classiques. Elles sont fort utiles au médecin dans sa formation et même, et peut-être surtout, dans la pratique de son art. Mais il ne faut pas s'en tenir là, sous peine de ne plus pouvoir comprendre les recherches modernes et, à plus forte raison, y participer. Si l'on pense que les programmes seraient trop chargés, qu'on fasse alors deux catégories de médecins, sinon notre corps médical devra se borner à l'application des données nouvelles que lui indiqueront des esprits plus évolués. Qui ne sentirait la décadence que comporterait cet état de choses ?

Lisez ou essayez de lire le livre dont je vous parle. Faites-vous aider, comme j'ai dû le faire et vous serez récompensé, car il vous aura ouvert de belles avenues sur les mystères qui entourent les phénomènes de la vie. Clément Simon.

Claso-vaccins et clasines. travaux et documents 1929-1932. 1 volume de 253 pages, abondamment illustré, par Hubert Jausion, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce, Médecin de l'Hôpital Villemin.

Depuis 1929, H. Jausion, aidé de ses collaborateurs, a publié un grand nombre de travaux sur les vaccins et la vaccinothérapie, principalement en dermatologie. Il a eu la bonne idée de les réunir en un volume qui devient le résumé de trois années de recherches qui font honneur à la fois à la science, à l'imagination et à l'originalité de l'auteur. Nul ne reste indifférent devant l'œuvre de Jausion comme devant sa personnalité. Une intelligence vive servie par une extraordinaire facilité verbale, une grande puissance de travail, une extrême sensibilité, voilà, je crois, les caractéristiques de l'homme. Son œuvre en découle. Elle porte l'empreinte à la fois de ces qualités et des défauts de ces qualités. Ne parlons que des défauts : hypothèses hardies, thérapeutique s'écartant des voies classiques, emploi d'un langage trop riche qui étonne font de Jausion, qu'il écrive ou qu'il parle, un auteur difficile. Quant aux qualités, le lecteur les trouvera facilement. Elles abondent. Clément Simon.

Iconographia urologica, publiée par la Société allemande d'urologie, par A. Rotschild, V. Blum et F. Necker. Berlin, 1932, 4e livraison (11 figures en couleurs, 14 en noir).

Intéressante publication iconographique de cas urologiques plus ou moins exceptionnels, plus ou moins typiques : images de pièces anatomiques, figures de cystoscopie, radiographies, etc., sont accompagnées chacune d'une courte observation. Ensemble très varié et fort instructif. Ch. Audry.

La tuberculose de la peau (Gruzlica skory), par Bernhardt, Bruner et Racinowski. 1 volume de 133 pages et 37 figures (Poznan, 1932).

Premier volume d'une série de Précis destinés aux médecins non spécialisés et aux étudiants, ce livre, fruit de la collaboration d'un éminent clinicien, d'un histologiste et d'un électrothérapeute, est un modèle d'exposé didactique, clair, sobre et éminemment instructif. Il est allégé de toute controverse relative à des questions encore à l'étude et de toute indication bibliographique. Par le talent des descriptions cliniques, la clarté du diagnostic, le choix des figures, toutes recueillies dans les services respectifs des auteurs, ce livre porte l'empreinte du grand clinicien qui a présidé à sa publication.

En raison de son importance sociale et de sa fréquence en Pologne, le lupus a été étudié avec le plus d'ampleur.

Le chapitre de l'électrothérapie des tuberculoses cutanées est traité d'après l'expérience personnelle et la consciencieuse observation de son auteur. S. Fernet.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SUR UN CAS DE MYCOSIS FONGOÏDE D'EMBLÉE A MARCHE EXTRÊMEMENT BÉNIGNE

Par le professeur EMANUEL FREUND (de Trieste),
Docent à l'Université royale de Rome.

D'après la statistique de Gerwig, il a été publié, de 1883 à 1892, plus de 602 cas de mycosis fongoïde ; j'y ai pu ajouter encore environ 170 cas, relevés de 1927 à octobre 1931 dans le *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*. On ne saurait donc considérer le mycosis fongoïde comme une affection particulièrement rare, et cependant il règne à son sujet une obscurité encore profonde, notamment relativement à son étiologie. Seule, l'étude de quelques cas choisis, faite au point de vue clinico-morphologique et histologique pourra nous faire pénétrer davantage dans la connaissance de sa nature. C'est pourquoi il m'a paru d'un certain intérêt de publier le cas suivant, qui, à mon avis, peut être considéré comme extrêmement rare.

OBSERVATION

M. C..., 37 ans, négociant à Trieste.

Antécédents de famille. — Ses parents sont vivants, bien portants, de même que deux frères et une sœur.

Antécédents personnels. — Le sujet n'a jamais été malade, ni dans son jeune âge, ni dans la suite, et il ne se rappelle pas, en particulier, avoir jamais souffert du côté du poumon. C'est en 1921 qu'il entra chez moi en traitement pour une syphilis primaire et secondaire. Déjà, au premier examen du malade, je remarquai, dans la région lombaire droite, une nodosité parfaitement indolente, de la grosseur d'une cerise, de couleur brun-rouge, de consistance dure ; le patient déclara l'avoir remarquée depuis déjà quatre ans environ, mais qu'elle ne l'avait jamais incommodé et qu'elle était demeurée de la même grosseur. Il me fut alors impossible de faire un diagnostic, et, eu égard aux décla-

rations du patient, je pensai tout d'abord à la possibilité d'un fibrome ou d'une malformation congénitale, que je me réservai d'observer ultérieurement et d'examiner plus attentivement. Dans la suite, les nodules continuaient, en effet, de présenter toujours la même grosseur et le même aspect ; puis, comme le patient refusait de se laisser examiner sur ce point d'une manière plus approfondie, et de permettre l'excision, je voyais la tumeur de plus en plus rarement. Entre temps, il guérit de son infection syphilitique et demeura longtemps sans venir me revoir. Mais quand je le revis, il y a six mois, je pus constater que la tumeur avait, dans l'intervalle, totalement changé de caractère et présentait maintenant le tableau typique d'un mycosis fongoïde, diagnostic que contredisaient cependant la mine florissante et l'augmentation évidente du poids du patient, ainsi que le fait que la tumeur, devenue énorme, entre temps, ne l'incommodait pas le moins du monde, et, pour cette raison, il n'avait pas l'air de s'en soucier beaucoup. Ce n'est que lorsque je lui eus fait remarquer la gravité de son cas, qu'il se décida à se laisser examiner et à se soumettre au traitement.

État actuel. — Haute stature, charpente osseuse puissante, muscles très bien développés, mine d'homme très bien portant. Tous les organes internes sont normaux. La palpation ne révèle nulle part de ganglions lymphatiques grossis. Rien d'anormal dans l'urine. Wassermann, cutiréactions avec la luétine, la trichophytine (« Fineatoxon » de Pollacci) sont négatifs. Mantoux fortement positif. L'hémoculture, faite par le Prof. Lœwenstein, a donné un résultat négatif, quant au bacille tuberculeux.

Examen radiologique du poumon (par le Dr Giorgio Gortan, de Trieste). — Aux sommets, surtout au droit, ombres légères consistant en fines stries et petites taches de type scléreux cicatricel. Ombre de petites taches dans les deux fosses sous-claviculaires, surtout du côté droit. Ici l'on trouve, dans la région du hile, un petit foyer parenchymateux de calcification, provenant probablement d'un complexus primaire. Dans la région hilaire à gauche, et surtout à droite, on voit beaucoup d'ombres provenant de ganglions et de nombreuses stries.

Examen quantitatif et qualitatif du sang (par le Dr C. Alberto Lang, assistant à l'Institut anatomo-pathologique de l'Ospedale Regina Elena, de Trieste) :

Hémoglobine	98 o/o
Globules rouges	4.896.000
Globules blancs	8.992
Lymphocytes	32 o/o
Polynucléaires neutrophiles	59 »
Monocytes	4,95 »
Mastleucocytes (basophiles)	0,05 »
Éosinophiles	3,0 »
Cellules ayant plutôt le caractère de lymphoblastes	1 »



Fig. 1 *a*.

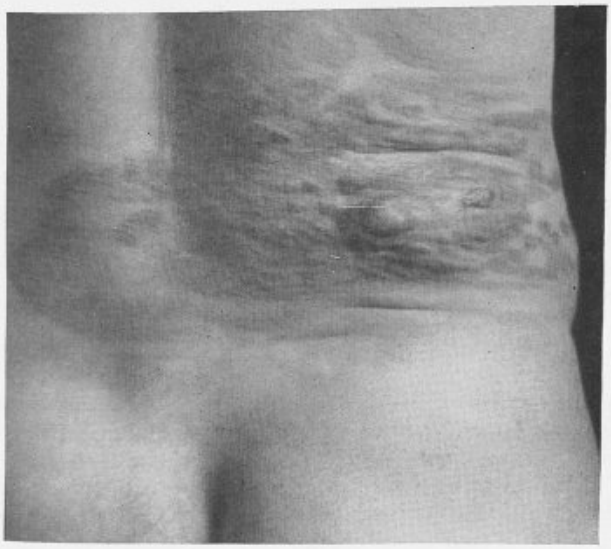


Fig. 1 *b*. — Aspect de la tumeur primitive.

Globules rouges, normaux. Lymphocytes de grandeur moyenne, prédominants. Petits lymphocytes (proleucocytes), rares.

Description de la lésion. — La lésion consiste en infiltrats en partie superficiels, rouge pâle, élevés en arabesque, à disposition serpigineuse, en bande ; en partie de la grosseur d'une noisette à celle d'une châtaigne. Elle commence à 5 travers de doigt à gauche de la ligne médiane postérieure, comprend toute la moitié droite du corps et se termine en avant à environ 16 centimètres de la ligne médiane antérieure, au niveau de l'ombilic (voir fig. 1*a*, 1*b* et 2). La lésion située sur le flanc droit de l'abdomen consiste en deux infiltrats à peine perceptibles au doigt palpateur et qui forment des figures gyriées, élevées en arabesque, embrassant presque toute la région abdominale droite et dont la supérieure se termine par un infiltrat cutané superficiel, violet-bleu, plat, de forme ovalaire et large comme une ancienne pièce de 5 francs, infiltrat qui est bordé d'un bourrelet marginal, large de 3-4 millimètres, rouge bleuâtre. Les infiltrats possèdent une surface lisse, coupée toutefois par un certain nombre de nodules brillants rouge-brun clair, de la grosseur de petits pois et qui, à la vitropression, présentent une coloration légèrement brunâtre. Les figures en arabesque, mentionnées plus haut, s'étendent ensuite vers les arcs costaux où elles se réunissent en une seule masse tumorale, en plateau, large comme la paume de la main, et qui ensuite se perd vers le bas dans la peau normale. Le groupe inférieur d'infiltrats, qui forme également des figures élevées en arabesque, commence par un foyer ovale, ne comporte pas de lisière nettement dessinée et renferme plusieurs nodules s'élevant au-dessus du niveau ambiant et qui sont brillants, quelque peu transparents, gros comme des lentilles ou des petits pois. A ce groupe succède, coupée par une étroite bande de peau normale, une chaîne de nodules, en brochette de monnaie ou de rognons, larges comme une pièce de 1 franc, dépassant le niveau avoisinant de 4 millimètres ; puis, à gauche, une autre chaîne de nodules de la grosseur d'un haricot ou d'une cerise, à laquelle s'adjoint alors une large masse, grosse comme le poing, de tumeurs d'aspect tubéreux, de couleur rouge cerise à bleuâtre et qui sont disposées, en demi-cercle, autour d'une tumeur de la grosseur d'une prune, dépassant le niveau cutané avoisinant d'environ 1 cm. 1/2, de forme ovale, d'un éclat bleuâtre au milieu, à bords couleur chair. Au toucher, cette tumeur est assez dure ; elle n'est pas douloureuse, même sous une forte compression, et elle se déplace facilement sur son substratum ; elle est précédée d'un infiltrat en bande, plat, en arabesque, à disposition serpigineuse. A gauche de cette partie et envahissant déjà l'autre moitié du tronc, s'étend, sur un large demi-cercle, d'environ 2 décimètres de diamètre horizontal, un infiltrat cutané décoloré en violet-rouge à bleuâtre, plat, également en bande, large d'environ 2 centimètres, au milieu duquel siège un nodule rond également plat, de la dimension d'une ancienne pièce de 5 francs. La peau de tout le reste du corps est normale, et, en particulier, exempte de tout symptôme de mycosis fongoïde.

En résumé, nous pouvons dire que, chez notre patient, nous avons affaire à un certain nombre de tumeurs solitaires, disposées par groupes, grosses comme de petites cerises ou des prunes, non ulcéreuses, et dont la plus grosse a un aspect de prune — tumeurs qui, de toutes parts, sont entourées d'infiltrats en bande, élevés en arabesque, à disposition serpigineuse ou semi-lunaire, ne dépassant que de peu le niveau de la peau (bandes de propagation), caractéristiques du mycosis fongoïde.

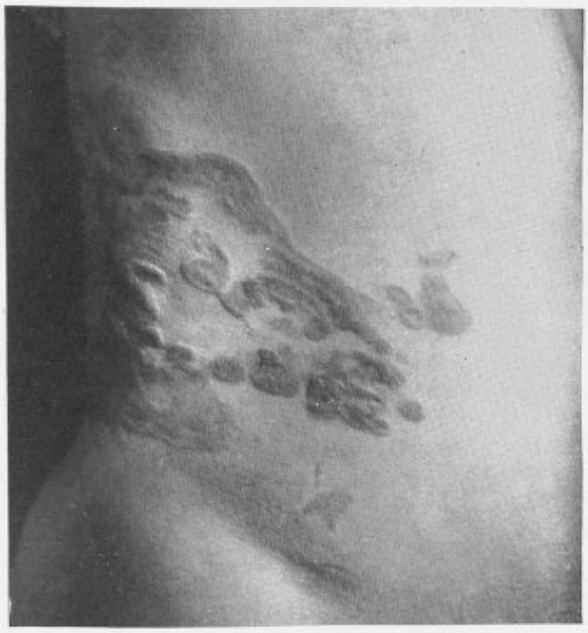


Fig. 2. — Infiltrats à disposition en arabesques et en pièces de monnaie.

Examen histologique. — Pour faire l'examen histologique, on excisa un petit nodule de la grosseur d'une petite cerise du milieu de la partie où se trouvaient les plus gros nodules. A cette occasion, il a été noté que les masses tumorales s'étendaient jusqu'à l'hypoderme, qu'elles étaient d'une dureté singulière et qu'elles ne saignaient presque pas à l'excision. Les préparations en ont été faites, suivant les méthodes ordinaires, à l'Institut anatomo-pathologique de l'Ospedale Regina Elena, de Trieste (directeur : Dr Enrico Ferrari).

Faible grossissement. — *L'épiderme* est en partie rétréci, en partie

modérément élargi en bien des points. Les cônes sont tantôt courts et larges, tantôt minces ; ailleurs, ils manquent sur de grandes étendues. Beaucoup de papilles sont gonflées par l'œdème. Le corps papillaire présente également de l'œdème à un degré modéré et forme une bande assez large, exempte de masses d'infiltrats, coupée de vaisseaux lymphatiques.

Le derme est le siège de fortes masses d'infiltrats qui s'étendent, à leur limite inférieure, jusqu'à la région des glandes sudoripares et dans lesquelles tous les organes annexiels de la peau sont presque totalement détruits. A l'intérieur de ces masses d'infiltrats, l'on voit de nombreux trabécules de tissu conjonctif formant un réticulum.

Fort grossissement. — La couche cornée présente une hyperkératose modérée et forme dans tous les orifices des bouchons cornés constitués par des lamelles concentriques.

La couche granuleuse présente, en de nombreux points, de l'œdème et des contours très légèrement marqués de disparition de kératohyaline.

La couche épineuse est le plus souvent amincie au-dessus des papilles ; en d'autres points, elle comporte jusqu'à huit couches. Les cellules épineuses, normales en général, présentent par endroits de la vacuolisation périnucléaire. Celle-ci est particulièrement prononcée dans la paroi de quelques follicules entourés de cellules de tissu conjonctif fixes, proliférés (voir fig. 3). Les noyaux contenus dans les vacuoles présentent tantôt du gonflement, tantôt de la rétraction, tantôt de la pycnose. Presque toutes les cellules, même celles des couches supérieures, montrent un actif développement de caryocinèse. Entre les cellules épineuses on voit, çà et là, quelques cellules migratrices.

La couche basale est partout normale, et ce n'est que là où il existe de la vacuolisation dans la couche épineuse que les cellules basales y participent.

Derme. — Les papilles sont tantôt effacées, tantôt très étroites, tantôt larges, gonflées par l'œdème ; les vaisseaux capillaires sont dilatés au maximum, possèdent des noyaux endothéliaux fortement gonflés et sont souvent bourrés de globules rouges. Par endroits, les capillaires se rapprochent de très près des cellules basales, et l'épiderme y est très rétréci. Ils sont entourés d'un infiltrat, léger le plus souvent, consistant principalement en lymphocytes et cellules épithélioïdes.

Le corps papillaire forme partout une bande exempte de masses d'infiltrats ; à l'intérieur se trouvent, tout comme dans la couche sous-papillaire, outre les vaisseaux sanguins fortement dilatés et remplis à éclater de globules rouges, encore des vaisseaux lymphatiques nombreux, dilatés au maximum. Au-dessous de la bande qui en est exempte, s'étendent de fortes masses d'infiltrats, qui sont traversées par un réticulum formé de faisceaux collagènes et s'avancent jusqu'à la région des glandes sudoripares. A leurs bords se trouvent des infiltrats en masses plus petites et entourés de tissu conjonctif collagène resté conservé. Du

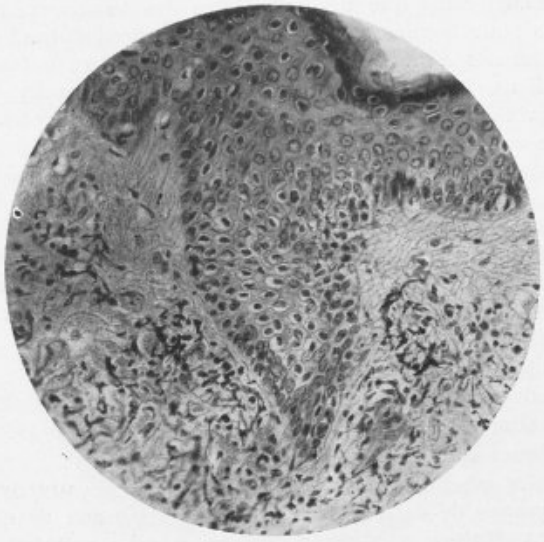


Fig. 3. — Forte vacuolisation des cellules d'un follicule entouré de cellules de tissu conjonctif proliférées fixes. On voit dans le corps papillaire la bande limite, exempte d'éléments d'infiltration.

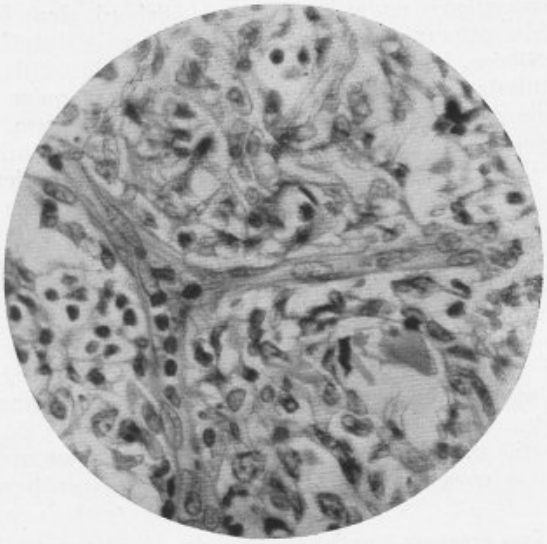


Fig. 4. — Infiltrat spécifique autour d'un vaisseau. On y voit nettement les cellules de mycosis.

réticulum susdit, ainsi que des adventices des vaisseaux, partent des fibres minces pour former un fin réseau, au milieu duquel se trouvent les divers éléments d'infiltrat, fait qu'on peut mettre particulièrement bien en évidence à l'aide de la méthode de Bielschovsky (voir fig. 5 et 6) (1). Les éléments concourant à la formation des grandes masses d'infiltrats se composent :

1° en majeure partie de cellules de diverses grandeurs, à noyaux de forme ovale, ou ronde, ou irrégulièrement carrée, ou lobulée (voir fig. 4), qui sont d'autant plus pâles qu'ils sont plus grands et qui possèdent une structure alvéolaire, 1 ou 2 nucléoles et des figures caryocinétiques vives, mais régulières. Pour abréger, nous appellerons ces cellules, avec Paltauf, « cellules mycosiques ». Le nombre de leurs noyaux oscille entre 1 et 10 ;

2° de lymphocytes à noyaux fortement colorés ;

3° de grandes cellules ovales, à noyau vésiculaire clair et corps protoplasmique allongé ou étoilé (fibroblastes) ;

4° de quelques cellules éosinophiles ;

5° de cellules géantes qui possèdent de 6 à 10 noyaux ovales, pâles, disposés en grappe de dattes, et qui correspondent aux grandes cellules polynucléaires. Mais il y a aussi de très grandes cellules géantes de forme allongée qui renferment deux séries de très gros noyaux ovales, disposés parallèlement et des lymphocytes phagocytés, et qui ressemblent beaucoup à des vaisseaux détruits. A part cela, on ne trouve pas d'autres formes de cellules géantes ;

6° de plasmazellen : on les trouve, tout d'abord, dans les infiltrats péri-vasculaires entourant les anses capillaires, puis dans les infiltrats du corps papillaire. Elles n'existent qu'en petit nombre dans les grandes masses d'infiltrats mêmes, et ce n'est que rarement qu'on trouve des symptômes de dégénérescence nucléaire ou de plasmolyse. Aux bords des grandes masses d'infiltrats et à l'intérieur des petits infiltrats périvasculaires, il y a un plus grand nombre de plasmazellen, et on y trouve aussi quelques plasmazellen géantes et des fragments de plasmazellen ;

7° de mastzellen : on en trouve de toutes les formes, aussi bien à l'intérieur des éléments d'infiltration des papilles que dans le corps papillaire. Elles sont particulièrement nombreuses dans le voisinage des follicules en dégénération kystique et des glandes sébacées atrophiées. On n'en trouve que très peu dans le grand infiltrat.

Outre les masses d'infiltrats dont il vient d'être question, l'on voit par places et surtout à leurs bords, des traînées denses de cellules de tissu conjonctif proliférées fixes, qui tantôt bordent les masses d'infiltrats, tantôt, se conglobant en un plexus ramifié, pénètrent entre les

(1) Il nous faut renoncer à parler en détail des fibrilles en treillis, pour ne pas dépasser le cadre de ce travail.



Fig. 5. — Vaisseau entouré de fibrilles en treillis.
On voit dans le voisinage le réticulum.

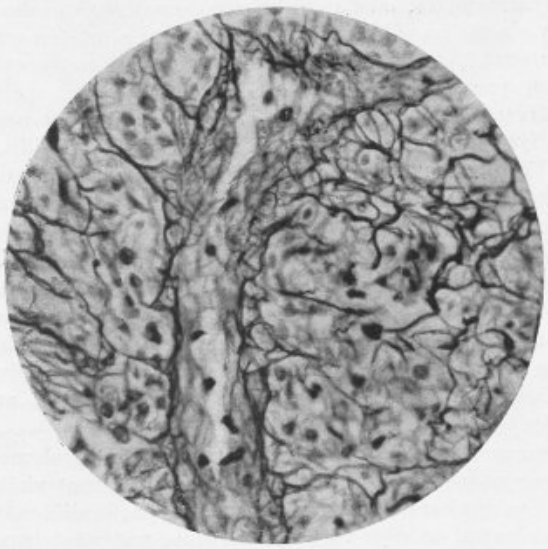


Fig. 6. — Le même réticulum fortement agrandi.

infiltrats. Même les anses capillaires des papilles sont, à ces points, entourées en manteau d'un réseau plus ou moins dense de cellules de tissu conjonctif proliférées, qui, de là, envoient beaucoup de cellules migratrices dans l'épiderme. De même, les autres vaisseaux touchant à ce réseau de tissu conjonctif, ainsi que les follicules pileux et glandes sudoripares atrophiées, sont entourés d'un réseau fibreux dense. Dans la région du tissu conjonctif néoformé, l'on voit que le nombre des éléments d'infiltrats est plus faible, notamment celui des « cellules de mycosis ». On y trouve également de nombreux débris de noyaux et de nucléoles dégagés.

Vaisseaux. — La tunique interne de tous les vaisseaux est fortement proliférée, les noyaux en sont très gonflés. De très nombreux vaisseaux présentent de la dégénérescence hyaline et des parois épaissies au point que la lumière en est presque complètement bouchée, ce à quoi contribuent également les noyaux endothéliaux extrêmement tuméfiés. D'autres vaisseaux ont leurs parois complètement détruites par la dégénérescence hyaline, au point que les noyaux conservés ressemblent à des cellules géantes (voir plus haut). Beaucoup de ces vaisseaux forment des cordons solides dans lesquels on trouve des noyaux pâles, de forme ovale. D'autres vaisseaux, même de plus grands, présentent de la prolifération ; d'autres ont l'adventice et la tunique moyenne parsemées de lymphocytes et de noyaux endothéliaux, alors que la tunique interne épaissie est exempte de noyaux, et c'est alors qu'on voit dans la lumière fortement rétrécie, outre de nombreux globules rouges, par-ci, par-là, des lymphocytes, ou des cellules éosinophiles, ou des cellules de mycosis. Il y a certains vaisseaux dont il ne reste plus rien qu'un anneau de tissu conjonctif effiloché, au milieu duquel se trouvent une membrane tendre, partie homogène, partie vacuolisée, et, pêle-mêle, des noyaux de diverses formes, ainsi que quelques globules rouges.

Vaisseaux lymphatiques. — Comme nous l'avons déjà dit, on trouve au bord de l'infiltrat, et même parfois à l'intérieur, de nombreux vaisseaux lymphatiques fortement dilatés, à noyaux endothéliaux gonflés.

Annexes de l'épiderme. — Aux points où de fortes masses cornées obstruent les orifices des follicules, les parois folliculaires présentent une vacuolisation périnucléaire considérable. Celle-ci se voit également dans le cas où des cellules de tissu conjonctif proliférées fixes entourent le follicule (*voir* fig. 3). A l'intérieur des masses d'infiltrat, les follicules accusent une atrophie de degré élevé. Même les glandes sébacées qui y sont comprises participent, bien qu'à un moindre degré, au processus atrophique (*voir* fig. 7).

Les canaux excréteurs des glandes sudoripares sont également oblitérés par des masses cornées ; les quelques conduits qui sont visibles dans la préparation, ne présentent pas d'altérations particulières. Quant aux glandes sudoripares, on n'en voit que quelques restes totalement détruits au milieu du réseau de tissu conjonctif fixe.

Les arrecteurs sont hypertrophiés et parcourent en tous sens les infiltrats qui les enserrent.

Réseau fibreux élastique. — Il est en général bien conservé. Cela est surtout vrai des papilles exemptes de fort œdème, mais dans les papilles très œdématiées et envahies d'infiltrats, les fibres élastiques y font en majeure partie défaut, sont déchirées ou réunies en pelotes. Dans le corps papillaire s'étend le long de toute la limite inférieure de l'épiderme, un réseau de fibres élastiques bien conservé. En dedans de la bande de bordure exempte d'infiltrats, l'élastique manque en grande partie. Mais

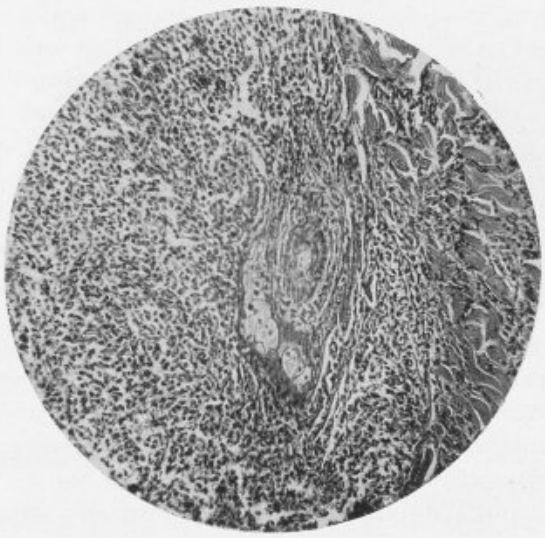


Fig. 7. — Follicule inclus dans des masses d'infiltrat.

dans les masses d'infiltrats mêmes, l'on ne voit que quelques fines fibrilles. Les faisceaux collagènes formant le réticulum sont accompagnés de fibres élastiques bien conservées, qui augmentent de grosseur au fur et à mesure qu'on approche des couches inférieures et qui contournent les petits foyers d'infiltrats. Les vaisseaux sanguins qui parcourent le corps papillaire et l'intérieur des masses d'infiltrats, présentent en général un réseau fibreux fort peu conservé. Les fibres élastiques sont bien conservées autour des canaux visibles. Par contre, celles entourant les follicules à dégénérescence kystique font presque totalement défaut, et ce n'est que dans l'espace étroit qui se trouve entre

eux et les glandes sébacées y appartenant qu'on les trouve amassées en un réseau dense de fibres déchiquetées et morcelées par dégénérescence. La couche élastique est normale dans les couches dermiques profondes, exemptes d'infiltrats.

Si, maintenant, nous considérons dans l'ensemble les détails histologiques que nous venons de présenter, nous pouvons dire qu'ils constituent les caractères du mycosis fongoïde et qu'ils ne présen-

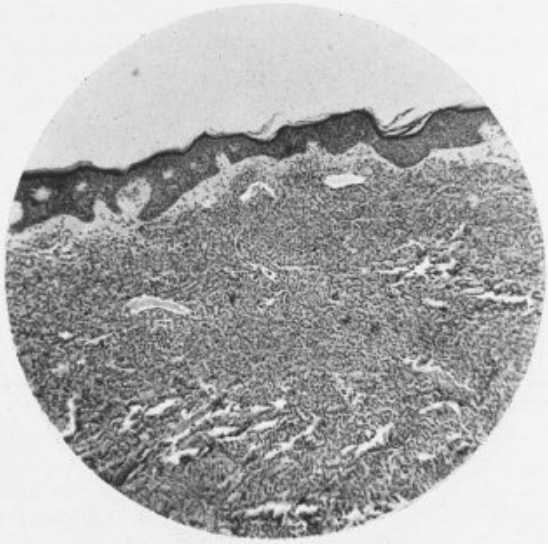


Fig. 8.

tent peut-être que les déviations suivantes de la normale, savoir : 1° toute absence d'altérations régressives de l'épiderme, bien que l'excision ait été faite dans le voisinage immédiat de la tumeur la plus ancienne; 2° absence de dégénérescence nucléaire et de plasmolyse ; 3° cellules éosinophiles en petit nombre (comme dans le sang).

Diagnostic et diagnostic différentiel

Il est peut-être superflu, dans notre cas, de nous livrer à une discussion, approfondie du diagnostic clinique et du diagnostic diffé-

rentiel, qui ne comportent aujourd'hui plus aucune difficulté. Rappelons toutefois, pour ne rien négliger, les affections dont il peut être tenu compte éventuellement dans le diagnostic différentiel. Ce sont : les tumeurs leucémiques et pseudo-leucémiques qui, à l'occasion peuvent se présenter sous une forme analogue à celle de la lésion initiale de notre malade, mais elles purent, dans notre cas, être facilement éliminées par l'examen du sang et l'absence complète de tuméfaction des glandes lymphatiques, de même que la lymphogranulomatose. Ensuite la localisation et l'absence de la forme connue de l'affection des mains et des pieds contre-indiquaient le sarcome hémorragique multiple idiopathique de Kaposi. La mine florissante du malade excluait, d'autre part, les sarcomes cutanés multiples (type Neumann) qui ressemblent tant aux tumeurs mycosiques. En présence de la réaction de Mantoux positive et de l'examen radiologique du poumon, qui y décelait de la tuberculose, on pouvait également penser à un granulome tuberculeux atypique ; mais on dut exclure cette éventualité en présence des conditions morphologiques objectives de la lésion. Et si, avant de pratiquer la biopsie, il eût pu surgir des doutes quant à la justesse du diagnostic de « mycosis fongoïde », ils n'eussent pu se fonder que sur ce fait assurément extraordinaire que notre malade a porté sa tumeur pendant au moins 15 ans, sans en être incommodé le moins du monde, et que, même pendant cette période, il s'est toujours bien porté et a augmenté de 15 kilos, malgré la syphilis secondaire acquise entre temps et un traitement antisyphilitique d'une durée de plusieurs années, et malgré qu'il fût tuberculeux. Mais ces doutes furent levés à la suite de l'examen histologique et de l'avis du professeur Gans, à qui les préparations avaient été envoyées en raison de la singularité du cas, et la prompte disparition des tumeurs à la suite d'applications de rayons X — malheureusement suivies de symptômes de récidive dès la suspension du traitement — vint confirmer la justesse du diagnostic, au cas où il en eût été besoin.

Marche et traitement

Comme nous l'avons déjà dit, le patient s'était porté le mieux du monde pendant toute la durée de la période où il avait cessé de

me voir. Revenu en 1931, il fut aussitôt soumis à un traitement rœntgénologique approprié et, plus tard, à un traitement néosalvarsanique intramusculaire (Néo — J. C. J. — Castelli). L'application des rayons X fut faite par le docteur Giorgio Gortan de la manière suivante :

On divisa la lésion qui avait alors les dimensions données plus haut, en 6 champs, et l'on en irradiait chacun avec 4 H (800 H français); filtre d'aluminium : 1 millimètre, distance de l'anticathode de la peau : 30 centimètres. Temps d'exposition : 6 minutes. Milliampères : 4. Kilovolts : 135 (au maximum). A la suite de ce premier cycle se produisit une prompte disparition de tous les infiltrats, et, de tout le complexe de tumeurs et d'infiltrats, il ne demeura qu'une ombre pâle, bleuâtre foncé, reproduisant quasi toutes les figures pathologiques qu'il y avait eues, tandis que la peau elle-même qui avait été le siège de la lésion présentait une infiltration par endroits plus ou moins forte, signe avant-coureur de la récidive, qui se produisit déjà au bout de trois mois. Celle-ci consistait en une infiltration de plus en plus marquée des parties cutanées intéressées. L'état du patient, qui avait supporté, presque sans réaction, le premier traitement de si longue durée, demeurait cependant toujours également très bon. En présence de cette récidive, on reprit l'irradiation décrite plus haut, mais en la répartissant sur quatre champs seulement, suivant la même technique; puis deux mois après, on la répéta de la même manière, sans attendre une récidive. Cependant, déjà après deux nouveaux mois écoulés, on dut reprendre l'irradiation (suivant la même technique), parce que les régions traitées montraient de nouveau une tendance à l'infiltration, et qu'il s'était formé un nouveau foyer superficiel, rouge, large comme une pièce de 2 francs, au bord postéro-supérieur de la lésion. L'état du malade était excellent à cette époque et l'est demeuré jusqu'à présent. Le 29 décembre, son poids est de 100 kilos. Tous les infiltrats ont disparu. Aux endroits qui avaient été le siège de la masse principale des tumeurs, la peau jadis dure est maintenant, au toucher, molle comme de la pâte. On continue les injections de néosalvarsan.

Epicrise

Ici encore nous pouvons être bref. Il est évident que, dans notre cas, il s'agit d'un mycosis fongoïde d'emblée, du type inverse, appartenant à cette subdivision dans laquelle les phénomènes cutanés consécutifs aux tumeurs primitives ne représentent que « des altérations localisées, limitées au voisinage des tumeurs et se distinguant par une stabilité plus grande, même accrue, des processus pathologiques ; ils ont été décrits comme étant des phénomènes prurigineux le plus souvent délimités en arc d'infiltration plate, augmentant éventuellement par poussées successives, desquamants, parfois aussi érythémato-urticariens » (Herxheimer et Martin). Quant à la lésion initiale, elle appartient au « type tumeur », si l'on veut s'en tenir à la division établie par Arzt.

Jusqu'ici, notre cas ne nous offrirait, en réalité, rien de nouveau et il pourrait tout simplement s'ajouter à d'autres observations analogues, publiés jusqu'à ce jour, s'il ne comportait pas des caractères tout particuliers. C'est, d'abord, la période de temps énormément longue qui s'est écoulée entre l'apparition de la lésion initiale et les phénomènes locaux ultérieurs. A ce point de vue, le cas de Rona, où cette période n'a été que de 4 ans, pouvait déjà être considérée comme un fait d'une rareté toute particulière. A l'opposé de mon cas se présente le cas de mycosis d'emblée de Bussalai où il ne s'est écoulé que quatre mois entre l'apparition des lésions initiales, leur nécrose et la mort du patient (1). C'est ensuite l'absence de phénomènes de destruction des tumeurs, malgré leurs 15 ans d'existence. Or, c'est justement la tendance à la dégénération ulcéreuse qui, d'après Herxheimer et Martin, constitue une particularité dont il importe de tenir compte en première ligne dans l'établissement du diagnostic de « mycosis fongoïde d'emblée ». C'est, en troisième lieu, l'état de santé florissant du patient, malgré ses 15 ans d'affection. Enfin, c'est l'absence absolue de tout malaise, notamment de prurit. D'ailleurs, il est à remarquer que, dans les formes tumo-

(1) En 1930, j'ai publié un cas analogue, à marche extrêmement défavorable, de mycosis fongoïde non d'emblée, mais appartenant au type classique. Il ne s'est passé que quinze mois entre l'état de santé extrêmement florissante et la mort.

rales pures, ce symptôme passe tout à fait à l'arrière-plan ou même n'existe pas du tout.

La singularité de mon cas m'avait naturellement engagé à rechercher des cas analogues dans la littérature. Malheureusement il ne m'a pas été possible de faire une révision de tous les travaux parus, en original ou en analyse, sur le mycosis fongoïde, en nombre par trop considérable. Je me suis borné à relever, dans le *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, les cas de mycosis fongoïde qui y ont été analysées dans ces dix dernières années et qui peuvent être comparés au mien, à un titre quelconque :

1° Cas de Kerl : il ressemble au mien en ce que « certains foyers comportent un liseré particulier d'étroites bandes d'infiltrats » ;

2° Cas de Sézary et Schulmann : il est presque identique au mien aux points de vue morphologique et clinique et le siège des tumeurs est le même ; il ne diffère du mien que par sa durée, qui n'est que de 5 ans ;

3° Cas de Bruno Bloch : la tumeur primitive y existait depuis 3 ans. De la partie centrale « s'étendaient en divers sens des ramifications en pinces d'écrevisses qui, au toucher, se sentaient dures comme les parties centrales elles-mêmes ».

Je n'ai pu trouver d'autres cas analogues au mien. Par contre, le *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie* nous a donné, tout dernièrement, un cas intéressant de Ravaut où le mycosis fongoïde était apparu, 20 ans auparavant, sous la forme de plaques érythémateuses et avait continué d'exister, pendant 8 ans encore, sous la forme d'une dermatite végétante, avec état satisfaisant du malade. Quant au reste, en repassant les cas analysés dans le *Zentralblatt* et nombre de travaux originaux sur le mycosis fongoïde, j'ai pu m'assurer de ce fait que c'est notre cas qui a eu la marche la plus favorable de tous les autres publiés jusqu'à présent. Naturellement, nous ne voulons pas par là préjuger du pronostic relativement à la marche ultérieure de l'affection, étant donné la grande extension de la lésion et ses récidives réitérées, malgré plusieurs cycles d'irradiations radiologiques. Mais ce qui me paraît plus intéressant que la question de la comparaison de notre cas avec d'autres cas analogues, publiés jusqu'à présent, c'est, il me semble, de chercher à trouver une explication quelconque de la marche jusqu'à présent si favorable de l'affection en question. A ce

point de vue, et abstraction faite des éventualités bonnes ou mauvaises qui peuvent se produire dans le mycosis fongoïde, il me semble qu'il n'est pas illogique de penser que le traitement mixte, salvarsanique et bismuthique, intensif, poursuivi pendant des années, ait pu influencer favorablement l'affection mycosique elle-même. Le fait est qu'au dire du patient, l'augmentation de la tumeur a commencé justement dans la période où il ne venait plus nous voir pour se faire traiter.

Il reste à savoir encore si la marche bénigne de l'affection de notre patient s'est traduite également au point de vue histologique. C'est dans le sens affirmatif qu'on peut répondre à cette question, si l'on tient compte des faits particulièrement importants, signalés plus haut dans le résumé de l'examen histologique, savoir : 1° absence de toutes altérations régressives dans l'épiderme (abcès intra-épithéliaux, altérations eczématoïdes, symptômes d'infection secondaire), et 2° absence de dégénérescence cellulaire et nucléaire, bien qu'on eût choisi, pour la biopsie, le nodule le plus âgé. Quant à savoir si, dans notre cas, la néoformation particulièrement prononcée de tissu conjonctif proliféré fixe doit être considérée comme le début d'une formation cicatricielle, cela me paraît invraisemblable, étant donné que l'on connaît la prolifération du tissu conjonctif fixe et la disparition des éléments d'infiltrats dans la régression, spontanée et thérapeutique, de nodules mycosiques et que, d'après Paltauf et Scherber, le véritable tissu de granulation et la formation de cicatrices font défaut dans le mycosis.

Notre cas paraît encore présenter un certain intérêt au point de vue étiologique, car il appartient, sans aucun doute, aux cas qui, en raison de leur début particulier sous forme d'une espèce de « plaque initiale » (Hallopeau) et de sa propagation serpigineuse en forme de demi-cercles, militent en faveur de l'hypothèse d'une étiologie parasitaire. — Les faits observés dans l'examen du sang de notre patient ne réclament pas une discussion particulière. Ils correspondent assez à ceux que l'on constate d'ordinaire dans le mycosis fongoïde.

Quant à l'état des poumons du patient, tel que les rayons X l'ont mis en évidence, on pourrait être presque tenté de le comparer avec les états découverts par Kuznitzky et Bittdorff dans le sarcoïde de Bœck et observés plus tard par Martenstein, Ledermann, Smolka

et Rosenthal dans le mycosis fongoïde. Il faut cependant s'en garder, parce qu'il s'agit dans ces cas-là de « foyers disséminés dans les champs pulmonaires, ou, dans quelques cas moins prononcés, dans l'entourage des hiles, foyers qui sur la plaque provoquent une marmorisation caractéristique (mais qui, à l'irradiation échappent le plus souvent à l'observation). On y trouve, en outre, le plus souvent une ombre hilaire très fortement agrandie, avec de larges cordons en forme de bandes, descendants ou encore ascendants ». Or, dans notre cas, nous avons affaire, au dire du radiologiste, à un état typique de tuberculose pulmonaire.

Enfin, au point de vue thérapeutique, on peut se demander s'il eût été possible d'obtenir une guérison radicale par l'excision de la tumeur, pratiquée quelques années auparavant. Cette question doit être résolue par la négative, puisque toutes les tentatives faites dans ce sens (par Martin, Pautrier) ont échoué. Il me semble qu'on procéderait avec plus de chances de succès, en soumettant notre patient, bien qu'il doive être considéré comme guéri de sa syphilis, à un traitement par rayons X, combiné avec un nouveau traitement salvarsanique et un traitement bismuthique de longue durée, eu égard à ce fait que la lésion initiale était demeurée stationnaire justement pendant un traitement bismuthique d'une durée de plusieurs années et que le patient avait joui pendant ce temps de la santé la plus florissante.

Qu'il me soit permis, finalement, d'exprimer mes sincères remerciements à M. le professeur Oscar Gans pour l'amabilité qu'il a eue d'examiner mes préparations, ainsi qu'à M. le docteur Enrico Ferrari, chef de l'Institut anatomo-pathologique de Trieste, pour la permission qu'il m'a si obligeamment accordée de constituer ces préparations dans son Institut. Je remercie encore tout particulièrement M. le docteur Carlo Alberto Lang, assistant dudit Institut pour les examens du sang si exacts qu'il a bien voulu faire ; M. le docteur Giorgio Gortan, radiologiste à Trieste, pour ses radiographies du poumon, et enfin M. Roberto Lepori, stomatologiste, pour la façon généreuse dont il a bien voulu se charger de l'exécution très artistique des nombreuses micro-photographies.

BIBLIOGRAPHIE

ARZT. — Cité dans Herxheimer et Martin.

ARZT. — *Acta dermato venereol.*, 1921, nos 1 et 2.

ARZT. — *Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh.*, VI, p. 335.

BELOT, NATHAN et CAILLIAU. — *Jour. de radiol. et électrol.*, IX (cité d'après Herxheimer et Martin).

BLOCH (Br). — *IXe Congr. d. Schweizer. dermat. Gesellschaft*, juillet 1925.

BUSSALAI — *Bollett. de sez. reg. d. Soc. ital. di dermat. e sifilol.*, septembre 1931.

FREUND (E.). — Sopra un caso di micosi fungoïde. *Archivio ital. di dermat., sifil. e venerool.*, 1930, fasc. 5.

GERWIG. — *Archiv f. Dermat. u. Syphilis*, CLVI, 1928, n° 3.

HERXHEIMER (K.) et HUEBNER. — *Ibid.*, LXXXIV, 1907.

HERXHEIMER (K.) et MARTIN. — Mycosis fungoïdes. *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, de Jadassohn*, t. VIII, 1re partie.

KERL. — *Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskr.*, XXX, nos 9-10, p. 554.

KUZNICKY. — *Archiv f. Dermat. u. Syphil.*, CXXIII, 1916.

LEDERMANN. — *Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskr.*, XIX, p. 363.

MARTENSTEIN. — *Fortschritte a. d. Geb. d. Rœntgenstrahlen*, XXXIV, 1926.

MARTENSTEIN. — *Archiv f. Dermat. u. Syphilis*, CLIV, n° 1.

PALTAUF. — *Handbuch der Hautkrankheiten de Mracek*, t. IV, 2e part., 1909.

PAUTRIER et LÉVY (G.). — *Bull. Soc. fr. de dermat. et syphil.*, 1931, n° 7.

RAVAUT, CIVATTE et DANY. — *Ibid.*, 1924, n° 7.

RONA. — Cité dans Herxheimer et Martin.

ROSENTHAL. — *Archiv f. Dermat. u. Syphilis*, CLIV, n° 1.

SCHERBER. — *Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskr.*, XXVII, p. 473.

SÉZARY et SCHULMANN. — *Bull. Soc. fr. de dermat. et syphil.*, 1929, n° 9.

SMOLKA. — *Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskr.*, XX, nos 13-14, p. 746.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOGÉNIE DU CARCINOME D'ORIGINE ÉRYTHÉMATO-LUPIQUE

Par A. M. TISCHNENKO.

(Institut Vénéréologique de Kiew, directeur-professeur agrégé L. M. Rovinsky, et clinique des maladies cutanées de l'Institut Médical de Kiew, directeur-professeur A. M. Tischnenko)

I

Le carcinome (ca) d'origine lupique est un phénomène relativement fréquent, tandis que celui d'origine érythémato-lupique ne s'observe que dans des cas exceptionnels. Jusqu'à présent nous sommes dans l'impossibilité de préciser les causes qui font que le lupus vulgaire (l. v.) se complique plus souvent d'un ca que le lupus érythémateux (l. é.). Nous ne sommes guère mieux édifiés quant à la pathogénie du ca survenant sur des foyers de l. é. Ici nous ne disposons actuellement que d'une série d'explications et de suppositions et sommes, malheureusement, bien loin de la solution définitive du problème. Celui-ci a cependant avant tout, une grande valeur pratique. Nous ne sommes pas à même d'indiquer nettement le rôle de notre thérapeutique moderne du l. é., envisagée soit en bloc, soit dans certains de ses modes — la radiothérapie surtout — dans la genèse de la complication étudiée. Or, pour des raisons faciles à comprendre, cela serait de première importance. Si en effet les conséquences nuisibles de l'application de nos mesures thérapeutiques au l. é. étaient prouvées, il en résulterait évidemment un postulat impératif de renoncer à ces méthodes de traitement.

Nous avons observé dans notre clinique, au cours d'un laps de temps relativement bref, 4 cas non dénués d'intérêt sous ce rapport. Nous en donnerons une description succincte dans la suite. Mais nous ne jugeons point inutile d'indiquer préalablement que, jusqu'à

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 8. AOUT 1932.

présent on ne connaît dans la littérature que 90 cas environ d'apparition de ca sur des foyers de l. é. (Veiel (26)). Il est intéressant de noter qu'en 1904 Jadassohn (14) n'en cite que 13. En 1925, d'après la statistique de Dicke (7), leur nombre augmente jusqu'à 50, et, en 1928, Reisner (19) en compte déjà 74. Il est vrai que les exigences de l'exactitude demandent qu'on apporte quelques corrections à ces données statistiques, qui, comme l'a fait observer Riehl jun. (20), sont loin d'être irréprochables.

Ainsi des 13 cas cités par Jadassohn, il faut déjà en exclure 3 : ceux de Th. Veiel et de Fox sont douteux, et pour ceux de Lassar et de Th. Mayer il s'agit, évidemment, du même malade. On peut donc considérer que les cas non douteux cités par Jadassohn sont au nombre de 10. Cela conduit, en partie, à la nécessité d'apporter des corrections aux données de Dicke. Les cas 9 et 10 (ceux de Lassar et Th. Mayer) doivent être envisagés comme n'en faisant qu'un. Le cas de Fokin est douteux (l. v. atrophiant ? Bogroff (4)). Dans les cas 35 (Tischnenko) et 44 (Bogroff) il s'agit du même malade. Le tableau de Dicke ne contient donc que 47 cas que l'on doive considérer comme certains. Le tableau de Reisner offre pareillement un cas douteux — le 8 (Stillians (23) : l. v. ?), ce qui fait tomber à 23 le nombre des observations certaines. Nous avons donc en 1928 70 cas (47 + 23), en ne tenant compte que de ceux qui n'éveillent point de doutes.

Dans la littérature postérieure nous avons pu trouver des données sur 8 nouveaux cas de ca sur l. é.

Burnier (6) a observé le développement d'un épithéliome spinocellulaire sur le premier foyer d'un l. é. du dos, du nez et de la joue gauche 30 ans après l'apparition de la maladie, chez une femme de 68 ans. La malade n'avait été traitée jusqu'alors que par des scarifications. Fuhs (10) cite le cas d'un homme de 58 ans affecté depuis 30 ans d'un l. é. Il y a 2 ans un épithéliome spinocellulaire apparut sur la moitié gauche de la lèvre inférieure et il y a 9 mois sur la moitié droite de la même lèvre, en même temps qu'un léger gonflement des glandes sous-maxillaires gauches. Il n'y avait pas eu d'application photothérapique. Dans le cas, cité par Geserowa (11), le ca est apparu sur un foyer de l. é. près de la commissure gauche de la bouche. Gottron (12) mentionne un malade de 63 ans affecté depuis 26 ans d'un l. é. de tout le visage, des

pavillons des deux oreilles et aussi du cuir chevelu et des mains. Un épithélioma spino-cellulaire est apparu chez lui autour du méat auditif gauche. La rœntgenthérapie n'avait jamais été appliquée. Hombria et Soto (13) ont observé le développement d'un épithélioma spino-cellulaire sur le dos du nez chez un malade de 26 ans atteint depuis 14 ans d'un l. é. dans la région du nez, celle des pavillons et celle des joues, au cours de la 7e année de l'affection. Koliada (16) rapporte le cas (de notre clinique) d'une malade de 35 ans, affectée depuis 10 ans d'un l. é. général du visage. Après un traitement de 9 ans par des onguents, le CO^2 et les rayons X, sans qu'il y ait eu de réaction du côté des glandes lymphatiques de la région, il s'est formé un épithéliome spino-cellulaire ulcéré sur la joue gauche. Riehl jun. (21) a observé le développement d'un épithéliome spino-cellulaire sur la lèvre inférieure dans la région d'un foyer de l. é. chez un sujet de 57 ans. Syrensky (24) signale une malade de 46 ans affectée depuis 15 ans d'un l. é., localisé sur la joue gauche et le cuir chevelu. Après un traitement systématique par les rayons X (plus de 200 séances) un épithéliome spino-cellulaire ulcéré s'est développé sur la peau du nez.

En tenant compte des observations sus-mentionnées ainsi que de nos quatre cas, nous disposons actuellement de 82 cas.

On peut rencontrer dans différentes revues sur la question encore 6 cas observés par Abramowicz (10), Clarc (ne serait-ce point le cas 40 du tableau Dicke, celui de Jarke ?), par Fraser, Janeway, Rosen (26), Scheer (22). Si l'on y ajoute 3 cas, d'une certitude contestable, rapportés respectivement par Andruschewsky (2), Nielsen (8) et Mœller (26), on fera monter le total des cas à 91. Ce chiffre se réduit considérablement si l'on tient compte exclusivement des cas étudiés microscopiquement. Ainsi fait par exemple Minani (18), qui, partant de ces exigences ne compte en 1924 que 14 cas certains de ca sur l. é.

Mais il faut présumer, bien entendu, comme l'admettent aussi Elle et Anderson (9), que tous les cas analogues n'ont pas été notés dans la littérature. Brocq (5) par exemple se borne à signaler des cas vus par lui de développement de ca sur des foyers de l. é. sans donner de détails. Kren (17) se rappelle quatre cas semblables (dont un paraît être entré dans la statistique de Riehl jun). Tout cela fait présumer que le chiffre réel des cas de la complication qui nous occupe est supérieur à celui que nous venons de donner.

II

Passons maintenant à la description de nos observations.

Cas I. — T. U.. Paysanne ukrainienne de l'arrondissement de Bièlaïa Tzerkov, âgée de 30 ans. Entrée à la clinique le 3 août 1930. Issue d'une famille saine. Ne se rappelle pas avoir eu de maladies infantiles. Règles apparues à l'âge de 17 ans : régulières. N'a pas eu de grossesses.

L'affection actuelle a débuté il y a bientôt 11 ans, après un typhus exanthématique, par l'apparition d'une rougeur dans la région du nez ; la malade a été traitée par divers onguents et aussi, au cours des 7 dernières années par les rayons X. La dernière séance de rœntgenthérapie a eu lieu il y a trois mois. Le processus a gagné progressivement les joues et les lèvres. Il y a deux mois est apparu sur la joue droite un ulcère qui ne manifestait point de tendance à se cicatriser.

La malade est de taille moyenne, de constitution normale, à ossature et musculature bien développées. La couche graisseuse sous-cutanée est d'une épaisseur modérée. La peau non atteinte, avec ses annexes, et les muqueuses visibles ne présentent pas de particularités. Au-dessus du sommet du poumon gauche, l'aspiration est audible. A part cela, pas de particularités notables dans les poumons, ni dans les autres organes internes, ni dans les organes génitaux. Les selles sont normales. Le réflexe cornéen est net, celui du pharynx est affaibli. Intense dermographisme rouge apparaissant subitement et lent à disparaître. Les dimensions des glandes lymphatiques palpables ne sont point augmentées. Poids du corps : 51 kgr. 8. Sang sans particularité. Pas d'altérations pathologiques dans l'urine. Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang : négative ; réaction de Pirquet (avec 5, 10, 25 o/o de tuberculine) : négative.

La peau du nez, celle de la plus grande partie de la surface des deux joues et celle de la lèvre supérieure est considérablement amincie, sèche, pâle, couverte d'abondantes télangiectasies et de taches pigmentées dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. La pigmentation est plus nette à la périphérie des territoires atteints où l'on voit des papules lenticulaires à inflammation chronique et des plaques avec hyperkératose à la surface. La joue gauche porte 3 papules lenticulaires séparées, chacune de la grosseur d'une lentille, chacune est nettement kératosique. L'éruption ne provoque pas de sensations subjectives. A la joue droite, à proximité du nez se voit un ulcère de forme irrégulièrement ovale, de la dimension d'une pièce de 5 francs. Une sérosité en couvre le fond, qui est de 3-4 millimètres plus bas que les bords. Ceux-ci ont l'air d'avoir été retournés, par endroits ; la consistance en est dure.

L'examen histologique d'un petit fragment de peau coupé dans le bord de l'ulcère a révélé le tableau suivant. A la périphérie, l'épithélium est épaissi, la couche cornée est hyperkératosique et par endroits parakératosique. Dans la partie centrale du bord, l'épithélium perd sa structure régulière et pousse de nombreux bourgeons, formant tantôt des ramifications, tantôt une espèce de réseau irrégulier. Les cellules épithéliales de ces rejets présentent les signes morphologiques de celles de la couche malpighienne, mais s'en distinguent par leur grosseur variée et surtout par un ordre de disposition moins rigoureux que celui de la normale. Les figures résultant de la division des noyaux y sont rares ; ceux-ci se colorent avec une intensité inégale ; dans beaucoup de cellules le protoplasme est faiblement coloré. Il se forme par endroits dans les saillies de l'épithélium une espèce de canal comblé de cellules cornées ou parakératosiques, ou bien de détritus cellulaires et de masses cornées. Celles-ci tendent manifestement dans certains endroits à se stratifier concentriquement, formant des globes cornés typiques. Dans les parties où l'épithélium est peu développé, la couche basale consiste en une seule rangée de cellules à forme invariable. Dans les saillies hypertrophiques de l'épithélium, la couche basale est formée de plusieurs rangées de cellules, selon le degré de l'hypertrophie. Les cellules y deviennent irrégulièrement ovales et leur délimitation d'avec le stroma sous-jacent est peu nette. Le stroma est peu développé. Il comprend une petite quantité de fibres de tissu conjonctif et seulement quelques fibres isolées de tissu élastique. On y observe une infiltration dense de lympho- et, partiellement, de plasmocytes et aussi, par endroits, d'éosinophiles. Les vaisseaux, sanguins aussi bien que lymphatiques, sont dilatés et abondants. L'ulcère a été traité localement par des moyens antiseptiques.

Le 9 septembre, la malade a quitté la clinique pour des raisons de famille.

Du 20 au 28 octobre, nouveau séjour à la clinique. L'ulcère avait nettement gagné en dimensions et en profondeur. On a commencé à appliquer la curiethérapie. Le traitement a continué après que la malade a eu quitté la clinique. L'ulcère qui s'était déjà épidermisé étant reparu, la malade est de nouveau entrée à la clinique le 11 juillet 1931 pour en sortir le 29 juillet en vue d'un traitement opératoire.

Dans le cas en question il s'agit d'une femme jeune et robuste. Un l. é. du visage est apparu chez elle il y a onze ans. Sous l'influence de la rœntgenthérapie appliquée par intervalles pendant 7 ans le processus s'est considérablement étendu et des phénomènes de dermatite rœntgénienne sont venus s'y joindre. Les derniers trois mois il s'est développé chez elle un épithéliome spino-

cellulaire ulcéré, qui s'étant cicatrisé à la suite de la curiethérapie, a manifesté une tendance à se désagréger de nouveau. Le ca n'a-t-il été qu'une conséquence du l. é. ? Est-il apparu sur les foyers de celui-ci sous l'influence de la rœntgenthérapie ? Ce néoplasme a-t-il surgi uniquement comme conséquence de la dermatite rœntgénienne indépendamment des foyers du l. é. ? C'est ce qu'il est impossible de décider définitivement.

Cas II. — M. K... (1), âgée de 35 ans. Ukrainienne, originaire du district de Sméla, ménagère. Entrée à la clinique le 9 septembre 1930. Les parents sont morts, le père à 70 ans, de vieillesse, et la mère à 50 ans, d'une affection interne au cours de laquelle une tumeur s'était formée dans la région épigastrique. Les médecins avaient vainement recommandé de la supprimer opératoirement. La malade a 4 sœurs en bonne santé. Maladies antérieures : dans l'enfance, la rougeole et la scarlatine, il y a 9 ans, le typhus exanthématique, une pleurésie sèche et, au commencement de l'année courante, la malaria. Les règles, apparues à 13 ans, se montrent à des intervalles de 2 à 4 semaines, durent de 6 à 7 jours et sont accompagnées de douleurs. Mariée depuis 5 ans : pas de grossesses. Le mari, âgé de 40 ans, souffre d'une bronchite.

L'affection actuelle a débuté il y a 9 ans, 2 mois environ après un typhus exanthématique, par des taches rouges apparues sur le dos du nez et les joues. La malade a été traitée par des onguents, par les rayons de la lampe de quartz (30 séances) et par le CO_2. Il y a 5 ans, application de la rœntgenthérapie (12 séances au cours d'une année) et, il y a 2 ans, réapplication de celle-ci (6 séances). Le processus s'étendait sur la périphérie des territoires atteints sans qu'il fût possible de l'enrayer. Il y a 1 mois, après la dernière séance de rœntgenthérapie, est apparue sur le dos du nez une tumeur qui gagnait progressivement en dimensions.

La malade est de taille moyenne. Asthénique. L'ossature et la musculature sont peu développées. Même remarque pour la couche graisseuse sous-cutanée. La peau avec ses annexes et les muqueuses visibles ne présentent pas de particularités. Données de la rœntgenographie des poumons : obscurcissement égal dans la région du sommet gauche et sous la clavicule du même côté. A part cela, pas d'altérations sensibles dans les poumons, ni dans les autres organes internes. Selles normales. Rétroversion de l'utérus, kyste primitif de l'ovaire droit et salpingo-ovarite gauche. La réaction des pupilles à la lumière est lente. Les processus psychiques sont peu intenses ; l'intellect est peu développé.

(1) Présentée le 14-9-1930 au cours d'une séance de la Section Vénéréologique de la Société Scientifique Médicale Unifiée de Kiew.

Les glandes lymphatiques palpables sont augmentées de volume : les sous-maxillaires et les géniennes atteignent les dimensions d'une noisette, les axillaires, les rétro-cervicales et les inguinales ont la grosseur respective d'une noisette de cèdre, d'un haricot et d'un gros pois. Poids du corps : 43 kgr. 2. Pas d'altérations pathologiques dans l'urine. Les excréments contiennent des œufs de *Trichocephalus dispar*. Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang : négative ; réaction de Pirquet (5, 10, 25 o/o de tuberculine) : négative.

La peau des deux joues, du dos du nez, de la lèvre supérieure et, partiellement, celle du front, est atrophique, mince, sèche, pâle, squameuse par endroits, couverte d'abondantes télangiectasies. Certaines parties de ces régions portent des papules chroniquement enflammées et des plaques rouges, claires, à couche cornée hypertrophiée par endroits. La périphérie des régions atteintes accuse une pigmentation irrégulièrement distribuée, ayant la forme d'un anneau discontinu de largeur inégale. L'éruption est de temps en temps prurigineuse. La plus grande partie du dos du nez, les deux ailes de celui-ci et la cloison nasale sont occupées par une tumeur rouge sombre, dure, bosselée, ayant la grosseur de la moitié d'un œuf de poule : la surface en est couverte d'une sérosité sanguinolente. Sur la muqueuse de la joue gauche existe une plaque d'un blanc grisâtre, ayant les dimensions d'une pièce de 20 sous et correspondant à l'intervalle des arcs dentaires.

A l'examen microscopique d'un petit fragment de la tumeur, on est frappé par l'accroissement impétueux de l'épithélium. Là où celui-ci présente des couches superficielles intactes, la couche cornée est épaissie ; sur bien des territoires, elle est parakératosique. La couche granuleuse est peu développée à ces endroits ; partout ailleurs elle est épaissie. La couche malpighienne est considérablement épaissie et présente des vacuoles dans une partie de ses cellules. Sur la plus grande partie de la préparation, elle ne comporte pas de couche cornée. L'épithélium forme de nombreuses saillies qui, par endroits, s'élargissent en ampoules. Dans les entrelacements des saillies, les cellules se disposent souvent sans l'ordre habituel et il n'est pas rare d'en voir le protoplasme faiblement coloré. Les saillies épithéliales comportent par endroits des agglomérations typiques de masses cornées, disposées concentriquement. La couche basilaire est bien conservée. Sur certains territoires, les cellules en sont moins régulières que dans la normale et sa délimitation d'avec la couche sous-jacente n'est pas entièrement nette. Le tissu fibreux du derme est peu développé. Les intervalles des saillies épithéliales sont comblés par une infiltration composée principalement de cellules rondes ; on y rencontre des éosinophiles ; les cellules plasmatiques y sont très peu nombreuses, les fibres élastiques ainsi que l'appareil glandulaire de la peau, y font complètement défaut. Par endroits, dans l'infiltration on observe des vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés.

Le 18 septembre 1930, la malade a été transférée à la section laryngologique de l'Hôpital de la Révolution d'Octobre où le 31 octobre elle a été opérée de sa tumeur. Le vide qui en est résulté a été comblé plastiquement. En mars 1931, le fragment de peau s'étant désagrégé, nouvelle opération plastique. Le 18 mai 1931, le fragment qui s'était précédemment soudé accuse une nouvelle désagrégation dans la région du bout du nez. La malade, fort amaigrie, est envoyée au chirurgien. Son sort ultérieur est inconnu.

Dans le cas actuel il s'agit d'une malade de 35 ans présentant quelques altérations dans les poumons et une série de phénomènes morbides du côté des organes génitaux internes, affectée depuis 9 ans d'un l. é. facial étendu. Au cours de la septième année de l'affection on voit apparaître sur le dos du nez une tumeur d'épithéliome spino-cellulaire. La formation en a été précédée de l'application d'une thérapeutique variée et aussi de celle des rayons X, commencée 3 ans avant l'apparition de la tumeur. Celle-ci a été remarquée par la malade un mois après la dernière séance de rœntgenthérapie. Ici encore, le tableau nettement accusé d'une dermatite rœntgénienne nous ôte la possibilité d'affirmer catégoriquement que l'apparition du ca sur les foyers du l. é. a été provoquée par celui-ci et non par l'influence exclusive des rayons X.

Cas III. — N. K... (1), 32 ans. Ukrainienne de l'arrondissement de Bièlaïa Tzerkov. Entrée à la clinique le 1er octobre 1930. Le père, la mère et le mari, âgés respectivement de 60, de 56 et de 32 ans, se portent bien. Un frère de la malade est mort de tuberculose pulmonaire. Celle-ci a subi dans l'enfance la rougeole, dans l'âge adulte le typhus récurrent. Règles régulières, apparues à l'âge de 14 ans. La malade, mariée depuis 11 ans, a 3 enfants sains.

Il y a 9 ans, une rougeur est apparue d'abord sur les deux joues, ensuite sur le dos du nez. La malade a été traitée par des onguents, mais principalement par les rayons X. Ceux-ci ont été appliqués au cours de toute la première année de l'affection, ensuite pendant 1 an ½ lors de la 5e et la 6e année de celle-ci et enfin il y a 1 an (1 séance). Une semaine après la dernière séance de rœntgenthérapie, le processus s'était étendu à la périphérie et il s'était formé un ulcère sur le dos du nez et les parties attenantes des joues.

La malade est une femme de taille moyenne, aux chairs bien nour-

(1) La malade a été présentée aux séances de la Section Vénéréologique de la Société Scientifique Médicale Unifiée de Kiew le 14-10-1930 et le 14-3-1931.

ries. L'ossature et la musculature sont bien développées. La peau non atteinte, avec ses annexes et les muqueuses visibles, ne présentent pas de particularités. Tableau clinique : apicite bilatérale chronique ; à la percussion, submatité au-dessus du lobe inférieur du poumon gauche. Tableau rœntgenographique : ganglions densifiés, partiellement calcifiés dans les hiles pulmonaires. Pas d'altérations dans le parenchyme des poumons. Les autres viscères ne présentent rien d'anormal. Selles normales. Déchirure du col utérin. Dermographisme rose nettement accusé. Les glandes lymphatiques palpables ne sont pas altérées. Poids du corps : 54 kilogrammes. Pas d'altérations pathologiques dans l'urine. Œufs d'*Ascaris lumbricoïdes* dans les excréments. Rien de particulier quant au sang. Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang : négative ; réaction de Pirquet (avec 5, 10, 25 o/o de tuberculine) : nettement positive.

La peau des deux joues, du nez et de la lèvre inférieure présente une atrophie nettement accusée et abonde en télangiectasies et en taches pigmentées. Ce n'est que par endroits, principalement sur les bords des territoires atrophiés, que l'on rencontre des papules lenticulaires chroniquement enflammées et des plaques nettement hyperkératosiques. Violent prurit dans les régions atteintes de la peau. Ulcère de 2×5 centimètres, peu profond, de forme irrégulièrement quadrangulaire, sur le dos du nez et les parties attenantes des joues, disposé de sorte que la longueur en est transversale à celle du nez.

Le fond de l'ulcère curetté, la malade a quitté de son gré la clinique. Elle y est rentrée le 23 février 1931. L'ulcère du dos du nez a légèrement gagné en dimensions, mesurant $2,5 \times 5$ centimètres. Le niveau du fond s'est abaissé, les bords sont éversés ; on y voit par endroits des saillies caractéristiques de forme hémisphérique, dures, d'une teinte blanc grisâtre.

L'examen microscopique d'un fragment de la peau du bord de l'ulcère a révélé une hyperkératose et, par endroits, une parakératose de la couche cornée de l'épithélium. La couche granuleuse est bien développée. Elle s'amincit cependant considérablement ou manque même totalement sur les territoires atteints de parakératose, selon le degré de celle-ci. La couche malpighienne a poussé de nombreux rejets de longueur et largeur variées ; ils comblent tout le champ de la préparation. Il n'est pas rare de rencontrer des figures mitosiques de division dans le noyau des cellules. Le protoplasme de celles-ci comporte souvent des vacuoles. Par endroits : foyers de cellules faiblement colorées, dont la disposition n'offre point l'ordre habituel, et aussi des territoires cornés où l'on voit se former des figures sphériques. La couche basilaire accuse aussi un accroissement bien net. Les cellules en ont perdu pour la plupart leur forme caractéristique et leur disposition régulière. La délimitation de cette couche d'avec le derme sous-jacent manque, dans bien des endroits, de netteté. Le derme présente une infiltration dense de cellules rondes, en partie plasmatiques et éosinophiles.

Cette infiltration ne renferme pas de fibres élastiques ni de glandes cutanées. Dans les intervalles des saillies épithéliales, se rencontrent des vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés.

On a commencé à appliquer la curiethérapie. Le 29 mars 1931, en vue d'une continuation ambulatoire du traitement, la malade a quitté la clinique. Le 25 avril 1931, on constate une épithélisation nette des bords de l'ulcère et une réduction de ses dimensions. Dans la suite, l'observation de la maladie a cessé.

La malade en question, femme robuste en somme, issue d'une famille saine et accusant des symptômes morbides dans les poumons, souffre depuis 9 ans d'un l. é. Il y a près d'un an, après une application répétée et persévérante de la rœntgenthérapie, on voit se développer chez elle un épithéliome spino-baso-cellulaire localisé sur le dos du nez et les parties attenantes des joues. Ici encore le ca est apparu sur les foyers du l. é. après une application de la rœntgenthérapie. Est-ce uniquement à celle-ci qu'il doit son apparition, ou bien le processus fondamental, celui du l. é. y est-il pour quelque chose ? C'est ce qu'il est impossible de décider.

Cas IV. — A. O..., 21 ans. Ukrainien. Étudiant de l'Institut chimique de Jmiérinka. Entré à la clinique le 16 juillet 1931. Le père souffre d'un rhumatisme articulaire et de névrite. La mère est morte à 43 ans d'une maladie des poumons. Un frère unique, âgé de 16 ans, se porte bien. Le malade a eu dans l'enfance la scarlatine, il y a un an une névrite. Il y a 4 ans, à la suite d'une morsure de cheval, une lésion rebelle à la cicatrisation est apparue à la lèvre gauche. L'affection a été traitée par des pansements humides et des onguents.

Le malade est un homme de haute taille, pâle, aux chairs faiblement nourries, à l'ossature et à la musculature bien développées. La peau non atteinte avec ses annexes, les muqueuses visibles, les viscères et le système nerveux ne présentent pas de particularités. Selles normales. Sous les angles maxillaires s'observent 2-3 glandes lymphatiques augmentées de volume jusqu'aux dimensions d'une noisette chacune. Poids du corps : 65 kgr. 8. Le malade fume jusqu'à 25 cigarettes par jour. Quant aux boissons spiritueuses, il n'en consomme pas.

Sur toute l'étendue de la partie rouge de la lèvre inférieure, à l'exception des deux territoires attenants aux commissures buccales, mesurant 1 centimètre chacun, la peau est épaissie, de couleur rouge sombre. La délimitation de la partie altérée d'avec la peau non atteinte et les muqueuses est nettement accusée. La partie gauche du territoire atteint présente une érosion de forme irrégulièrement ronde, ayant la dimension de l'ongle de l'index.

L'examen microscopique d'un fragment de peau prélevé au niveau du bord de l'érosion a révélé un amincissement considérable de toutes les couches de l'épithélium, à l'exception de la couche cornée. L'épithélium comporte un grand nombre d'enfoncements, comblés de masses hypertrophiques. Dans la couche papillaire et en dessous on observe une infiltration de cellules petites et des vaisseaux sanguins dilatés, gonflés de sang. Dans la partie périphérique de la préparation, la couche cornée manque totalement. La couche entière de l'épithélium est considérablement épaissie aux dépens de la couche malpighienne et forme de longues et larges saillies réunies par des rejets. Ceux-ci se composent de cellules de dimensions variées, à noyaux colorés avec une intensité inégale, et comportant dans bien des endroits des vacuoles. Certains territoires présentent des accumulations de cellules rebelles à une coloration nette ; on y voit s'ébaucher par endroits des agglomérations de masses cornées. La disposition des cellules de la couche basilaire dépendant des saillies susmentionnées, ne conserve pas toujours sa régularité. Quant aux cellules de cette couche, elles accusent parfois une forme irrégulièrement sphérique. La délimitation de l'épithélium d'avec le stroma n'est pas entièrement nette sur ces territoires. On observe dans le stroma une infiltration dense de cellules menues, comprenant surtout des lymphocytes, et, en partie aussi, des plasmocytes et des éosinophiles à vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés. Les fibres élastiques y font défaut. Le 4 août 1931, le malade a quitté la clinique en vue de l'application de la cryothérapie à tout le territoire atteint et ensuite de la curiethérapie à la région de l'érosion.

Le malade en question, homme jeune, aux chairs peu nourries, a été atteint à la suite d'un trauma d'un lupus érythémateux de la lèvre inférieure. A une époque impossible à préciser, on a vu apparaître sur les foyers de l'affection un épithéliome, complication que la localisation donnée rend particulièrement rare. La thérapeutique antérieure n'avait consisté qu'en applications de pansements et d'onguents, et la complication semble être apparue exclusivement comme suite de l'affection fondamentale le lupus érythémateux.

III

En passant en revue tous les cas de ca d'origine l. é. signalés dans la littérature, aussi bien que les nôtres, nous ne nous arrêterons pas à des faits tels que l'apparition d'épithéliomes presque

uniquement de type spino-cellulaire, formant tantôt des accroissements au-dessus de la surface, tantôt se désagrégeant et pénétrant dans la profondeur, leur apparition plus fréquente chez les hommes (bien que les cas, peu nombreux, il est vrai, cités dans notre tableau jurent avec cette thèse, le fait que la complication se localise sur le visage, l'absence de métastases constatée généralement dans les glandes lymphatiques régionales, l'évolution de la complication, qui, contrairement à l'ancienne opinion de Holländer dans ces cas est loin d'être toujours bénigne, la multiplicité fréquente de cette complication et son apparition aussi bien sur les foyers actifs du l. é., que sur les territoires atrophiques, etc. Nous laissons également de côté le traitement du ca d'origine l. é. Tout cela a été suffisamment mis en lumière par toute une série d'auteurs, surtout par Jadassohn, Dicke, Keutzer, Reisner et d'autres.

Quant à nous, ce qui nous intéresse le plus dans cette complication c'en est la pathogénie à laquelle vient se rattacher la question pratiquement importante de la raison d'être de la rœntgenthérapie du l. é. Nous rencontrons ici une série de suppositions plus ou moins fondées. On incrimine : le relâchement et l'œdème du tissu (surtout dans les cas du ca labial — Kreibich), la traumatisation par des mesures thérapeutiques, l'insuffisance de la capacité de résistance de la peau aux principes nocifs qui y pénètrent (Holländer) la prédisposition familiale (Pringle). Les altérations qui se font observer dans la structure de la peau lors du l. é. sont évidemment susceptibles de créer de soi des conditions favorables au développement du ca. Celui-ci, selon Kyrle, surgit précisément lors de l'accroissement de l'épithélium en cas de rupture d'un certain équilibre entre celui-ci et le derme. Keutzer (15) admet 3 cas d'apparition du ca d'origine l. é. 1° : le ca est une conséquence de l'évolution du l. é. ; 2° : la combinaison des deux affections est fortuite ; 3° : le ca est provoqué par des mesures thérapeutiques pouvant comprendre aussi bien les rayons-X que d'autres méthodes de traitement. Reisner explique l'apparition du ca d'origine l. é. du point de vue de la théorie générale des tumeurs de B. Fischer-Wasel. Le l. é. détermine une infiltration chronique et des processus de régénération pouvant donner naissance à des accroissements régénératifs, et ceux-ci prédisposent au développement de la tumeur. Celle-ci se forme soit par l'effet des irritations régénératri-

TABLE

N° d'ordre	Auteurs	Age du malade	Sexe du malade	Localisation du ca	Histologie	Glandes régionales
1.	Burnier . . .	68 ans	f.	Le dos du nez.	Épithéliome spino-cellulaire.	Accroissement léger des gla des sous-max laires.
2	Fush	58	h.	La lèvre inférieure.	Id.	Accroissement léger des gla des sous-max laires gauche
3.	Geserowa. . .	?	?	L'angle gauche de la bouche.	Carcinome.	
4.	Gottron . . .	63	h.	La circonférence du méat auditif droit.	Épithéliome spino-cellulaire.	Sans changemen
5.	Hombria et Soto.	26	h.	Le dos du nez.	Id.	Pas d'indication
6.	Koliada . . .	35	f.	La joue droite	Id.	Sans changemen
7.	Riehjun . . .	57	?	La lèvre supérieure.	Id.	
8.	Syrensky. . .	46	h.	Le bout du nez.	Id.	Pas d'indication
9.	Tischnenko .	30	f.	La joue droite.	Id.	Sans changement
10.	—	35	f.	Le dos du nez.	Id.	Accroissement des glande sous-maxilla res et génienne
11.	—	32	f.	Id.	Épithéliome spino-baso-cellulaire.	Sans changement
12.	—	21	h.	La lèvre inférieure.	Épithéliome spino-cellulaire.	Accroissement léger des glan des sous le angles de l mandibule.

Laps de temps écoulé entre l'apparition du l. é. et celle du ca	Traitement antérieur du l. é.		Récidives de la tumeur	Observations
	Radiothérapie	Autres modes de traitement		
30 ans	Pas de radiothérapie.	Scarifications.	Pas de récidive.	Exérèse.
28	Id.	Pas d'indications.		Exérèse + Ra.
	Pas d'indications.			
26	Pas de radiothérapie.		Pas d'indications.	
7	Rayons X.	Pas d'indications.		Évolué d'un ulcère rœntgenien.
9	Rayons X (deux séances).	Onguents et CO^2.	Un an après l'exérèse.	Décédée.
	Pas d'indications.			
15	Rayons X.		Pas d'indications.	
11	Id.	Onguents.	Sept mois après la guérison.	Curiethérapie. Ca d'origine rœntgenienne admissible.
	Rayons X + la lampe de quartz.	Onguents + CO^2.	Deux mois après l'exérèse.	Ca d'origine rœntgenienne admissible.
8	Rayons X.	Onguents.	Pas d'indications.	Curiethérapie. Ca d'origine rœntgenienne admissible.
Inconnu	Pas de radiothérapie.	Pansements humides + onguents.	Pas d'indications.	

ces ayant lieu dans les cas non traités, soit par suite des lésions particulières qui viennent s'y joindre. Le l. é. implique tant de conditions du développement du ca, que Nobl (3) a raison de s'étonner de ce que l'un ne se combine que si rarement avec l'autre.

En même temps il ne manque pas d'observations, ni d'auteurs, plaidant en faveur de la dépendance du développement du ca d'origine l. é., d'une rœntgenthérapie antérieure. Citons Bogroff, Mc Kee Fordyce, Minami, Moberg, Strassberg, Wander et d'autres.

Afin d'éclaircir ce dernier point essayons d'analyser les 82 cas sus-mentionnés. Après les avoir classés en quatre catégories comprenant : 1° les cas sans thérapeutique ; 2° les cas avec thérapeutique autre que la radiothérapie ; 3° les cas où celle-ci a été appliquée ; 4° les cas à thérapeutique ignorée, nous obtenons les données numériques suivantes (voir le tableau II).

Tableau II

N° d'ordre	Thérapeutique	Nombre total		Moins les cas de 4° catégorie	
		absolu	o/o	absolu	o/o
1	Pas de thérapeutique . . .	5	6,1	5	11,9
2	Traités sans radiothérapie .	13	15,8	13	31,0
3	Rayons X + autre radiothérapie	24	29,3	24	57,1
	a rayons X + actinothérapie	20	24,4	20	47,6
	b curiethérapie + actinothérapie	4	4,9	4	9,5
4	Thérapeutique ignorée . .	40	48,8	—	—
	Total.	82	100,0	42	100,0

Les données de ce tableau sont extraites des listes citées dans le tableau III.

Quand il s'agit d'escompter l'influence de la thérapeutique sur l'apparition du ca d'origine l. é., les cas dont nous ignorons la thérapeutique perdent leur importance. En fixant notre attention sur les autres catégories de cas, nous voyons apparaître le ca en l'absence de thérapeutique dans 6,1 o/o des cas ; avec traitement sans radiothérapie dans 15,8 o/o ; avec radiothérapie, dans 29,3 o/o.

TABLEAU III

Catégories et nombre des cas	N° d'ordre	Auteurs	Auteurs du tableau	N° d'ordre du tableau	Observations
1. Pas de thérapeutique, 5 cas	1	Duhring	Dicke	3	
	2	Rille	—	33	
	3-4	Dicke	—	48-50	
	5	Baumann	Reisner	1	
2. Thérapeutique sans radiothérapie, 13 cas	6	Pringle	Dicke	6	
	7	Holländer	—	8	+ Rö ?
	8	Dubreuilh	—	15	+ Rö ?
	9	Roth	—	26	
	10	Wander	—	37	
	11	Keutzer	—	46	
	12	Dietel	—	47	
	13	Dicke	—	49	
	14	Nobl	Reisner	9	
	15	Hegmann	—	17	
	16	Heidingsfeld	—	21	
	17	Burnier	Tischnenko	19	
	18	Tischnenko	—	12	
3. Rayons X + autre radiothérapie, 24 cas	19	McKeeFordyce	Dicke	29	Rö
	20	Schaumann	—	30	Rö + Finsen.
	21	Moberg	—	31	Rö
	22	Strassberg	—	32	Rö
	23	—	—	43	Ra
	24	Michelson	—	41	Rö + Ra
	25	Bogroff	—	44	Rö + quartz Finsen
	26	Minami	—	45	Rö
	27	Eliascheff	Reisner	3	Rö
	28-29	Lomholt	—	5-6	Rö
	30	Hoffmann	—	7	Rö + quartz
	31	Volk	—	13	Ra
	32	—	—	14	Ra + quartz
	33	—	—	15	Ra
	34	Wyss	—	22	Rö
	35-36	Reisner	—	23-24	Rö
	37	Hombria et Soto	Tischnenko	5	Rö
	38	Koliada	—	6	Rö
	39	Syrensky	—	8	Rö
	40-42	Tischnenko	—	9-11	Rö
	43	Riessmeyer	Dicke	1	
	44	Dyer	—	2	
	45-46	St. Taylor	—	4-5	
	47	Kreibich	—	7	
	48	Lassar	—	9	
	49-50	Neisser	—	11-12	
4. Thérapeutique ignorée, 40 cas	51	Pautrier	—	13	
	52	Dubreuilh	—	14	
	53	Sequeira	—	16	
	54	Covisa	—	17	
	55-61	Azua	—	18-24	
	62	Dujardin	—	25	

TABLEAU III *(Suite)*.

Catégories et nombre des cas	N° d'ordre	Auteurs	Auteurs du tableau	N° d'ordre du tableau	Observations
4. Thérapeutique ignorée, 40 cas	63	Reyn	Dicke	27	
	64	Rasch	—	34	
	65	Wander	—	36	
	66-67	—	—	38-39	
	68	Jarke	—	40	
	69	Schönhof	—	42	
	70	Bloch	Reisner	2	
	71	Little	—	4	
	72-73	Arzt	—	10-11	
	74	Kren	—	12	
	75	Arndt	—	16	
	76	Sasaki	—	18	
	77	Michelson	—	19	
	78	Truffi	—	20	
	79	Fuhs	Tischnenko	2	
	80	Geserowa	—	3	
	81	Gottron	—	4	
	82	Riel jun.	—	7	

Dans la majeure partie des cas du dernier groupe, dans 24,4 o/o, ce sont justement les rayons X qui ont été appliqués (si nous établissons le pourcentage en ne tenant compte que des 42 cas dont la thérapeutique est nettement établie, nous obtiendrons des chiffres respectifs encore plus saillants à savoir : 11,9 ; 31,0 et 57,1). Il est bien entendu qu'il s'en faut de beaucoup que ces déductions aient une valeur entière. D'abord les cas sont trop peu nombreux : 82 (ou même 42). Le classement même, par catégories, est arbitraire et ne correspond probablement pas entièrement à la réalité. La possibilité d'une application de rœntgenthérapie n'est pas exclue dans une série de cas traités par une autre thérapeutique : tels sont par exemple, les cas observés par Dubreuilh et Holländer. De plus, il est certain que dans nombre des cas de la quatrième catégorie (à thérapeutique ignorée) les rayons X ont également été appliqués. En tout cas ces inexactitudes ne peuvent en aucune façon augmenter artificiellement le nombre des cas comportant l'application des rayons X. Au contraire en tenant un compte exact de tous les

modes thérapeutiques appliqués antérieurement, on verrait certainement augmenter le nombre des cas de la troisième catégorie aux dépens de ceux de la deuxième et, surtout, de ceux de la quatrième.

En présence du développement du ca sur les figures du l. é. après application de la rœntgenthérapie on se demande, si cette nouvelle affection ne serait point un effet exclusif de ce mode de traitement. Le tableau de la dermatite, présentée ordinairement par ces cas, vient particulièrement appuyer une pareille supposition. A cette catégorie se rapportent les cas cités par Bogroff, Koliada, Sequeira, Schaumann, Strassberg, nos trois cas et d'autres. D'aucuns, comme par exemple Dietel, les considèrent comme étant déplacés dans la liste des cas de ca d'origine l. é. Il est cependant difficile, dans ces cas aussi, d'écarter entièrement la supposition d'une liaison du ca avec un l. é. antérieur. Il est impossible de prouver que le ca se serait développé sur des territoires non atteints de l. é. dans le cas où ceux-ci auraient été soumis à la rœntgenthérapie. L'apparition de la complication peut être considérablement facilitée par l'existence d'une prédisposition au développement du ca, comme le présument une série d'auteurs et comme le fait admettre notre deuxième cas, où la mère de la malade (M. K.) semble avoir souffert d'un néoplasme.

Il est bien entendu que d'autres méthodes thérapeutiques irritant la peau peuvent aussi contribuer à l'accroissement atypique de l'épithélium lors du l. é., qui, de soi-même, y prédispose déjà. Cependant, ainsi que le montrent les données numériques, incomplètes il est vrai, citées plus haut, le rôle dominant appartient ici indubitablement à la radiothérapie, particulièrement aux rayons X. Ainsi que nous en convainquent les données bibliographiques aussi bien qu'une série de nos propres observations, ce sont surtout les rayons X simultanés intenses et ceux à faibles doses fréquemment répétées qui favorisent l'apparition de la complication étudiée. Il y a cependant, bien entendu, nombre de cas où la rœntgenthérapie du l. é. ne provoque pas de ca. Sinon nous observerions cette complication du l. é. beaucoup plus souvent, surtout si nous tenons compte de la vogue, malheureusement toujours considérable, des rayons X dans le traitement de cette affection, fait signalé par nous en son temps (*Česká Dermatologie*, 1931, t. XII, p. 367 : « Faut-il rœntgéniser les foyers de lupus érythémateux ? »). Il est difficile

d'indiquer actuellement le chiffre exact des cas de complication du l. é. par le ca. Il faudrait étudier à cet effet les observations certaines faites par une série d'établissements médicaux compétents au cours de 40-50 ans, comme cela a été fait en son temps par Jadassohn par rapport au l. v. Ces mêmes données permettraient, peut-être de tirer une conclusion, concernant l'influence de tel ou tel mode thérapeutique sur le développement du ca et d'établir aussi dans quelle mesure cette complication est due au processus même et non à la thérapeutique. En tout cas, étant donné l'état actuel de la question, nous considérons l'application des rayons X en cas de l. é. comme contre-indiquée (ainsi que cela a déjà été soutenu dans notre article mentionné ci-dessus (25). L'affection prise en soi, ne comporte pas, dans la plupart des cas, de grandes souffrances, n'occasionne guère au malade que des inconvénients cosmétiques, et la rœntgenthérapie n'y donne généralement pas d'effets positifs.

Conclusions

1. Les altérations pathologiques de la peau caractérisant le l. é. constituent en soi des conditions favorables à l'apparition du ca.

2. Une série de conditions favorisent l'apparition de cette complication ou bien l'accélèrent. Il faut y rattacher : la prédisposition de l'organisme, les irritations extérieures de caractère fortuit, et aussi les méthodes de thérapeutique locale appliquées à l'affection.

3. Les rayons X sont la plus incriminable de ces méthodes.

4. Il est nécessaire d'établir nettement, sur des données nombreuses et certaines, la fréquence de la complication étudiée, de comparer le rôle revenant dans son apparition aux différentes méthodes thérapeutiques et de préciser, en particulier l'importance sous ce rapport, des rayons X.

5. La possibilité, fût-elle petite, d'attribuer à la rœntgenthérapie un certain taux des cas de ca d'origine l. é. jointe à la considération de son inefficacité ordinaire dans la maladie en question, nous oblige à renoncer définitivement à l'application de ce mode de traitement au l. é.

Bibliographie

1. Abramovicz. — Cité par Somogi (22).
2. Andruschewsky. — *Zentralbl. f. H. u. G.*, 1926, t. XIX, p. 610.
3. Artz. — *Ibid.*, p. 716.
4. Bogroff (S. L.). — Epitheliom und Lupus erythematodes. *Dermat. Zeitschr.*, 1923, t. XXXIX, p. 83.
5. Brocq (L.). — *Cliniques dermatologiques.* Masson et Cie, Édit. 1924, Paris, p. 265.
6. Burnier. — Epithélioma du nez sur ancien lupus érythémateux. *Archives derm. syph.*, 1929, t. I, p. 174.
7. Dicke (B.). — Ueber Karzinomentwicklung bei Lupus erythematosus. *Dermat. Zeitschr.*, 1925, t. XLIV, p. 24.
8. Dietel (Fr.). — Ein Fall von Karzinom auf einem Lupus erythematosus. *Ibid.*, t. XLII, p. 97.
9. Elle (I. J.) et Anderson (N. P.). — Cancer Supervention in Skin diseases. *J. amer. med. Assoc.*, 1930, t. XCIV, p. 382.
10. Fush. — *Dermat. Wochenschr.*, 1929, t. LXXXVIII, p. 213.
11. Geserowa. — *Ibid.*, p. 876.
12. Gottron. — *Dermat. Zeitschr.*, 1930, t. LIX, p. 230.
13. Hombria et Soto. — *Actas dermo-Sifiligr.*, 1930, t. XXII, pp. 242 et 387. Analysé *in Zentralbl. f. H. u. G.*, 1930, t. XXXV, p. 630.
14. Jadassohn in Mraček (F.). — *Handbuch der Hautkrankheiten.* Vienne, édit. A. Holder, t. III, p. 317.
15. Keutzer (Fr.) — Lupus erythematodes in Verbindung mit verhornenden Plattenepithelkrebs. *Dermat. Zeitschr.*, 1925, t. XLII, p. 38.
16. Koliada (F.). — Epithelioma iak uskladnennia czerwonogo wowczuka. *Ukrain. Med. Wisti*, 1927, nos 6-7, p. 35.
17. Kren. — Cité par Arzt (3).
18. Minami (S.). — Lupus erythematodes und Karzinom. *Dermat. Wochenschr.*, 1924, t. LXXVIII, p. 213.
19. Reisner (A.). — Ueber Krebsbildung auf dem Boden eines Lupus erythematodes. *Dermat. Zeitschr.*, 1928, t. LIII, p. 496.
20. Riehl jun. — Ueber Carcinoma in Lupo erythematoso. *Ibid.*, t. LI, p. 161.
21. Riehl jun. — *Dermat. Wochenschr.*, 1930, t. XC, p. 458.
22. Somogyi (S.). — Der heutige Stand der Frage des Lupus erythematodes. *Zentralbl. f. H. u. G.*, 1926, t. XVIII, p. 641.
23. Stillians. — Carcinoma in Scar of lupus erythematodes. *Arch. of Derm. and Syph.*, 1926, t. XIII, p. 558. Analysé *in Zentralbl. f. H. u. G.*, 1926, t. XX, p. 788.
24. Syrensky (A. N.). — Kwoprosu o carzinomatosie wolczanocznych bolnych. *Vénér. i Dermat.*, 1929, no 8, p. 27.
25. Tischnenko (A. M.). — Faut-il rœntgéniser les foyers du lupus érythémateux ? *Česká Dermat.*, 1931, t. XII, p. 367.
26. Veiel (Fr.) in Jadassohn. — *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.* Berlin, édit. J. Springer, 1931, t. X/1, p. 704.

CENTENAIRE D'ALFRED FOURNIER

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE DÉFENSE SOCIALE CONTRE LA SYPHILIS

Paris, 9-12 mai 1932

Les fêtes du centenaire d'A. FOURNIER (1832-1914) organisées par la Ligue nationale contre le péril vénérien, la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, la Société française de prophylaxie sanitaire et morale, la Société médicale des hôpitaux, la Société française d'histoire de la médecine et l'Union internationale contre le péril vénérien, présidées par M. HUDELO, médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Louis, assisté de M. SICARD DE PLAUZOLES, ont eu lieu à Paris, du 8 au 12 mai 1932.

Des savants, des syphiligraphes de tous pays se trouvèrent réunis pour apporter un même hommage de vénération à la mémoire de l'illustre Maître de la syphiligraphie française.

Le 8 mai se tint, au Ministère de la Santé publique, l'Assemblée générale de l'Union internationale contre le péril vénérien, que présida M. le Prof. EHLERS (Copenhague).

Le 9 mai eut lieu l'inauguration de l'Institut Alfred FOURNIER, 25, boulevard Saint-Jacques. Construit par la L. N. F. C. L. C. P. V., cet édifice groupe sous son contrôle, un dispensaire modèle de prophylaxie, un laboratoire central de sérologie (DEMANCHE), un laboratoire de syphilis expérimentale (LEVADITI), un laboratoire de contrôle des médicaments (CAMUS, COQUOIN et RICHET fils). Ultérieurement, il sera le siège de l'école de sérologie de la Faculté de médecine de Paris, de l'Administration générale de la Ligue. C'est là aussi que les infirmières du Service social accompliront leur stage.

M. QUEYRAT, président de la Ligue, le Doyen BALTHAZARD, le Prof. ACHARD, le Dr CAMUS, prirent tour à tour la parole pour rappeler l'œuvre d'Alfred FOURNIER, et exposer son plan de défense sociale.

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 8. AOUT 1932.

M. Darier, représentant la Ligue internationale des Sociétés de syphiligraphie, M. Ehlers, représentant l'Union internationale contre le péril vénérien, montrèrent ce que doit être l'œuvre internationale de défense sociale contre la syphilis.

Le 11 mai, dans le Musée de l'Hôpital Saint-Louis, eut lieu la cérémonie du centenaire, sous la présidence de M. Hudelo, qui prononça un magnifique éloge de Fournier et nous le montra vivant. Le Prof. Balthazard parla de Fournier, médecin-légiste.

Le Prof. Gougerot rappela ce que fut l'enseignement professoral de Fournier, tandis que M. Milian dit ses merveilleuses qualités d'observation qui donnèrent à son enseignement clinique tant de relief. M. Queyrat exposa ses conceptions de propagande sociale. M. Levaditi montra tout ce que les expérimentateurs doivent aux idées étiologiques de Fournier sur la syphilis. M. Nicolas nous fit sentir quel était l'éclat de cet enseignement et sa portée. Enfin M. Émery, au nom des amis, évoqua la vie familiale du Maître.

Les journées scientifiques (9-10-11 mai).

Quatre questions avaient été mises à l'ordre du jour :

1° *Diagnostic précoce et pathogénie des syphilis nerveuses (acquises et héréditaires).*

Rapporteurs : *a*) P. Ravaut (Paris) ; *b*) Dujardin (Bruxelles) ; *c*) Mario Truffi (Padoue).

2° *Prophylaxie des syphilis nerveuses.*

Rapporteurs : *a*) Wagner von Jauregg (Vienne) ; *b*) H. Claude (Paris) ; *c*) Nicolau (Bucarest).

3° *Importance médico-sociale des syphilis nerveuses.*

Rapporteurs : G. Milian, Sicard de Plauzoles, Cavaillon.

4° *Service social dans la lutte contre la syphilis.*

Rapporteurs : Mme Getting et Louste, Spillmann (Nancy), Jadassohn et Mrs. Neville-Rolfe.

I. — DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET PATHOGÉNIE DE LA SYPHILIS NERVEUSE ET HÉRÉDITAIRE

Rapport de P. Ravaut. — Trois grandes étapes jalonnent l'histoire de la syphilis nerveuse : la première anatomique, la seconde clinique, qui débute en 1880, la troisième biologique, qui date de 30 ans à peine. R. montre l'œuvre magistrale de Fournier. Grâce à ses études cliniques remarquables, il étend le domaine de la syphilis nerveuse à laquelle il rattache le tabès et la paralysie générale. Les recherches biologiques, l'étude du liquide céphalo-rachidien sont venues ajouter des moyens d'investigation nouveaux d'importance capitale. Nous avons deux méthodes pour établir précocement le diagnostic de syphilis nerveuse, l'une clinique et l'auteur passe en revue les signes les plus précoces de la syphilis nerveuse ; l'autre biologique : l'étude du liquide céphalo-rachidien, dans lequel viennent se refléter dès leur apparition, le plus souvent, presque toutes les lésions du système nerveux. R. décrit rapidement les diverses réactions du liquide céphalo-rachidien ; le cytodiagnostic (Widal et Ravaut, 1900) lui permit de mettre au jour les réactions latentes du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques au début de leur infection (Ravaut, 1903), et l'étude systématique, longuement poursuivie, de nombreux malades, de démontrer en 1914 l'existence d'une *période préclinique* de la syphilis nerveuse. En comparant la précocité d'apparition de ces deux ordres de symptômes, il apparaît que dans la plupart des cas les signes biologiques précèdent, souvent d'un très long temps, les signes cliniques. Le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse doit donc être fait à la période biologique par l'étude *systématique* du liquide céphalo-rachidien dans des conditions que R. précise. L'auteur décrit deux grandes formes de la syphilis nerveuse.

La première est la forme latente, inapparente, unique, souvent décelée par l'analyse du liquide céphalo-rachidien. Les réactions observées peuvent être d'intensité variable, représentant des lésions soit méningo-vasculaires, soit parenchymateuses, soit mixtes. Les unes vont guérir, disparaître définitivement, sans se traduire par aucun signe clinique, réactions biologiques latentes, curables. Les autres continuent d'évoluer et vont à des échéances variables se révéler par un signe clinique : ce sont les réactions précliniques (Ravaut, 1914).

La seconde est la syphilis nerveuse classique dont les lésions s'extériorisent par les divers symptômes permettant le diagnostic clinique :

syphilis nerveuse { formes latentes inapparentes { forme biologique latente curable ; forme préclinique ; formes cliniques

Telle est la conception de Ravaut. Trente ans d'études cliniques et

biologiques lui ont permis de l'étayer sur les bases les plus solides. Le rapport qu'il a publié, montre les étapes de ses recherches ; les observations permettent de juger l'évolution des réactions du liquide céphalo-rachidien.

Au cours de son exposé, R. insiste sur certains points particulièrement importants, dans l'examen du liquide céphalo-rachidien, et sur la signification qu'il leur donne. D'abord la qualité des cellules importe plus que leur nombre, toutes proportions gardées. L'étude cytologique par la méthode de la coloration vitale, fournit de précieux renseignements sur la *vitalité* de ces éléments et la présence des cellules du type de plasmazellen donne une valeur spéciale à la réaction. Il faut s'efforcer de caractériser l'origine des diverses réactions. Les réactions cellulaires témoignent de la méningite, les réactions de fixation et de floculation sont l'indice de lésions parenchymateuses. Il y a réactions complètes quand méninges et parenchyme sont pris. Il y a des réactions partielles, souvent légères, éphémères. C'est l'étude du liquide céphalo-rachidien qui permet de se rendre compte de l'évolution de ces réactions. R. montre par des preuves multiples que le meilleur moment pour pratiquer cet examen est la fin de la troisième année, et indique le pronostic que l'on peut tirer d'une réaction positive ou négative constatée à cette période.

Trois grands facteurs paraissent diriger l'évolution de la syphilis nerveuse ; ils sont en rapport avec le virus, le terrain, mais surtout avec l'influence du traitement initial.

L'étude du liquide céphalo-rachidien permet non seulement d'éclairer la pathogénie et de suivre l'évolution des syphilis nerveuses, mais surtout elle permet d'en faire le diagnostic précoce, et de ce fait est le meilleur moyen de prophylaxie de ces formes de syphilis nerveuse.

Rapport de Dujardin (Bruxelles). — D. étudie les moyens cliniques et les moyens de laboratoire qui permettent le diagnostic précoce des syphilis nerveuses acquises et héréditaires. Il montre en particulier la valeur de son index de perméabilité, valeur augmentée lorsqu'il résiste au traitement spécifique.

Étudiant la pathogénie de la syphilis nerveuse, il envisage plus spécialement :

1° l'influence de la vaccination secondaire sur le décours de la syphilis et plus spécialement de ses foyers nerveux ;

2° l'importance de la notion d'allergie dans l'évolution de la syphilis et plus spécialement de la syphilis nerveuse et il conclut que l'évolution de la syphilis est avant tout conditionnée par les capacités réactives du terrain sur lequel elle évolue.

Si l'organisme ne met en œuvre que l'immunité acquise dès le secondarisme, le cours de la syphilis se fera vers la syphilis secondaire tardive et la parasyphilis, c'est-à-dire anallergique tardive et ses graves éventualités nerveuses.

Plus ou moins rapidement, il peut mettre en œuvre ses capacités allergiques : le tertiarisme est une conséquence clinique de cet effort défensif.

Survenant même tardivement, l'allergie peut transformer la parasyphilis (surtout nerveuse) en une syphilis allergique tardive de pronostic meilleur.

Dans l'état actuel de nos connaissances, la malarisation semble être le moyen le plus actif d'exalter ces capacités allergiques.

L'apparition de l'allergie semble être le pivot de l'évolution de la syphilis et plus spécialement de la syphilis nerveuse. Elle a pour effet de provoquer sur les foyers où subsiste le tréponème, des réactions violentes qui en font une syphilis localisée et fixée.

Rapport de Truffi (Padoue) (Résumé de l'auteur). — T. envisage le sujet au point de vue de la contribution que les recherches expérimentales ont apportée à la solution du problème de la pathogénie de la syphilis du névraxe et conclut :

1° Chez le lapin infecté de syphilis par les voies communes, le système nerveux n'est pas atteint par l'infection, alors même que le virus est introduit directement dans la cavité rachidienne ou dans le cerveau. Dans ces cas, l'infection se propage à l'organisme tandis que le virus n'est pas décelable dans le névraxe ;

2° Chez la souris, l'inoculation de la syphilis donne une infection inapparente. Le virus a une tendance, qui n'est pas exclusive, à se localiser sur le cerveau où il ne détermine pas de lésions. Il semble que le virus, en passant du cerveau de la souris au lapin puisse conserver cette tendance à l'invasion du tissu nerveux ;

3° Chez la souris, le virus syphilitique, bien que localisé au névraxe, maintient sa contagiosité et sa sensibilité au traitement spécifique. Il n'est pas possible, par d'autres moyens, ni de modifier l'état réfractaire du névraxe du lapin, ni d'empêcher chez la souris l'invasion du tissu nerveux ;

4° Avec l'inoculation de cerveau ou de liquide céphalo-rachidien des paralytiques, on ne peut pas transmettre l'infection syphilitique aux animaux de laboratoire. Dans bien des cas, il semble qu'on réussisse à déterminer des altérations du liquide céphalo-rachidien et des centres nerveux, transmissibles en série, mais qu'on peut interpréter comme liées à des virus autres que le virus syphilitique. De même, le sang et les autres organes du paralytique ne donnent qu'exceptionnellement la syphilis aux animaux ;

5° On ne peut pas admettre l'existence de virus syphilitiques différents de la souche commune, doués de la propriété de se localiser exclusivement ou avec une grande préférence sur le système nerveux. Mais il est possible que le virus syphilitique acquière dans des passages successifs, une certaine disposition à se fixer sur le névraxe, sans

perdre pour cela ses propriétés dermotropes. Dans ce sens, on peut admettre l'existence dans le virus d'un neurotropisme acquis.

La tendance à la localisation et à la provocation de lésions sur le névraxe peut être favorisée par les conditions locales du terrain ;

6° L'hypothèse de Levaditi, que le tréponème ne soit qu'une phase, la dernière, dépourvue de pouvoir pathogène, du cycle vital du virus syphilitique, et que la syphilis du névraxe soit due à une phase infravisible du virus, quoique séduisante, n'est pas encore démontrée ;

7° On peut avancer, sur la base des données expérimentales et cliniques, l'hypothèse que la paralysie générale ne soit pas due exclusivement à l'action combinée du virus syphilitique et d'un autre virus ou agent inconnu. Cette conception reste, pour le moment, à l'état de simple supposition, sans aucune démonstration suffisante ;

8° La thérapie spécifique, l'arsenicale surtout, même à doses subthérapeutiques, ne favorise pas la localisation de la syphilis sur le névraxe ;

9° L'expérience sur les animaux démontre que l'action de la thérapie infectieuse dans la paralysie et le tabès n'est pas due à l'augmentation de la température, mais elle ne donne aucune lumière sur le mécanisme d'action de ce moyen thérapeutique ;

10° Les expériences sur les animaux avec d'autres micro-organismes (trypanosomes, spirochètes de la fièvre récurrente, etc.) n'ont qu'une importance relative pour éclairer le problème pathogénique de la syphilis du névraxe.

DISCUSSION

Sézary (Paris), après avoir rendu hommage aux beaux travaux de Ravaut, propose pour la ponction lombaire une date plus rapprochée. La fin de la première année lui paraît l'époque opportune ; dès cette date, après un traitement intensif, toutes les réactions de la période secondaire ont disparu. Déjà, vers la troisième année, certaines réactions méningées sont inaccessibles à la thérapeutique. S. montre l'importance primordiale du traitement de début, un traitement assez fort mais insuffisant est dangereux pour l'évolution ; ses recherches statistiques lui ont permis de constater qu'un traitement moyen de novarsénobenzol réduit du simple au double l'incubation du tabès.

Il ne croit pas qu'on puisse, comme le veut Dujardin, distinguer des syphilis allergiques ou anergiques. C'est, pour lui, l'anergie constante du parenchyme qui explique les caractères histologiques et la résistance au traitement de la paralysie générale.

Wagner von Jauregg (Vienne) admet que dès les premiers stades de l'infection syphilitique on peut trouver des tréponèmes en petit

nombre dans le parenchyme cérébral en des points limités au voisinage des altérations méningées.

Leur présence témoigne de la résistance du parenchyme cérébral à leur égard. Plus tard, cette résistance s'atténue et la paralysie générale peut s'installer.

Les lésions méningées sont au contraire rarement progressives, et peuvent évoluer pendant longtemps sans de grands dommages.

Jadassohn (Breslau) constate que des différences notables sont observées dans les réactions des paralytiques généraux à la luétine. Peut-être doivent-elles être aussi attribuées aux différences existant entre les diverses luétines ? Néanmoins, il ne croit pas à l'importance des réactions cutanées dans la notion d'apparition des syphilis nerveuses.

P. Ravaut (Paris) ne croit pas à ce balancement entre l'importance de la réaction méningée et l'importance de la réaction cutanée. La plupart des malades, au début de ses recherches, ont été observés en pleine effervescence secondaire, ce qui ne les a pas empêchés de développer par la suite une syphilis nerveuse.

Par contre, il considère que le traitement de début est d'importance capitale, et que bien suivi, à doses suffisantes, il mettra le malade à l'abri des troubles nerveux.

Communications.

La perméabilité des méninges et les anticorps du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis nerveuse.

M. R. Demanche (Paris) a cherché à étudier l'origine des anticorps du liquide céphalo-rachidien par le double moyen de l'exploration de la perméabilité méningée et de l'analyse des propriétés sensibilisatrices des anticorps du liquide céphalo-rachidien. La recherche du passage des hémolysines dans le liquide céphalo-rachidien par la réaction de Weil-Kafka lui a montré que, chez les paralytiques généraux, le traitement mixte chimio-malarique, supprime d'une façon presque constante la perméabilité des méninges tout en laissant subsister la positivité du Bordet-Wassermann du liquide. L'étude comparée des propriétés fixatrices des extraits de cerveau et des extraits de cœur employés comme antigènes pour la réaction de Bordet-Wassermann, soit avec le liquide céphalo-rachidien, soit avec le sérum des syphilitiques nerveux, a mis en évidence dans ce liquide l'existence fréquente d'anticorps anticerveau qui font défaut dans le sérum. Ces anticorps ont été constatés d'une façon très nette et presque exclusive chez les paralytiques généraux dans le liquide desquels l'extrait de cerveau se montre plus sensible que

l'extrait de cœur ; ils font défaut chez les malades atteints de méningite superficielle et semblent liés à l'existence de foyers destructifs de la substance nerveuse.

Le rapprochement de ces deux ordres de faits confirme la doctrine défendue depuis longtemps par Ravaut, de l'origine locale des anticorps du liquide céphalo-rachidien, du moins chez les malades atteints de lésions parenchymateuses du système nerveux.

Le diagnostic de la paralysie générale avant l'apparition des signes cliniques caractéristiques.

Targowla (Paris). — Les éléments du diagnostic de la paralysie générale au stade présymptomatique sont pour lui :

1° Les caractères d'homogénéité et de stabilité du syndrome humoral paralytique (intensité du Bordet-Wassermann, type paralytique des réactions colloïdales, index de perméabilité supérieur à 1/10°, formule leucocytaire et albuminose relativement discrètes ;

2° La résistance particulière de ce syndrome au traitement spécifique, telle qu'il n'est pas sensiblement modifié par l'épreuve thérapeutique et conserve son équilibre particulier.

Du diagnostic précoce de la syphilis nerveuse.

Riser et P. Mériel (Toulouse). — Il est difficile de dire si les lésions méningées de la syphilis tardive sont primitives et précèdent de plus ou moins de temps l'atteinte du parenchyme. Mais une chose est certaine et, au point de vue pratique et prophylactique elle est capitale, c'est que la localisation méningée est très précocement décelable par la ponction lombaire, bien avant que la seconde ne le soit par l'examen clinique. Il y a quelques rares exceptions à cette règle : certaines artérites et certains tabès évolutifs sans méningite.

R. et M. rapportent deux observations démonstratives de syphilitiques étudiés plusieurs années après la contamination, ne présentant aucun signe neurologique ou psychique, mais avec une réaction méningée forte et durable. Malgré le traitement, en plusieurs années, succédant à cette phase purement humorale, ont apparu progressivement les signes d'un tabès ou d'une paralysie générale.

Leroy et Medakovitch ont eu l'occasion d'observer des délires secondaires chez des paralytiques généraux soumis au traitement par la malaria.

II. — LA PROPHYLAXIE DES SYPHILIS NERVEUSES ACQUISES OU HÉRÉDITAIRES

Rapport de Wagner von Jauregg (Vienne). — Lesquels, parmi les syphilitiques, sont menacés du danger de la paralysie générale ? Ce sont ceux qui gardent des réactions positives du liquide céphalo-rachidien après la fin de la période secondaire. Ils sont menacés s'ils gardent ces réactions positives dans la période de latence précoce, et au plus haut degré s'ils les gardent jusqu'à la période de latence tardive. Ravaut l'a bien montré. La meilleure prophylaxie est le traitement suffisant spécifique de la syphilis primaire et secondaire, pour empêcher ces réactions d'apparaître ou les faire disparaître. L'auteur préconise des cures fortes répétées à de petits intervalles ; il utilise les préparations arsenicales et le bismuth. Lorsqu'on a fait un traitement suffisant, on doit s'assurer qu'on est arrivé au but cherché, et pour cela examiner le liquide céphalo-rachidien. La ponction sera faite 3 à 5 ans après l'infection.

Si un traitement suffisant n'a pu être fait au début et si les réactions du liquide céphalo-rachidien sont positives, on devra pratiquer la malariathérapie en combinaison avec de fortes cures spécifiques. On devra appliquer un traitement d'autant plus actif, que le malade est dans la période de latence tardive. Lorsque les réactions positives du liquide persistent, ou sont seulement très affaiblies un an après la malariathérapie, on devra répéter le traitement.

Rapport de H. Claude (Paris). — Les recherches faites depuis trente ans sur le liquide céphalo-rachidien permettent de mieux réaliser la prophylaxie des syphilis nerveuses. C. montre toute l'importance des réactions latentes et de la période préclinique (Ravaut, 1914). Cette prophylaxie, tant du point de vue diagnostic que du point de vue traitement sera mise en œuvre de façon différente suivant que le médecin aura suivi le malade depuis le début de la syphilis ou qu'il l'observera à une période éloignée.

I. Dès l'apparition des signes certains de syphilis, il conviendra de prévenir la localisation du virus sur le système nerveux par des investigations répétées du côté du sang et du liquide céphalo-rachidien. Un Bordet-Wassermann positif dans le sang, irréductible ou difficilement réductible, une albuminose et une lymphocytose persistantes du liquide céphalo-rachidien devront faire redouter des lésions ultérieures des centres nerveux et commander une thérapeutique chimique vigoureuse (mercure, arsenic, bismuth) et conduite sans relâche pendant trois ans. Si les réactions sont négatives, le traitement pourra être moins actif, mais la surveillance et l'examen neuro-psychiatrique et biologique pratiqués au moins un fois par an.

Si la négativation des réactions humorales a été constatée dès la première année, et se maintient surtout après la troisième, la surveillance pourra être moins sévère.

Un traitement insuffisant comme doses, ou suivi irrégulièrement, ou encore de façon pas assez prolongée, semble favoriser la localisation du virus sur le système nerveux.

Si la thérapeutique chimique n'a pas fait disparaître les caractères pathologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien après la troisième année, et dans les cas insuffisamment traités avec réactions humorales positives, l'emploi de thérapeutiques pyrétiques pourra être discuté ou même s'imposer. Cette cure sera suivie d'un traitement chimique.

II. Le malade se présente tardivement avec des signes nerveux ou mentaux : l'examen du sang et surtout du liquide céphalo-rachidien s'imposera, et permettra de se rendre compte s'il y a lieu de redouter l'apparition de la paralysie générale ou du tabès. Dans l'affirmative, on devra recourir à la pyrétothérapie par la malaria de préférence. Dans le cas contraire, la thérapeutique chimique sera suffisante. Dans les cas d'artérites ou de lésions cérébro-méningées, le traitement spécifique devra être allié à une hygiène et à une thérapeutique en rapport avec l'état général.

Le diagnostic de tabès au début ou de paralysie générale basé sur l'état humoral et les signes cliniques impose la pyrétothérapie dans le but d'arrêter la progression du processus méningo-encéphalitique.

Tandis que le tabès confirmé, surtout compliqué de lésions nerveuses : névrite optique, par exemple, ne paraît pas devoir bénéficier de la pyrétothérapie, la paralysie générale, même à un stade avancé, peut être modifiée de façon inespérée par la malariathérapie. La valeur de l'état psychique du sujet réclamera souvent d'être appréciée par un examen psychologique approfondi et par la méthode des tests dans le but de déterminer exactement dans quelle mesure s'est effectué le rétablissement des facultés psychiques.

Rapport de Nicolau (Bucarest). — Nous avons maintenant des médicaments actifs, des méthodes de diagnostic biologique permettant de dépister l'infection dans les phases où elle est le plus sûrement curable, et cependant la syphilis nerveuse continue d'être fréquente. L'explication doit en être cherchée, conditions de terrain et de virulence mises à part, dans le fait que par la faute des malades le plus souvent, mais parfois aussi par la faute du médecin, le traitement de la syphilis est loin d'être ce qu'il devrait. On peut dire que la prophylaxie de la syphilis nerveuse se confond avec le traitement général de la maladie. Une des difficultés pratiques dans la prophylaxie de la syphilis réside dans la nécessité d'une surveillance prolongée et d'explorations biologiques que nous ne sommes pas toujours en mesure de pratiquer.

La plupart des cas de syphilis nerveuse reconnaissant leur origine dans les ensemencements précoces du système nerveux (période primo-secondaire), le traitement antisyphilitique visant à la prophylaxie de cet ordre de manifestations, pour réaliser tous les espoirs qu'on fonde sur lui, ne doit pas être appliqué au hasard et d'une façon quelconque, mais conduit suivant les règles du traitement précoce et intensif, tel qu'il est préconisé aujourd'hui par la majorité des syphiligraphes. Ce n'est qu'en procédant de la sorte qu'on peut avoir la chance d'obtenir la stérilisation de l'organisme, avant que les germes n'aient eu le temps de se multiplier, d'acquérir des relations intimes avec les éléments des tissus et, peut-être, d'engendrer des formes de résistance.

Les craintes, exprimées par certains syphiligraphes, que les traitements trop hâtifs et trop puissants, — en supprimant les éruptions secondaires et en entravant, de ce fait, les processus immunitaires actifs de l'organisme, — pourraient avoir une influence défavorable sur le cours ultérieur de l'infection et prédisposer notamment à la syphilis nerveuse, ne reposent sur aucune base certaine. Tout semble prouver que les états immunitaires, qui se développent dans la syphilis, sont d'ordre local ou régional (immunité histiogène) et rien ne vient appuyer l'hypothèse d'une interdépendance immunitaire existant entre les divers organes et spécialement entre la peau et le système nerveux.

L'observation clinique démontre qu'un traitement antisyphilitique énergique, institué le plus tôt possible, après le début de l'infection et suffisamment prolongé, est capable d'assurer, dans la grande majorité des cas, une prophylaxie efficace de la syphilis nerveuse.

L'action préservatrice du traitement devient de moins en moins sûre à mesure que celui-ci intervient à une période plus éloignée du début de l'infection. Le traitement devra être d'autant plus prolongé qu'il est plus tardif.

La ponction lombaire devra être faite dans le courant de la troisième année ou au moment où l'on envisage de diminuer ou de suspendre le traitement. Si le liquide est normal, on doit considérer l'avenir du malade avec tranquillité. S'il est pathologique, on doit adjoindre la malariathérapie préventive au traitement chimiothérapique. Il y a une question de propagande médicale à faire en vue d'éclairer les malades sur la haute utilité de la ponction lombaire et de leur faire comprendre que leur avenir ne saurait être garanti qu'à ce prix.

Dans la syphilis héréditaire on devra s'inspirer des mêmes principes et instituer un traitement précoce sous le contrôle sérologique et celui du liquide céphalo-rachidien.

Nouvelle méthode de traitement de la syphilis nerveuse.

Schreus et Bernstein (Dusseldorf). — S. a proposé un traitement intensif de la syphilis nerveuse, traitement de saturation par le salvarsan

« Salvarsansattigungsbehandlung ». Ce traitement appliqué par S. et B. dans des cas de syphilis nerveuse ayant subi sans succès des cures de salvarsan et de bismuth s'est montré efficace. En général, dans le traitement de la syphilis nerveuse, du tabès et de la paralysie générale, la méthode de saturation a donné d'excellents résultats. De plus ce traitement n'est pas dangereux et peut être supporté par des malades auxquels on ne peut inoculer la malaria. Dans certains cas, le traitement de saturation est associé à la pyrothérapie et à la bismuthothérapie.

L'action du stovarsol sodique dans la paralysie générale.

Sézary et Barbé (Paris). — Leur pratique, déjà longue, de ce mode de traitement leur a permis de juger de ses bons résultats dans la paralysie générale.

L'arsenic pentavalent est capable de rendre les mêmes services et à moins de frais que la malariathérapie dans le traitement de la paralysie générale. Ces deux méthodes, loin de s'opposer, peuvent s'associer, encore qu'il soit rare qu'un malade ayant insuffisamment bénéficié du stovarsol puisse être amélioré par la malariathérapie.

Sur la prophylaxie de la syphilis nerveuse.

Carle (Lyon) insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce et d'un traitement intensif des syphilis nerveuses.

E. Rizzatti (de Racconigi) n'utilise pas les arsénobenzènes, mais emploie la pyrétothérapie au moyen de soufre associé au bismuth, à l'iode et au mercure. Cette méthode thérapeutique lui a donné d'excellents résultats.

Essais thérapeutiques de la paralysie générale et du tabès par le virus antirabique Pasteur.

Tommasi (de Palerme) a traité le tabès et la paralysie générale par le virus antirabique Pasteur suivi de thérapeutique spécifique. Cette méthode tout à fait inoffensive peut d'ailleurs être associée à toute autre thérapeutique. Elle a donné des résultats favorables dans 50 o/o des cas.

Fonctionnement d'un centre régional de prophylaxie de la syphilis nerveuse et de malariathérapie.

Riser et Planques, qui dirigent un centre de création récente, ont déjà donné en un an 1.000 consultations. Les malades sont examinés complètement au point de vue clinique, humoral, ophtalmologique. Ils ont ainsi dépisté 180 syphilis nerveuses. 80 de ces malades ont été soumis à la malariathérapie avec 30 o/o d'améliorations. La malariathérapie ne doit pas être appliquée systématiquement à tous les malades, mais seulement aux sujets améliorables et utilisables. Elle ne saurait être appliquée aux malades à un stade avancé de leur évolution. Ils rappellent que le fonctionnement d'un tel centre repose entièrement sur la conception pathogénique de Ravaut : précocité de la réaction méningée, phase biologique précédant les signes cliniques, pratique systématique de la ponction lombaire chez les syphilitiques, trois, cinq et dix ans après la contamination. — Les méningites syphilitiques rebelles sans atteinte du parenchyme leur paraissent justiciables de la malariathérapie.

DISCUSSION

Targowla (Paris) a observé que le traitement initial n'est pas toujours capable d'empêcher la production de lésions nerveuses. La prophylaxie est bien plus une question de diagnostic précoce et par suite de malariathérapie.

Sézary (Paris) a obtenu de bons résultats dans le traitement des syphilis nerveuses avec l'arsenic pentavalent. Le traitement arsenico-bismuthique lui paraît le meilleur traitement préventif. Lorsque la réaction méningée de la période secondaire est traitée de façon intensive, on parvient d'ordinaire à prévenir l'apparition de la syphilis nerveuse.

Ravaut (Paris). — Pour cet auteur, il existe des réactions méningées sans lésions parenchymateuses à côté de lésions méningées suivies de lésions parenchymateuses. Celles-ci ont toujours été précédées des premières, mais on peut voir le processus toucher en même temps la méninge et le parenchyme. Il existe des cas très rares de paralysie générale sans réaction méningée, mais souvent avec légère hyperalbuminose.

Le traitement de début de la syphilis a une importance primordiale au point de vue prophylaxie nerveuse. Il faut un traitement intense mais non choquant, de préférence un traitement mixte.

Ehlers (Copenhague) insiste sur l'importance des céphalalgies intenses du début de la syphilis qui peuvent être prémonitoires de troubles nerveux graves. Elles nécessitent un traitement d'emblée énergique.

III. — IMPORTANCE MÉDICO-SOCIALE DES SYPHILIS NERVEUSES

Rapport de Cavaillon, Milian et Sicard de Plauzoles. — L'histoire de nos connaissances sur la syphilis nerveuse a été faite de la façon la plus complète par le professeur Jeanselme.

Lasègue (1861) considérait les affections nerveuses syphilitiques comme des manifestations rares. Avant Fournier, le seul travail important est celui de Hughtings Jackson (1875) qui décrivit l'épilepsie syphilitique.

La syphilis, a dit Alfred Fournier, est avant tout « un poison du système nerveux », et Fournier, le premier, a dressé le bilan médico-social de la syphilis et montré l'importance des syphilis nerveuses.

D'après les travaux de Fournier, c'est le cerveau qui est, après la peau, le plus fréquemment touché par la syphilis : « le cerveau, c'est-à-dire l'organe noble par excellence, celui qui régit tous les autres et qui gouverne toute la machine humaine ».

Les conséquences sont : non seulement les infirmités motrices, mais surtout, au point de vue social, la déchéance intellectuelle à degrés variés et sous des formes diverses.

Les auteurs rappellent les statistiques de Fournier, les travaux de Leredde sur le domaine de la syphilis, la syphilis héréditaire et la famille syphilitique, les recherches d'Auguste Marie et Levaditi, d'André Thomas et Long-Landry, de Babonneix, de Drouet et Hamel, etc... ; ils insistent sur le rôle de la syphilis dans le développement de la dégénérescence mentale, arriération, perversion, psychopathies et criminalité juvéniles et sur les résultats remarquables et incontestables du traitement spécifique, systématique, précoce, rigoureusement prolongé.

Au point de vue social, le fait capital, c'est que la syphilis est le facteur le plus important de dégénérescence ; qu'il faut donc organiser la prophylaxie de la syphilis héréditaire par le traitement des parents avant la procréation, par le traitement des mères pendant la gestation et le traitement des enfants.

Un grand nombre d'adolescents et d'adultes qui deviennent des criminels à tous les degrés auraient pu évoluer dans un sens différent, si on les avait soignés dans les premières années de leur vie.

Importance médico-sociale de la syphilis quaternaire en Tunisie (P. G. et tabès).

A. Cassar (Tunis) a étudié la fréquence des cas de paralysie générale et tabès chez les Européens, Israélites, Tunisiens. Cette fréquence est un peu moindre, ou à peu près égale à ce que l'on observe en Europe. Par contre, le Musulman tunisien, qui pourtant paie un lourd tribut

à la syphilis (75 o/o de la population totale) conserve actuellement une immunité réelle de son système nerveux. Le tabès est exceptionnel, la paralysie générale rare.

Le Musulman se soumet assez mal au traitement et bien souvent ne fait qu'une cure de blanchiment. L'insuffisance de ces traitements arsenicaux ne lui a pas semblé favoriser l'éclosion, ni augmenter la fréquence de la paralysie générale et du tabès. L'absence d'alcoolisme dans la population tunisienne doit être à considérer.

DISCUSSION

Jadassohn (Breslau) rapporte des observations intéressantes faites en Mongolie. La proportion de tabès et de paralysie générale est sensiblement comparable à celle observée en Europe.

Les traitements insuffisants ne semblent pas avoir augmenté cette proportion. Le nombre de cas de syphilis nerveuse est à peu près semblable chez les malades peu traités et chez ceux ayant reçu un traitement suffisant.

Cavaillon (Paris) remarque que l'insuffisance des traitements n'a pas augmenté le nombre des cas de syphilis nerveuse. La guerre a provoqué une augmentation du nombre des syphilis ; beaucoup de ces malades ont subi un traitement notoirement insuffisant et cependant le nombre des tabès et paralysies générales n'a guère augmenté.

Nicolas (Lyon) ne croit pas que les arsenicaux aient pu provoquer tabès ou paralysies générales. Le nombre de ces malades paraît plutôt avoir diminué.

Hudelo (Paris) confirme cette opinion et attribue cette diminution au traitement syphilitique énergique pratiqué dès le début.

A la suite de cette discussion, le Congrès a voté à l'unanimité la résolution suivante, proposée par M. Milian (Paris).

« La fréquence du tabès et de la paralysie générale et de la syphilis nerveuse, n'est pas plus grande aujourd'hui qu'autrefois.

« Elle semble même avoir diminué, non seulement au point de vue absolu, mais même relatif, car la guerre a augmenté la syphilis dans une proportion considérable, qui ne se retrouve pas dans le nombre actuel des syphilis nerveuses.

« On ne peut donc que se féliciter de l'action des médicaments actuels et particulièrement des arsénobenzols qui ont été employés depuis 1910. »

LE SERVICE SOCIAL DANS LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS

Rapport de Mme Cetting et Louste. — Les auteurs exposent les origines, le principe, la technique du service social dans la lutte contre la syphilis, en France.

Cette organisation répond au plan de prophylaxie dressé par Alfred Fournier ; elle remonte à moins de dix ans ; mais elle a fait ses preuves : ses résultats sont tels que le service social s'avère comme facteur indispensable de la défense sociale contre la syphilis.

A Paris, il existe actuellement 19 services sociaux consacrés uniquement à la lutte antivénérienne : 9 dans les services d'adultes des hôpitaux, 6 dans les services de maternité et d'enfants, 3 dans les dispensaires de la Ligue nationale française contre le péril vénérien et 1 à l'hospice national des Quinze-Vingts.

La Ligue nationale française contre le Péril vénérien a créé, en outre, un enseignement qui comprend :

1° Des cours de service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. Ces cours sont faits deux fois par an à la Faculté de médecine.

2° Une École de service social où sont admises les infirmières et assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte antivénérienne.

Il est particulièrement important que les assistantes soient des infirmières ayant une instruction technique appropriée, non pour donner des soins, mais pour comprendre l'évolution de la maladie, les conséquences, même lointaines, qu'elle peut avoir, et la nécessité d'une prophylaxie sévère pour l'entourage du malade.

Le rôle de l'assistante doit porter principalement sur l'éducation des malades et sur la régularité et la continuité du traitement.

Si l'assistante sociale est indispensable dans les services de maternité et de tuberculeux, son rôle est encore plus important et baucoup plus productif dans les services de syphiligraphie.

Rapport de L. Spillmann (Nancy). — S. montre l'importance de l'œuvre déjà accomplie. Dans la plupart des grands services on voit l'assistante sociale, collaboratrice du médecin, chargée d'éduquer le malade, de le protéger, de surveiller son traitement, de dépister la syphilis dans sa famille et de lutter contre les contaminations. Le service social doit être organisé dans tous les services chargés de dépister ou de traiter les syphilitiques. Se conformant aux directives données par le médecin-chef, l'assistante sociale doit :

1° constituer le dossier du malade ; 2° remplir un rôle moral ; 3° sur-

veiller la régularité du traitement en effectuant méthodiquement la revision de ses dossiers et en favorisant le retour du malade, à dates fixes, au dispensaire ; 4° contribuer à la recherche de l'origine des contaminations ; 5° exercer son action de protection dans la famille et dans l'entourage du malade ; 6° effectuer des visites à domicile (cette fonction doit être remplie avec tact et prudence) ; 7° étendre son action sur les prostituées en facilitant leur relèvement ; 8° être en liaison avec les dispensaires annexes et avec toutes les œuvres sociales régionales ou nationales.

Ce rapport est basé sur l'organisation du service social antisyphilitique dans le département de Meurthe-et-Moselle. Il signale que la plupart des grands centres provinciaux français ont des organisations identiques. Les syphilitiques sont donc sûrs de trouver dans toutes les régions de France, à côté des soins médicaux appropriés à leur état, la protection du service social contre la maladie, contre le découragement et contre la misère. Les assistantes chargées de ce service doivent être des infirmières d'un niveau moral supérieur. Elles sont surtout chargées d'éclairer les malades, de les réconforter, de les convaincre que si la syphilis abandonnée à elle-même peut causer des désastres, la syphilis bien traitée et surveillée, leur permettra de vivre une vie normale et de fonder des foyers heureux.

Rapport de Jadassohn (Breslau). — Pour les maladies vénériennes, les conditions sociales jouent un rôle particulièrement important ; beaucoup de malades par ignorance négligent de faire appel au médecin. C'est alors que l'assistante sociale a un rôle particulièrement important. Le dépistage des sources d'infection et des personnes exposées, aussi bien que l'avertissement à donner à celles qui négligent de se soigner sont parmi les rôles essentiels du service social. Le service social peut être entièrement voué à la lutte antivénérienne ou poursuivre, à côté, d'autres buts médicaux ou sociaux.

Le service social devra s'exercer dans les dispensaires, les consultations, cliniques et policliniques, dans les services hospitaliers, les services spéciaux pour l'hérédo-syphilis et particulièrement pour la prophylaxie (les services de prévoyance pour les femmes enceintes, les cliniques d'accouchement, la surveillance prolongée et éventuellement le traitement des enfants syphilitiques ou menacés de l'être, les caisses d'assurances et les prisons). De plus, les organisations de protection de la jeunesse, les bureaux de bienfaisance, les consultations matrimoniales, etc., doivent étendre leur action dans le même sens. Un travail commun de toutes ces organisations, travail qui doit être guidé par des vues identiques, est absolument nécessaire. Chercher à réduire les dépenses peut aussi avoir une répercussion nuisible au point de vue économique.

Le traitement gratuit de toutes les personnes qui ne sont pas vraiment

fortunées, est l'idéal. Un règlement préventif est le complément nécessaire à toute législation de la lutte antivénérienne.

Les moindres exigences veulent que l'on traite régulièrement et immédiatement tous les malades vénériens, sans préjudice social du malade ou de sa famille, que l'on applique une discrétion absolue, que l'on rattache un service social à toutes les institutions médicales qui ont à s'occuper d'un certain nombre de malades vénériens, que l'on fasse appel à des psychiatres, que l'on n'emploie qu'un personnel spécialement formé et choisi, et que l'on procure des occupations appropriées aux malades devant être longtemps hospitalisés.

Rapport de Mrs. Neville-Rolfe (Londres). — Les difficultés médicales pour le traitement des maladies vénériennes sont augmentées par le stigmate social qui est encore attaché à ces « maladies vénériennes ». Il y a tout un programme d'éducation à accomplir, éducation sexuelle de l'enfant par l'entremise d'organisations hygiéniques. L'instruction sur l'hygiène sociale doit devenir une partie intégrale de l'enseignement de ceux qui sont à la tête des études des jeunes gens et jeunes filles. Elle insiste enfin, sur ce point que, pour que la campagne contre les maladies vénériennes soit un succès permanent, il faut que l'homme prenne sur lui une responsabilité raisonnée pour sa vie sexuelle, et dans ce but qu'il doive établir des coutumes sociales et des bases de conduite fondées sur une connaissance scientifique se rapportant à des valeurs ethniques et spirituelles.

Quelques données relatives à l'extension de la syphilis au cours des dernières années dans le Nord des Pays-Bas.

K. Peintema (Groningue). — De bonnes statistiques sont d'un grand intérêt pour la bonne organisation d'un service social. D'après ces statistiques, pendant les années comprises entre 1926 et 1931, la syphilis a beaucoup augmenté dans les provinces septentrionales des Pays-Bas. En 1926, 0,49 o/o du total des nouveaux malades ; en 1931, 5,31 o/o. Partiellement, tout au moins, cette augmentation est en rapport avec la crise économique. Les faits confirment l'opinion de V. Düring, selon laquelle la syphilis augmente au cours d'une crise sociale.

DISCUSSION

M. Barthelemy (Paris) est d'avis que l'assistance sociale n'aura pas son plein effet contre la syphilis, tant qu'elle ne s'occupera pas à Paris, comme cela se fait déjà en province, des prostituées *ailleurs qu'à l'hôpital*.

Il faut qu'elle recherche et catéchise surtout les mineures, les clan-

destines, plus contagieuses et plus accessibles souvent aux essais de relèvement, mais plus ignorantes et plus insouciantes aussi.

Il faut qu'elle pénètre, avec les précautions nécessaires, dans le milieu et la famille de la prostituée. Elle y serait aidée par les cadres médicaux et administratifs du Dispensaire de salubrité, qui, à Paris, dépend de la préfecture de police, mais n'a plus d'esprit policier et possède une organisation permettant de retrouver un grand nombre de prostituées.

PROPOSITION

Comme conclusion des travaux du Congrès, les membres, à l'unanimité, ont voté la proposition suivante :

« Le Congrès, à la suite des rapports, communications et discussions concernant le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse ;

« Considérant que la ponction lombaire est le meilleur moyen d'apprécier l'état du système nerveux au cours de la syphilis ;

« Estime qu'il est nécessaire de la pratiquer au cours des étapes décisives de la vie du syphilitique. » H. Rabeau.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en avril 1932.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Annales des Maladies Vénériennes, 27e année, n° 4, avril 1932.

Ce numéro est consacré à l'analyse des rapports présentés à l'occasion du centenaire d'Alfred Fournier, 12 mai 1932. Nous en rendons compte d'autre part. H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Sur le traitement de la syphilis primaire par l'inoculation du « sodoku », par Hashimoto et I. Iwakiri. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 3, mars 1932, pp. 131-144.

L'auteur donne les détails techniques pour l'inoculation du sodoku, les symptômes qu'il provoque (accès fébriles intermittents ou continus, éruption) et l'évolution consécutive du chancre syphilitique traité. Première impression favorable ; mais trop peu de malades traités et surtout suivis longtemps. A noter plusieurs cas de négativation spontanée tardive de la réaction de Bordet-Wassermann. Aucun des sujets traités ainsi ne fit d'accidents secondaires bien qu'ils n'aient jamais reçu plus de 1 gr. 20 de novar pour la guérison du sodoku.

A. Bocage.

Le photobiotropisme, par H. Jausion, F. Pagès et A Soleil. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 3, mars 1932, pp. 145-159.

L'auteur, après avoir exposé en détail ce qu'est le biotropisme, donne divers exemples tirés de son expérience personnelle ou peu connus comme celui de la bartonellose inapparente des animaux devenant rapidement mortelle après splénectomie.

Puis il décrit divers types d'éruptions photobiotropiques : furonculose, acné, souvent curables par des irradiations fortes, alors que les faibles doses les aggravent ; en passant il signale qu'il n'est guère d'acné qui résiste à la double vaccinothérapie par les clasines staphylococcique et tuberculeuse. L'impétigo streptococcique, le lupus tuberculeux, le lupus érythémateux chronique ou aigu relèveraient au moins en

partie de la même origine solaire. Il cite des réactivations sérologiques dans la syphilis latente après photothérapie, quelques faits de psoriasis déclenchés par le soleil, affection qu'il estime être une réaction allergique en rapport avec une épidermomycose ; il existe un cas analogue de lichen plan. L'herpès, l'hydroa, certaines fièvres éruptives peuvent survenir après une insolation, tantôt au niveau des points récemment ou antérieurement insolés, tantôt dans les régions du corps maintenues à l'abri de la lumière. Pour chaque variété l'auteur donne de courtes observations ou rappelle des cas publiés, signalant le rôle possible de l'hypercalcémie dans le mécanisme de production de ces manifestations photobiotropiques. A. Bocage.

Prurit tabétique et érythrodermie, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 3, mars 1932, pp. 160-162.

Courte observation d'une érythrodermie survenue après une seule injection arsenicale chez un malade ayant eu antérieurement une érythrodermie arsénobenzolique ; l'intérêt de ce cas est la coexistence d'un prurit tabétique dont l'auteur indique les symptômes particuliers (soulagement par la pression et non par le grattage proprement dit). Guérison en un mois par le cyanure de mercure.

A. Bocage.

La gale du chat, par L. Lafourcade. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 3, mars 1932, pp 163-169.

Excellente revue générale avec bibliographie sur cette affection bénigne, dont il faut connaître les conditions étiologiques et les symptômes particuliers. A. Bocage.

Projet d'assistance médicale antilupique, par C. Audry. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année. n° 4, avril 1932, pp. 195-199.

Devant l'impossibilité de bien traiter les grands lupus dans un service non spécialisé, l'auteur demande une organisation générale pour l'ensemble de la France et il en précise les grandes lignes, grands centres autonomes pourvus de lits et de laboratoires, centres secondaires uniquement destinés au traitement photothérapique, pouvant fonctionner seulement avec trois médecins, dont un laryngologiste, et deux infirmières. A. Bocage.

Erythrodermie vésiculo-œdémateuse primitive à streptocoques, par G. Milian et R. Degos. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 4, avril 1932, pp. 200-210.

Longue observation d'une femme de 61 ans qui, sans antécédent particulier, fait une érythrodermie vésiculo-œdémateuse compliquée de poussées impétigineuses, de placards de rougeur œdémateuse d'allure érysipélateuse, de poussées ganglionnaires, le tout accompagné de fièvre irrégulière, avec œdèmes des membres inférieurs. Disparition de l'érythrodermie en quelques mois ; il reste de la tuméfaction ganglion-

naire et de l'intertrigo rétro-auriculaire. Alors apparut un syndrome hémorragipare auquel la malade succomba.

Au cours de l'érythrodermie on trouva du streptocoque dans la peau. A la phase terminale, l'hémoculture donna aussi le même germe.

A. Bocage.

Erythrodermie vésiculo-œdémateuse streptococcique, par G. Milian et Massot. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéreologie*, 8e année, n° 4, avril 1932, pp. 211-217, 2 fig.

Une femme de 39 ans, sujette à l'intertrigo rétro-auriculaire, fait une érythrodermie dans laquelle on mit en évidence le streptocoque et qui fut améliorée par la sérothérapie antistreptococcique.

A. Bocage.

Erythrodermie streptococcique, par G. Milian et I. Périn. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 4, avril 1932, pp. 218-219, 1 fig.

Chez une femme ayant eu antérieurement de l'érysipèle récidivant, une érythrodermie se développe en même temps qu'une angine aiguë avec température très élevée. Résolution en quelques semaines.

A. Bocage.

Lichen plan conjugal, par P. Grangé. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 4, avril 1932, pp. 221-224.

Observation avec bibliographie d'un lichen plan de la muqueuse buccale chez deux époux au voisinage de la soixantaine.

A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Le virus herpétique et la sclérose latérale amyotrophique, par D. Paulian. *Bulletin de l'Académie de Medecine*, 96e année, 3e série, t. CVII, n° 13, 1932, pp. 462 467, 3 fig.

En 1923, à 42 ans, un expérimentateur se fait une inoculation au bras de deux souches d'herpès récidivant, l'un fébrile, l'autre afébrile. Une lésion de très grandes dimensions se développe avec fièvre et persiste trois mois. Tous les ans l'herpès récidive à la même époque ; un état subfébrile persista. En 1928, algies dans les deux bras. En 1929, un épisode méningitique fébrile pendant 10 jours, suivi des premiers troubles moteurs remplaça la poussée d'herpès : un syndrome de sclérose latérale amyotrophique s'installe qui s'améliore un peu au bout de six mois. Un an après la première atteinte de méningite, nouvelle poussée d'herpès rapidement suivie d'une aggravation considérable des symptômes nerveux ; mort au bout de neuf mois en novembre 1930. La ponction lombaire avait été négative.

A. Bocage.

L'impaludation cérébrale, par M. Ducosté. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 96e année, 3e série, t. CVII, nº 14, 1932, pp. 519-524.

Des essais nombreux antérieurs ont montré à l'auteur la parfaite tolérance de la substance blanche des lobes frontaux à l'injection de produits variés. D'autre part, seule l'inoculation de sang paludéen total peut transmettre la malaria. On inocule donc dans un lobe frontal 2 à 5 centimètres cubes de sang paludéen citraté ; il n'en résulte ni douleur, ni choc, ni réaction motrice ou psychique appréciable. L'incubation est de 8 jours en moyenne, puis les accès apparaissent et s'éteignent d'eux-mêmes le plus souvent sans quinine au bout de 10 ou 15. Un type particulier qui semble un paludisme purement cérébral ne donne que deux ou trois clochers fébriles sur le tracé et guérit spontanément en s'accompagnant d'une remarquable amélioration physique et mentale.

108 malades ont été ainsi impaludés par voie cérébrale. Cette méthode est mieux supportée que la voie veineuse, en particulier au point de vue hépatique, splénique, cardiaque ou gastro-intestinal. La mortalité n'atteint que 1,4 o/o. Dans 8 o/o des cas, retour très rapide de toutes les réactions humorales à la normale. Dans l'ensemble, 31 o/o de malades stationnaires après le traitement, 46 o/o améliorés souvent dans de très larges proportions ; et 21 o/o de guérisons psychiques complètes malgré la persistance de quelques petits signes neurologiques et parfois de réactions humorales positives. Beaucoup de malades n'avaient pas reçu d'autre traitement médicamenteux que l'impaludation cérébrale.

A noter que l'impaludation sanguine accompagnée d'injection intracérébrale d'un sérum indifférent ne donne pas les mêmes résultats. L'impaludation ventriculaire est habituellement suivie de céphalée et de vertiges transitoires ; sur 23 cas, les résultats sont nettement inférieurs à ceux de l'impaludation cérébrale. A. Bocage.

Sur un mode de traitement préventif et curatif des réactions sériques par la médication benzo-salicylée, par H. Vincent. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 96e année, 3e série, t. CVII, nº 15, 1932, pp. 549-552.

S'appuyant sur ses expériences antérieures concernant le pouvoir antitoxique et cryptotoxique des sels sodiques de l'acide benzoïque et de l'acide salicylique, l'auteur conseille contre les accidents sériques de faire prendre toutes les heures, puis toutes les deux heures, une cuiller à soupe d'une potion contenant 6 grammes de ces sels pour 200 centimètres cubes d'eau, dès le début des premières manifestations cutanées. A. Bocage.

Deux cas d'actinomycose invétérée sans grains macroscopiques ou microscopiques dus au même parasite, par A. et H. Sartory et J. Meyer. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 96e année, 3e série, t. CVII, nº 16, 1932, pp. 597-599.

A l'examen direct, on ne trouve que de rares éléments cocciformes atypiques. L'ensemencement par les méthodes classiques ne donne que des résultats négatifs. S'inspirant de la technique employée pour l'isolement du bacille tuberculeux à partir des organes malades, les auteurs broyent le matériel pathologique et l'étalent sur la paroi d'un tube. Après un court séjour à l'étuve, le tube est rempli d'un mélange de sérum sanguin et de milieu liquide de Sabouraud maltosé glycériné. En quelques semaines à 37° apparaissent de petites colonies où le microscope montre des filaments fortement fragmentés ; par repiquages successifs ils finissent par donner sur milieux solides la forme filamenteuse habituelle des *actinomyces*.

Ce n'est qu'au deuxième passage sur l'animal qu'on voit des lésions classiques d'actinomycose avec grains microscopiques.

A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Traitement des névrodermites et eczémas généralisés par la distension cutanée et l'autohémothérapie, par M. Hamburger, Ph. Marie et Waynberger. *Bulletin Médical*, 46e année, n° 15, 9 avril 1932, p. 263.

La méthode qui a donné aux auteurs d'heureux résultats consiste à injecter dans le derme ou mieux dans le tissu cellulaire sous-cutané une certaine quantité de liquide qui distend les tissus. Ils utilisent le propre sang du malade reçu dans une seringue légèrement huilée pour éviter la coagulation ou du sang étranger, ou mieux du sérum physiologique. La quantité de liquide varie suivant l'étendue des lésions. Dans certains cas, de petites doses suffisent pour amener une amélioration du prurit. En général, 8 à 10 injections sont nécessaires. La méthode est trop récente pour que ses indications soient encore exactement déterminées. Les eczémas, même anciens, sont améliorés, les névrodermites calmées.

H. Rabeau.

Les femmes aux paupières roses ou contribution à l'étude de l'œdème des paupières, par Clément Simon. XXIXe lettre. *Bulletin Médical*, 46e année, n° 17, 23 avril 1932, p. 295.

A l'occasion d'une observation de malade présentant de l'œdème rouge des paupières chaque fois qu'elle couchait dans une chambre fraîchement décorée avec des peintures contenant de l'aniline. S. passe en revue les diverses causes de cet œdème rouge ou rose monosymptomatique. En première ligne viennent les teintures des cheveux, ensuite viennent les plantes (primevères, lierre, rhus toxicodendron, etc.) et toutes les couleurs d'aniline. Le traitement par suppression de l'agent causal est souvent difficilement accepté.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Valeur diagnostique et pronostique de l'énurésie, par M. Pinard et Mlle Corbillon. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 48e année, 3e série, no 13, 25 avril 1932, p. 513.

L'énurésie ne doit pas être considérée comme un petit inconvénient banal. Sur 180 malades, les auteurs trouvent la preuve absolue de la syphilis héréditaire dans 44,4 o/o des cas, une grande probabilité dans 32,7 o/o ; au total, 77,1 o/o des cas. Le traitement spécifique doit être méthodiquement poursuivi, de façon énergique et prolongée. Il donne dans la plupart des cas de bons résultats et évite les grosses tares nerveuses auxquelles sont exposés les malades. Cathala pense que dans beaucoup de cas un régime approprié suffit à guérir 8/10e de ces malades. Laignel-Lavastine a l'impression que l'hérédo-syphilis est fréquente chez ces malades et il a obtenu des succès remarquables avec le sulfarsénol. C'est aussi l'avis de Decourt qui apporte une observation démonstrative de la valeur du traitement spécifique.

H. Rabeau.

Ulcère aigu de la vulve au début d'une fièvre typhoïde, par M. Brulé, P. Hillemand et E. Gilbresi. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 48e année, 3e série, no 13, 25 avril 1932, p. 525.

Observation d'une jeune fille de 18 ans, encore vierge, amenée à l'hôpital pour des ulcérations vulvaires survenues brusquement. L'aspect gangréneux, l'atteinte profonde de l'état général, firent penser à une gangrène de la vulve. L'hémoculture décela une septicémie éberthienne. Le nombre, l'espèce des ulcérations, l'évolution des lésions, l'absence d'adénopathie importante permettent de porter le diagnostic d'ulcère aigu de la vulve au cours d'une typhoïde. Le *Bacillus crassus* a été trouvé sur frottis, mais n'a pas été cultivé. H. Rabeau.

Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie (Paris).

Dosages de l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien après injection intraveineuse de néo-salvarsan, par Le Fèvre de Arric et A. Bray. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CIX. no 11, 13 avril 1932, pp. 974-976, 1 tableau.

Employant la technique de L. Brahm, les auteurs ont constaté que chez les sujets normaux l'arsenic ne passe pas dans le liquide rachidien. Sur 25 malades, 7 résultats négatifs dont 2 paralysies générales et 1 hémiplégie, 18 résultats positifs, dont 13 syphilis nerveuses, dont 4 paralysies générales. Mais il n'y a aucun parallélisme entre la perméabilité constatée expérimentalement et les signes d'irritation méningée donnés par l'examen du liquide rachidien.

Ces dosages ont été faits 2 heures après l'injection intraveineuse de novarsénobenzol ; les concentrations trouvées oscillaient entre 1 et 10 milligrammes par litre, nettement supérieures à celle que donnerait une égale répartition de l'arsenic entre toutes les humeurs de l'organisme. A. BOCAGE.

De l'existence d'un ultra-virus chez le bacille de la lèpre humaine, par J. CANTACUZÈNE et S. LONGHIN. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CIX, nº 11, 13 avril 1932, pp. 1003-1004.

L'inoculation au rat suivant la méthode de Van Deinse pour l'ultra-virus tuberculeux a donné 2 résultats positifs après 2 mois, présence de granules et de bacilles acido-résistants dans le péritoine ; sur les 6 animaux inoculés, l'un, sacrifié au bout de 15 jours, présentait des lésions sans bacilles ni granulations acido-résistants, les 3 autres moururent le jour de l'inoculation. A. BOCAGE.

Sur la diffusion de l'ultra-violet par divers corps et plus particulièrement par la peau humaine, par J. CLUZET, S. KOFMAN et G. BOUDENES. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CIX, nº 11, 13 avril 1932, pp. 1050-1052.

Les peaux lisses, glabres et non pigmentées diffusent un peu mieux l'ultra-violet que celles ayant des caractères inverses. Une mince couche d'huile décuple le pouvoir diffusant de la peau bien que n'ayant par elle-même qu'un pouvoir absorbant insignifiant. Le pouvoir protecteur des corps gras contre les coups de soleil tient donc surtout à leur pouvoir diffusant. Les surfaces brillantes diffusent mieux que les autres ; la coloration a peu d'influence. A. BOCAGE.

Présence du virus de la maladie de Nicolas-Favre dans les ganglions lymphatiques des singes réceptifs. par C. LEVADITI, P. RAVAUT et R. SCHŒN. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CIX, nº 12, 15 avril 1932, pp. 1099-1101.

Après inoculation du virus par voie ganglionnaire ou intrapréputiale, le germe persiste dans le tissu lymphatique 12, 34 et 11 jours après. Sa présence peut être passagère chez le même animal. Ces expériences furent positives avec les espèces *cynomolgus* et *cynocephalus*, mais négatives avec *Macacus rhesus*. A. BOCAGE.

Caractères du parasitisme pilaire dans les teignes expérimentales produites par les cultures pléomorphiques des dermatophytes, par A. CATANEI. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CIX, nº 12, 15 avril 1932, pp. 1105-1107.

De nouvelles expériences portant sur *Trichophyton pruinosum* confirment les travaux antérieurs de l'auteur et ceux de M. Langeron et R. V. Talice, montrant des changements importants du parasitisme pilaire chez l'animal inoculé avec des cultures pléomorphiques : 1° lorsque la lésion normale est du type endothrix, celle que produit la culture pléomorphique est caractérisée par une réduction du parasitisme,

les éléments intrapilaires restent filamenteux et la formation d'arthrospores réduite ou absente ; 2° lorsque la lésion normale est du type ectothrix, la gaîne caractéristique ne se forme plus autour des poils dans les infections expérimentales par cultures pléomorphiques.

A. Bocage.

Identité des réactions de fixation et des réactions de floculation employées en vue du séro-diagnostic de la syphilis, par M. L. Chevrel-Bodin et M. Cormier. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CIX, n° 13, 22 avril 1932, pp. 1152-1154, 1 fig.

L'examen microscopique montre que dans une réaction de Bordet-Wassermann existent toujours de nombreux agrégats colloïdaux dans les tubes positifs et pas dans les tubes négatifs : le volume et l'abondance des amas signale les réactions fortement positives.

D'ailleurs, la réaction de floculation de Vernes peut être utilisée comme premier stade, d'une réaction de déviation du complément. L'antigène de Bordet-Ruelens est susceptible d'être employé avec un égal succès pour la réaction classique et pour les réactions de floculation.

A. Bocage.

Réaction de floculation avec l'antigène de Bordet-Ruelens, par M. L. Chevrel-Bodin et M. Cormier. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CIX, n° 13, 22 avril 1932, pp. 1154-1155.

A 1 centimètre cube d'extrait de Bordet-Ruelens, ajouter rapidement 5 centimètres cubes d'eau salée à 9 o/oo : on obtient ainsi l'antigène montrant au microscope des grains extrêmement petits presque à la limite de visibilité et très mobiles.

Pour la réaction à 1/2 centimètre cube de sérum chauffé à 56°, ajouter 1/2 centimètre cube d'antigène ; faire un témoin en mettant une goutte de formol à 40 o/o dans le sérum avant d'ajouter l'antigène. Maintenir 5 heures à 25°. La lecture peut se faire à l'œil nu ou mieux au photomètre de Vernes : toute différence de densité optique indique une réaction positive. Cette réaction est absolument spécifique, mais moins sensible que la déviation du complément ou la réaction de Meinicke.

A. Bocage.

Nouvelles données sur la maladie de Nicolas et Favre expérimentale du singe et de la souris blanche, par C. Levaditi, P. Ravaut et R. Schœn. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CIX, n° 13, 22 avril 1932, pp. 1176-1179.

Des fragments de névraxe de singe atteint de méningo-encéphalite lymphogranulomateuse gardent leur virulence après 12 jours de conservation dans le vide à la glacière.

Le virus ne traverse pas les ultra-filtres en membrane de collodion qui permettent le passage de virus neurotropes tels que herpès, rage, neuro-vaccin, fièvre aphteuse.

Comme chez le singe, le virus inoculé par voie névraxique ou péritonéale à la souris se généralise à tous les tissus.

A. Bocage.

Propriétés virulicides du sérum des sujets atteints de lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas-Favre). Utilisation de la souris comme animal-test, par C. Levaditi, P. Ravaut et R. Schœn. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CIX, n° 14, 29 avril 1932, pp. 1267-1269.

La souris blanche réagit à l'inoculation intracérébrale du virus par des lésions encéphaliques sans maladie apparente. Les expériences faites montrent que cet animal peut servir de test pour la détermination du pouvoir virulicide des sérums de malades. Il y a là une méthode utilisable pour le diagnostic sérologique de la maladie donnant une réponse en 3 à 4 semaines. A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Syphilis et syndromes endocriniens, par C. Huriez. *Gazette des Hôpitaux*, 105e année, n° 32, 20 avril 1932, pp. 581-587.

Revue générale mettant en évidence la fréquence des lésions anatomiques des glandes endocrines sans symptômes dans l'hérédo-syphilis précoce et la difficulté d'interprétation étiologique des syndromes endocriniens dans l'hérédo-syphilis tardive. A. Bocage.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques (Paris).

Intoxication, biotropisme, intolérance au cours des accidents de la chrysothérapie, par F. Dumarest, F. Lebeuf, H. Mollard et P. Pavie. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. CIII, 8e cahier, 25 avril 1932, art. 30.250.

Dans cette revue générale, les auteurs insistent sur le polymorphisme des accidents de l'aurothérapie, et les envisagent sous le triple aspect : clinique, chronologique et pathogénique. Ce mémoire n'apporte, disent-ils, aucun fait inédit ; il ne propose qu'une mise en ordre. Au point de vue clinique, ils les classent en réactions thermiques, troubles gastriques, troubles intestinaux, troubles hépatiques, troubles urinaires, aurides muqueuses, aurides cutanées, accidents pulmonaires, accidents ganglionnaires, accidents nerveux, sensoriels, articulaires, circulatoires et hématologiques. Mais en pratique il faut retenir les accidents thermiques, les troubles intestinaux ou dyspeptiques, les albuminuries, les aurides cutanées ou muqueuses. Au point de vue chronologique, les uns apparaissent dès la première injection, d'autres dans le cours du traitement, d'autres sont tardifs. Certains accidents n'apparaissent qu'à une de ces dates. Au point de vue pathogénique : une seule explication ne peut rendre compte de tous les accidents ; et plusieurs mécanismes peuvent se traduire cliniquement par une même symptomatologie. Ils les classent en accidents biotropiques, accidents d'intoxication, et accidents d'intolérance. La distinction de ces mécanismes a un intérêt pratique, puisque suivant qu'il y a manifestation d'intolérance ou d'intoxication on variera la posologie. Il s'agira donc de rechercher

l'auro-tolérance, et l'auro-sensibilité. S'il y a intoxication, il faut abandonner le traitement et recourir à des antidotes. La méthode des suspensions huileuses ralentissant l'entrée de la substance étrangère pourra être utilisée pour éviter les accidents de sensibilisation.

H. RABEAU.

Journal de Médecine de Paris.

Les injections sous-cutanées locales de sérum physiologique dans les prurits et les eczémas lichénifiés, par LÉVY-FRANCKEL et GERSON. *Journal de Médecine de Paris*, 52e année, n° 17, 28 avril 1932, p. 337.

Cette méthode consiste à injecter sous la lésion du sérum physiologique de façon à réaliser une distension mécanique. Elle donne de grosses améliorations, souvent des guérisons, dans les lichénifications et les eczémas papulo-vésiculeux, quelquefois dans les eczémas suintants et les cas mixtes, eczémas avec lichénification. Elle échoue dans les dermatoses microbiennes et les prurits généralisés. Ces conclusions sont provisoires, la méthode étant à l'étude. H. RABEAU.

Presse Médicale (Paris).

La sécrétion gastrique dans l'urticaire, par CH. RAHIER. *Presse Médicale*, 40e année, n° 33, 23 avril 1932, p. 629.

L'influence des troubles gastro-intestinaux sur l'apparition de l'urticaire a de tout temps été notée. Ayant eu l'occasion d'observer 14 cas d'urticaire aigus et chroniques, les malades furent tubés à jeun et après repas d'Ewald. Dans 11 cas on trouva une déficience marquée de la sécrétion gastrique. Certains de ces cas furent très heureusement modifiés par l'absorption de limonade chlorhydrique. L'achlorhydrie n'explique pas seule l'urticaire, ni l'asthme et tous les achlorhydriques ne sont pas urticariens ou asthmatiques, mais il est intéressant de savoir que l'achlorhydrie favorise l'apparition de l'urticaire.

H. RABEAU.

Certains territoires cutanés possèdent-ils une capacité réactionnelle allergique particulière? par L. M. PAUTRIER. *Presse Médicale*, 40e année, n° 34, 27 avril 1932, p. 674, (5 figures).

« Le *lichen scrofulosorum* post-tuberculinique et les trichophytides péri-pilaires sont-ils des réactions allergiques ou habitées par un ultravirus ? » P. qui, depuis 1903, fait du *lichen scrofulosorum* une tuberculose cutanée franche, tuberculose lichénoïde, n'a pas manqué d'être retenu par l'interprétation des cas de *lichen scrofulosorum* post-tuberculinique. Il envisage plusieurs hypothèses. La plus simple est que l'injection de tuberculine a mobilisé des bacilles situés dans un autre organe. Mais il faudrait trouver des bacilles de Koch dans les lichens post-tuberculiniques ou obtenir des inoculations positives. Une deuxième

interprétation est que la tuberculine a réactivé des foyers bacillaires latents. Peut-on concevoir que tous les follicules pileux sont également atteints d'une tuberculose larvée ? La troisième hypothèse est celle d'une septicémie tuberculeuse latente à ultra-virus. Ravaut a montré par l'inoculation au cobaye la présence de cet ultra-virus dans le sang de malades atteints de tuberculides. Une dernière est celle qui consisterait à considérer le *lichen scrofulosorum* apparu dans ces conditions si particulières comme une réaction allergique à localisation élective péri-pilaire. Elle paraît à P. infiniment vraisemblable. — Les trichophytides péri-pilaires peuvent survenir à la suite d'injection intradermique de trichophytine et posent un problème identique. Lésions habitées ou purement allergiques ? Dans la seconde hypothèse, le follicule pileux se révélerait le point le plus sensible des téguments et doué d'une capacité réactionnelle parficulière. Au point de vue apport extérieur, il représente le seul défaut de la cuirasse. Au point de vue apport intérieur, il est un des lieux d'ensemencement les plus faciles grâce à sa riche vascularisation. La question des virus filtrants est venue singulièrement compliquer le problème.

H. Rabeau.

Annales des Médecins Praticiens de Lyon et du Sud-Est (Lyon).

La magnésie calcinée comme traitement interne des Kératodermies, par Jean Lacassagne. *Annales des Médecins Praticiens de Lyon et du Sud-Est*, 12e année, n° 4, avril 1932, p. 66.

A la dose de 40 centigrammes par jour, la magnésie calcinée a pu, sans aucune autre thérapeutique, venir à bout de kératodermies symétriques très intenses. L'emploi systématique de cette substance permettra d'apprécier, si elle est ou non, d'une efficacité constante.

Jean Lacassagne.

Les acquisitions récentes sur la maladie de Nicolas-Favre, par F. Lebeuf. *Annales des Médecins Praticiens de Lyon et du Sud-Est*, 12e année, n° 4, avril 1932, p. 67.

Dans un remarquable et copieux travail, l'auteur passe en revue les acquisitions récentes sur la maladie de Nicolas-Favre, notamment le diagnostic biologique au moyen de l'intradermo-réaction de Frei et les recherches relatives au virus filtrant, agent de cette maladie.

Jean Lacassagne.

L'hyposulfite de soude en dermatologie, par Paul-Jean Michel. *Annales des Médecins Praticiens de Lyon et du Sud-Est*, 12e année, n° 4, avril 1932, p. 75.

Revue générale très bien exposée des indications, contre-indications et réalisation du traitement par cette méthode qui rend si souvent d'utiles services en pratique dermatologique.

Jean Lacassagne.

Les traitements modernes des ulcères variqueux, par J. Rousset. *Annales des Médecins Praticiens de Lyon et du Sud-Est*, 12e année, n° 4, avril 1932, p. 79.

R. envisage principalement le traitement ambulatoire par la méthode de Bourggraff qui consiste à combiner l'emploi d'une épaisse pommade et d'une bande élastique. Une compression idéale se trouve ainsi réalisée pour le plus grand avantage des ulcères de jambe.

Jean Lacassagne.

Sud Médical et Chirurgical (Marseille).

Considérations sur un cas de pellagre associé à un syndrome parkinsonien, par Euzière et Pagès. *Sud Médical et Chirurgical*, 15 avril 1932, p. 1919.

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade chez lequel sont apparus simultanément un syndrome parkinsonien typique et un érythème pellagreux et passent en revue les différentes interprétations que peut suggérer une semblable juxtaposition de syndromes : hypothèse de la pellagre toxi-infectieuse (Margarot) ou hypothèse de la pellagre maladie par carence. Ils rappellent pour cette dernière les travaux de Veillard, qui rattachent les syndromes dus à l'encéphalo-myélite à une intoxication d'origine alimentaire (légumes et céréales avariés).

E. et P. ont noté chez leur malade la présence d'hématoporphyrinurie qui pourrait jouer un rôle photosensibilisant. Il faudrait alors considérer la pellagre comme résultant d'une altération de certains centres végétatifs et d'un trouble humoral représenté par l'hématoporphyrinurie et comme pour certains auteurs l'hématoporphyrinurie est un témoin d'insuffisance hépatique, ils se trouvent amenés à considérer la pellagre comme un syndrome très voisin des états de dégénérescence hépato-striés déjà classés.

P. Vigne.

Les névrites syphilitiques, par H. Roger. *Sud Médical et Chirurgical*, 15 avril 1932, p. 1927.

L'étude des radiculites syphilitiques restreint le domaine des névrites syphilitiques, et les ponctions lombaires montrent de plus en plus fréquemment l'existence d'une réaction méningée dans des affections autrefois considérées comme purement périphériques.

Néanmoins, il est des cas où la syphilis frappe le nerf lui-même ou un ensemble de nerfs.

L'auteur, dans un exposé très clair, étudie successivement les névrites des nerfs rachidiens, les névrites des nerfs crâniens, la polynévrite syphilitique. Le diagnostic différentiel avec les accidents névritiques post-arsénobenzoliques fait partie d'un chapitre particulièrement intéressant. Une copieuse bibliographie termine ce travail.

P. Vigne.

Archives de la Société des Sciences Médicales de Montpellier.

Mycosis fongoïde, par Grynfeltt, Margarot et Plagniol. *Archives de la Société des Sciences Médicales de Montpellier*, 1932, p. 309.

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade de 28 ans, présentant depuis 7 ans une éruption de placards rouges, squameux et prurigineux siégeant sur les jambes, les bras et le menton. Actuellement les placards, de forme circulaire, sont plans et rouge vif. Quelques-uns sont sclérosés par une infiltration, leur surface est hérissée de petits soulèvements surmontés de pustulettes à siège folliculaire. L'ensemble a quelque ressemblance de kérion de Celse. Cependant, l'examen microscopique n'a montré que du staphylocoque doré. Il existe sur la cuisse une tumeur ulcérée, à bords relevés et durs. Formule leucocytaire avec 77 o/o de polynucléaires neutrophiles et 11 o/o d'éosinophiles. L'examen histologique montre une néoformation cellulaire péri-vasculaire. Les éléments lymphoïdes sont compris dans les mailles d'un réticulum.

Pour les auteurs, il s'agirait d'un réticulo-endothéliome périthélial localisé au début autour des vaisseaux, à placer dans le cadre des blastomes plutôt que dans les processus inflammatoires.

P. Vigne.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Recherches complémentaires sur les disques pileux (un bon objet de démonstration) (Weiteruntersuchung über die Haarscheibe (Ein gutes Demonstrationsobjekt)), par F. Pinkus. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 5, avril 1932, p. 299, 3 fig.

P. a décrit dans la peau humaine les « disques pileux » (*Haarscheibe*) qui sont des formations placées dans l'angle aigu formé par le poil et la surface cutanée. Mais l'étude de ces organes est rendue très difficile, parce qu'ils sont bien développés chez certains animaux. P. a reconnu les disques pileux sur des gants en peau de pécari. Chez cet animal, on voit nettement les groupes à trois poils, disposés en ligne. En arrière, s'étale le disque, qui est visible sur le cuir tanné sous forme de points noirs. Chacun des poils est entouré d'une couronne de petits follicules de poils follets, au nombre de 4-11.

L. Chatellier.

Sur la syphilis acquise des gens âgés (Ueber im höheren Alter erssorbene Syphilis), par A. Jordan. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 5, avril 1932, p. 309.

La syphilis, contractée après 50 ans, est considérée, en général, comme plus grave : accidents primaire et secondaires plus sévères, traitement plus délicat à manier. J. a recensé les cas de syphilis acquises entre 40 et 70 ans à la clinique de Moscou et dans sa clientèle depuis

15 ans : 115 cas en tout, dont 47 femmes. Sur ces 115 malades : 75 chancres génitaux et 29 extra-génitaux. Sur 33 malades privés, J. a soigné : 26 hommes et 7 femmes ; 13 cas ont évolué favorablement, 5 ont présenté de l'aortite (1 femme), 6 des localisations nerveuses (1 femme), 3 hommes sont morts d'apoplexie.

L. CHATELLIER.

Traitement de l'épididymite blennorragique par le calcium et la radiothérapie (Kalzium- und Röntgenbehandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung), par G. H. KLÖVEKORN et H. MEYER-BULEY. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 5, avril 1932, p. 318.

Le calcium ($CaCl^2$) a été employé pour la première fois par Radnai dans le traitement de l'épididymite blennorragique, puis par Rupel. Mais la toxicité locale du chlorure de Ca en empêche l'emploi prolongé. Les auteurs lui ont substitué le calcium-Sandoz, avec les mêmes bons résultats : sédation rapide des douleurs et ralentissement, même suppression, des réactions épididymaires. Ils utilisent la voie endoveineuse (10 centimètres cubes) et la voie intramusculaire. Les résultats sont d'autant plus favorables que le traitement est plus précoce.

Wetterer, Heidenhain et Fried, Bordes ont utilisé avec succès la radiothérapie dans le traitement de l'épididymite blennorragique. La guérison est plus rapide, sans cicatrices ni nodules. L'action des rayons est imputée par les uns à une augmentation du pouvoir bactéricide du sérum, par les autres (Bordes) à la destruction locale des germes et des cellules de l'inflammation qui détermine une réaction défensive.

K. et M. ont constaté, à leur tour, les bons effets de l'association des deux procédés.

L. CHATELLIER.

Sur les syphilis arséno-résistantes (Ueber gegen Neosalvarsan resistente Syphilis), par J. ZOON. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 5, avril 1932, p. 327, 4 fig.

Revue générale et critique de la syphilis arséno-résistante à propos de constatations personnelles.

Trois théories sont proposées : déficience du médicament, arséno-résistance acquise des spirochètes, impuissance de l'organisme à former, grâce à As et à ses dérivés, les anticorps utiles.

La première explication est insuffisante, le même médicament restant actif sur la grande majorité des malades.

L'arséno-résistance des spirochètes n'est pas prouvée.

Les réactions individuelles ne sont pas seules en jeu ; l'action du médicament intervient aussi. Mais elles sont les unes et les autres mal connues. En somme, aucune théorie n'est admissible sans réserves. La conclusion est qu'il faut toujours recourir au traitement maximal mixte.

L. CHATELLIER.

L'influence des diverses substances chimiques sur le développement des pyocoques et des champignons (Der Einfluss verschiedener chemischer Substanzen auf das Wachstum der eitererregenden Bakterien und Pilze), par L. Vamos. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 5, avril 1932, p. 340.

Les albumines et les hydrates de carbone, le Br, I, NH^3 et P., à petites doses, stimulent le développement des pyocoques (strepto et staphylo) et des champignons.

Au contraire As, Hg, Bi, Cu et Ag, même à très faibles doses, jouissent d'un pouvoir inhibiteur. Les autres substances, en particulier les métaux alcalins et alcalino-terreux (Ca, Mg, Ba, Li) ont un pouvoir inhibiteur variable, intense pour les uns, faible pour les autres. Aussi les lésions cutanées par où s'excrètent le brome et l'iode constituent-elles de bons milieux pour le développement des bactéries. De même, il conviendrait de tenir compte du pouvoir stimulant du P. et de NH^3 dans la constitution des milieux de culture pour les bactéries et les champignons. L. Chatellier.

Champignons et concentrations en ions hydrogène (Pilze und Wasserstoffionen Konzentration), par L. Vamos. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 5, avril 1932, p. 345.

Sur milieux solides, les trichophytons, microsporons, achorions et épidermophytons se développent entre *p*H 5+ et *p*H 8. Les champignons non pathogènes à l'homme se développent au-dessus et au-dessous de ces limites. Contrairement aux trichophytons et aux achorions, les microsporons et les épidermophytons ont un *p*H optimum entre 6,50 et 7,20. Or, chez l'adulte, le *p*H du cuir chevelu oscille entre 4,50 et 5,60 ; chez l'enfant, entre 6,16 et 6,50. Ce fait explique la guérison spontanée des microspories à la puberté, moment où le *p*H passe à l'acidité. L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Un cas de lupus érythémateux hypertrophique (Kasuistischer Beitrag zur hypertrophischen Form des Lupus erythematodes), par M. Bohnstedt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 14, 2 avril 1932, 4 fig.

Chez une jeune femme de 30 ans, tuberculeuse, apparaît dans la région malaire droite une infiltration bleu-rouge, en saillie sur les bords, légèrement atrophique au centre où l'on distingue des dépressions disséminées. Au microscope, infiltration péri-folliculaire à cellules rondes, atrophie du tissu élastique, hyperkératose folliculaire et atrophie épidermique : lupus érythémateux.

L. Chatellier.

Sur l'hyperglycémie dans les dermatoses (étude critique) (Zur Blutzuckererhœhung der Dermatosen (Eine kristische Studie)), par W. Milbradt, *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 14, 2 avril 1932, p. 465.

Revue générale des variations de la glycémie au cours des dermatoses allergiques : eczéma, urticaire, prurit, etc. M. conclut que l'hyperglycémie est fréquente au cours de ces dermatoses (à rapprocher, du reste, du choc anaphylactique) et qu'elle représente une réaction de défense de l'organisme : il est inutile, et parfois dangereux, de la supprimer. On y verra la possibilité de processus compensateurs encore plus larges de l'organisme, en particulier en vue de maintenir et de régulariser le *p*H tissulaire. L. CHATELLIER.

Les gommes cutanées qui surviennent après la malariathérapie signifient-elles l'échec de ce traitement ? (Sind Haut gommen nach vorangegener Malariabehandlung als Versager der Infektionstherapie zu deuten ?), par A. MATRAS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 14, 2 avril 1932.

Les accidents cutanés (exanthèmes et gommes) après la malariathérapie ne sont pas d'observation fréquente. M. passe en revue les principaux cas publiés et y ajoute une observation personnelle. Dans ces cas, la malariathérapie modifie les réactions du liquide céphalo-rachidien ; les réactions sérologiques sanguines redeviennent positives, en même temps que se développent des lésions cutanées, le plus souvent à type tertiaire. Il n'y a pas échec de la malariathérapie, puisque les lésions nerveuses sont supprimées ou améliorées, mais modification des réactions d'immunité, qui permettent alors l'éclosion des accidents cutanéo-muqueux. Le mécanisme en reste inconnu.

L. CHATELLIER.

Recherches sur le métabolisme des lipoïdes dans le psoriasis (Lipoidstoffwechseluntersuchungen bei der Psoriasis), par SCHREINER et BILGER *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 15, 9 avril 1932, p. 505.

Le taux de lécithine et de cholestérine se maintient, chez tous les psoriasiques examinés, au-dessous de la normale. Le rapport lécithine à cholestérine est inférieur au rapport trouvé chez les individus normaux. On peut modifier l'index lipoïdique par injection intraveineuse de lécithine et obtenir une modification de l'éruption psoriasique. L. CHATELLIER.

Violente dermatite verruqueuse consécutive à des applications thérapeutiques de paraffine (Starke verrukœse Hautveranderung nach Paraffinbehandlung), par D. STEIGER-KAZAL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 15, 9 avril 1932, p. 511, 1 fig.

Placard développé sur le dos de la main et des doigts gauches, tout à fait comparable à une tuberculose verruqueuse humide ; il est apparu après 15 jours d'applications de bandages paraffinés sur une brûlure.

CH. AUDRY.

Alopécies temporaires et durables après traitement radiothérapique (Zeitwertiger und daueruder Haarverludst nach Rœntgentstrahlung), par W. MEMORSKY. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 15, 9 avril 1932, p. 513 (1 fig.).

2 cas d'alopécie consécutive à des séances de radioscopie pour sinusite d'Higmore.

1 cas d'alopécie congénitale totale chez une fillette de 3 ans dont la mère avait subi, pendant sa grossesse, un examen radioscopique du rein.

CH. AUDRY.

Etat du liquide céphalo-rachidien pendant la leucodermie et l'alopécie syphilitique (Liquorbefunde bei Leukoderm und Alopecia syphilitica), par J. KONRAD. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 15, 9 avril 1932, p. 515.

On a soutenu qu'il existait des rapports entre ces deux ordres de lésions. Sur 200 cas de leucodermie et 4 d'alopécie syphilitique où la ponction lombaire a été pratiquée, K. a trouvé des altérations fortes (22 o/o) ou faibles (17 o/o) dans 39 o/o des cas. Ces chiffres ne concordent pas avec les affirmations antérieures et ne permettent pas de voir dans ces accidents des prodromes d'altérations nerveuses centrales ultérieures.

CH. AUDRY.

L'épithélioma plan pagétoïde et ses rapports avec la maladie de Bowen (Basalioma (cutis) superficiale planum und seine Beziehung zum Morbus Bowen), par N. MASCHKILLEISSON et A. NERADOFF. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 15, 16 avril 1932, p. 533. 3 fig.

Connu en Allemagne sous le nom de carcinoïde (Aming), de basaliome (Jadassohn), en France sous le nom d'épithélioma pagétoïde (Darier), en Angleterre, d'*epithelioma erythematides benignum* (Little), cet épithélioma est plus fréquent qu'on ne le dit. Il siège surtout sur le tronc et se présente en clinique sous la forme d'un disque prurigineux, persistant, érythémateux et atrophique. Il ressemble à la maladie de Bowen, mais la structure histologique diffère considérablement dans les deux affections. Le traitement doit être aussi radical et énergique que possible, car il y a des formes malignes. Les auteurs proposent le nom de basaliome cutané plan superficiel.

L. CHATELLIER.

La pelade et son étiologie, avec une contribution à la solution du problème étiologique du vitiligo (Die Alopecia areata und ihre Ætiologie. Zugleich ein Beitrag zur ætiologischen Lœsung des Vitiligoproblems), par A. CEDERBERG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n°s 16 et 17, 16 et 23 avril 1932, pp. 539 et 588, 2 fig.

Après avoir rappelé les théories étiologiques admises successivement (théorie réflexe, théorie toxique, théorie endocrino-sympathique) et leurs insuffisances, C. expose les arguments cliniques qui militent en faveur de la théorie infectieuse et les constatations histologiques qu'il a faites. Pour C. la pelade (et aussi le vitiligo) est une infection spirillaire à point de départ buccal, gastrique et ou intestinal. Dans les coupes qu'il a faites, il a trouvé dans l'épiderme (basale, stratum malpighien, couche cornée) et dans le derme (surtout autour des folli-

cules) des amas de spirilles. Aussi fait-il de la pelade une « pilipapillite » à spirilles et du vitiligo une inflammation à spirilles des cellules pigmentogènes de la basale. Ainsi s'expliquent les constatations de Jacquet (origine dentaire), de Barber (origine tonsillaire) et la fréquence des troubles gastro-intestinaux (entérite, appendicite, etc.) chez les peladiques. L'étiologie spirillaire permet le rapprochement de la pelade et du vitiligo, de l'alopécie et du vitiligo syphilitiques. Elle explique aussi les troubles endocrino-sympathiques, pour C. d'origine infectieuse, que l'on constate chez peladiques et vitiligineux. La conclusion thérapeutique de la théorie spirillaire est l'emploi de As, Bi et Hg, et même de la malariathérapie pour les cas graves.

L. CHATELLIER.

Sels solubles ou insolubles de bismuth ? (Lœstiches oder unlœsliches Wismutsalz ?), par H. SCHMIDT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 16, 16 avril 1932, p. 552.

S. donne la préférence aux sels insolubles parce qu'ils ont une action curatrice durable et qu'ils sont sans danger.

L. CHATELLIER.

Etudes sur la signification de la présence d'arsenic dans les excreta et les phanères (Studien zur Beurteilung von Arsenbefunden in Ausscheidungen und Hautanhængen), par L. SCHWARTZ. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 17, 23 avril 1932, p. 577, 4 tableaux.

De ses recherches personnelles, S. conclut que : 1° la teneur normale de l'urine en As subit des variations quotidiennes ; chez les individus normaux, on peut trouver jusqu'à plusieurs centaines γ d'arsenic, par litre (γ = 1 millième de milligramme) ; la teneur des fèces est moindre ; 2° dans les poils et les ongles d'individus normaux, on trouve plus ou moins d'arsenic, mais pas chez tous. Chez les ouvriers qui manipulent As, la teneur des urines est parfois très élevée. L'absorption arsenicale se fait surtout par la respiration. On ne trouve plus de 1.000 γ par litre, que dans les premiers jours. Pas de modifications dans la teneur des fèces. Dans les phanères, la quantité d'arsenic est parfois très élevée. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour préciser quand apparaît dans poils et ongles l'excès d'arsenic. L'ingestion d'acide arsénieux détermine une excrétion urinaire assez rapide : l'excrétion fécale est faible ou nulle. Il importe de bien établir d'abord le taux normal de l'excrétion arsenicale par les urines et les phanères.

L. CHATELLIER.

Sur la recherche culturelle du bacille tuberculeux dans le sang et les tissus au cours des dermatoses tuberculeuses (Ueber die kulturellen Nachweis von Tuberkelbazillen im Blut und Gewebe bei Hauttuberkulosen), par O. GRINUN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 17, 23 avril 1932, p. 584.

G. a constamment échoué, en utilisant la méthode de Löwenstein, dans 144 tentatives de culture sur 36 malades dont 18 atteints de tuberculose cutanée. Même dans un cas de culture de tissu, le milieu de Hohn a donné un résultat positif, quand la méthode de Löwenstein a échoué. G. proteste contre les assertions de ce dernier assurant que sa méthode est aussi facile à appliquer que la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis. CH. AUDRY.

Traitement de l'acrodermatite atrophiante par la ferment thérapie pancréatique (Zur Behandlung der Akrodermatitis atrophicans mittels der Pankreasfermenttherapie), par J. SELLEI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 17, 23 avril 1932, p. 586.

S. croit que la sclérodermie relève d'un trouble de la fonction pancréatique. Il a administré un extrait organique de pancréas à 4 malades (3 femmes) atteints d'acrodermatite atrophiante, dont 2 présentaient en même temps des altérations sclérodermiques. Dans tous les cas, la turgescence diminua, ainsi que la cyanose. Dans 1 cas, l'atrophie fut peu modifiée ; elle le fut irrégulièrement dans un second, et très améliorée dans les 2 autres. Peut-être s'agit-il dans ces 2 maladies de troubles fonctionnels de la fermentation pancréatique.

CH. AUDRY.

Sur les soi-disant nodules des laitiers (Beitrag zur Kenntniss der sogenannten Melkerknoten), par A. SENIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 18, 30 avril 1932, p. 605 (3 fig.).

On confond sous ce nom deux lésions différentes : l'une appartient en effet à la vaccine ; l'autre, celle qui correspond aux véritables nodules (sans vésicules, etc.), répond à la paravaccine de Pirquet ; celle-ci se reconnaît à ce qu'elle n'est pas inoculable à l'homme lorsqu'on vient à celui-ci en partant de l'inoculation cornéenne réalisée chez le lapin. D'autre part, on y trouve le strongyloplasme de la paravaccine décrit par Lipschütz. Enfin, ces nodules ne confèrent pas l'immunité par rapport à la vaccine vraie. S. en donne 4 observations personnelles recueillies chez des femmes antérieurement vaccinées ; les vaches qu'elles trayaient portaient des papules croûteuses qu'on avait prises pour du cow-pox. CH. AUDRY.

La destinée des gonocoques phagocytés (Das Schicksal phagocyerter Gonokokken), par FELKE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, nº 18, 30 avril 1932, p. 617.

2 bonnes microphotographies montrent très bien que, comme le dit F., les gonocoques phagocytés dans les polynucléaires conservent leur faculté de prolifération. CH. AUDRY.

Revista Argentina de Dermatosifilologia (Buenos-Aires).

Epidermolyse bulleuse dystrophique (Epidermolisis ampollosa distrophica), par Luis E. Pierini. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, année 1931, 2e partie, t. XV, mars 1932, p. 21, 19 fig.

L. E. P. fait une mise au point de la question et apporte cinq observations personnelles.

Deux d'entre elles se rapportent à deux frères. Ils ne sont pas issus d'un mariage consanguin ; leurs parents n'ont jamais présenté d'affection analogue. La dermatose n'est donc pas héréditaire. Elle présente par ailleurs tous les autres caractères typiques d'une épidermolyse bulleuse dystrophique (début dans les premiers mois de la vie, apparition des bulles à l'occasion de traumatismes, récidives incessantes, atrophie pigmentaire, kystes épidermiques, lésions muqueuses et dystrophie unguéale).

Au point de vue étiologique, on peut penser qu'il existe une syphilis héréditaire, sans que la preuve en soit faite d'une façon absolue.

On ne trouve pas d'hématoporphyrinurie. Il n'y a pas d'hydrémie locale. L'élimination des chlorures est normale. Il n'existe pas de troubles prononcés du fonctionnement glandulaire. Les épreuves pharmacodynamiques semblent indiquer un hyperthyroïdisme léger, tandis que le métabolisme basal est normal.

L'examen histologique met en évidence la disjonction des fibres élastiques, leur disparition dans le voisinage de la bulle. On trouve un œdème dermique, une légère infiltration cellulaire. La bulle se produit par décollement des deux feuillets cutanés. L'épiderme est à peu près normal.

En résumé, aucune de ces données ne démontre d'une façon certaine une perturbation évidente d'un appareil ou d'un système.

Le troisième et le quatrième malades sont également frères. Il n'existe chez eux aucun antécédent héréditaire ou familial de lésions analogues, mais les parents étaient cousins germains et étaient atteints de syphilis. La mère a eu sa première grossesse terminée par la mise au monde d'un enfant mort-né macéré. Un traitement intense a permis la naissance des deux malades étudiés. On a continué à les soigner après leur naissance. Ils présentent néanmoins des signes de rachitisme. On trouve un gros foie à l'examen. Il existe chez eux une extraordinaire instabilité psychique qui fait de ces deux enfants de véritables petits aliénés.

Un traitement par le Solmuth améliore les lésions d'une manière visible, sans toutefois faire disparaître complètement la dermatose.

La cinquième observation se sépare des formes infantiles par l'apparition des bulles à l'âge adulte, par leur localisation exclusive sur les mains et par l'absence de dystrophie unguéale.

L'affection serait apparue quelques mois après un chancre induré. Un traitement antisyphilitique mixte fait disparaître complètement les

lésions cutanées. La peau reprend progressivement sa solidité première. Les traumatismes ou les excitations cutanées ne font plus apparaître de bulles. J. MARGAROT.

Tumeurs inflammatoires par injections d'huile de palme camphrée (Tumores inflamatorios por inyecciones de aceite de palma alcanforado), par C. SEMINARIO, J. PESSANO et D. MOSTO. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, année 1931, 2e partie, t. XV, mars 1932, p. 53, 9 fig.

On connaît les vaselinomes et les paraffinomes provoqués par des injections d'huiles minérales servant d'excipient à des produits médicamenteux.

Des cas beaucoup plus rares d'oléomes causés par l'huile d'olive ont été publiés au cours des dernières années.

L'auteur apporte l'observation d'un malade présentant des pseudo-tumeurs cliniquement et histologiquement identiques aux précédentes, mais produites par des injections camphrées dont l'excipient était de l'huile de palme. J. MARGAROT.

Sur un cas d'aurides cutanéo-muqueuses (Sobre un caso de auride cutaneomucosa), par JOSÉ LUIS CARRERA. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, année 1931, 2e partie, t. XV, mars 1932, p. 64, 1 fig.

Un malade présente un exanthème papuleux généralisé, intéressant la paume des mains et rappelant une syphilis papuleuse floride. On trouve dans la bouche des lésions ulcéreuses congestives avec des bords blanchâtres, douloureux, non saignants. Il existe sur le clitoris une ulcération banale non indurée. La recherche des spirochètes et les réactions sérologiques faites un peu plus tard sont complètement négatives. Une adénopathie généralisée accompagne ces accidents. Une série de novarsénobenzol transforme ces lésions en une érythrodermie.

On s'aperçoit que le malade a reçu il y a un mois 4 injections de sanocrysine de 5 centigrammes.

Il s'agit d'aurides cutanéo-muqueuses analogues à celles qui ont été décrites par Lebœuf et Mollard. J. MARGAROT.

Une nouvelle forme de traitement du psoriasis (Una nueva forma de tratamiento para la psoriasis), par LUIS A. CORDIVIOLA. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, année 1931, 2e partie, t. XV, mars 1932, p. 67.

L'auteur a essayé le traitement du psoriasis proposé par Campbelle et Frost. Il consiste à faire des injections intramusculaires d'une suspension à 1 o/o dans l'alcool de squames psoriasiques pulvérisées.

Le nombre de sujets traités par l'auteur est de 12. L'injection provoque une douleur aiguë, en général passagère.

Les résultats ont été uniformément négatifs. L'auteur a même noté une légère aggravation dans quelques cas. Il déconseille cette méthode.
J. MARGAROT.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Sur la recherche du bacille tuberculeux dans le sang circulant dans les dermatoses (Ueber den Tuberkelbazillennachweis aus dem strœmenden Blute (methode Lœwenstein) bei Hauterkrankungen), par J. Konrad. *Wiener Klinische Wochenschrift*, nº 14, 1er avril 1932, p. 430.

K. laisse aux bactériologistes le soin de déterminer définitivement si le bacille isolé dans les cultures de Löwenstein est bien le vrai bacille tuberculeux. Ses propres recherches faites dans le laboratoire de ce dernier ont porté sur 52 malades dont 30 atteints de tuberculose cutanée avérée, 14 d'érythèmes rhumatismaux, 8 de dermatoses variées. Dans 22 cas, hémoculture positive (3 fois, tuberculose aviaire), 4 lupus vulgaires, tous négatifs ; sur 7 lupus érythémateux, 6 positifs ; 3 sur 6 érythèmes indurés de Bazin ; 0 dans 5 érythèmes polymorphes ; 1 sur 6 érythèmes noueux, etc. ; 1 résultat douteux dans 1 mycosis fongoïde. K. n'a retrouvé que pour une acné l'exacerbation printanière notée par Kren. Il y a lieu de noter qu'un certain nombre de chercheurs n'ont obtenu (Cohn, Kadisch, etc.) que des résultats négatifs. Question de technique ? Ch. Audry.

Sur la question de la culture du bacille tuberculeux dans le sang au cours des dermatoses tuberculeuses (Zur Frage der Zuchtung von Tuberkelbazillen aus dem Blut bei tuberkulosen Hautkrankheiten), par H. Schreiner. *Wiener Klinische Wochenschrift*, nº 16, 15 avril 1932, p. 488.

Dans 29 cas (dont 14 lupus érythémateux), S. n'a obtenu de l'hémoculture par la méthode de Löwenstein qu'un seul résultat positif (lupus érythémateux de la face et des mains).

S. résume à ce propos de nombreuses recherches de contrôle faites par divers auteurs au cours d'autres tuberculoses, pulmonaires ou autres, où le pourcentage de résultats positifs est resté très faible, et souvent même complètement nul. La méthode laisse encore des doutes ou des difficultés.

(De même dans les essais faits par Isard à Toulouse l'an passé. N. D. T.) Ch. Audry.

Culture du bacille tuberculeux dans les tissus des dermatoses tuberculeuses par la méthode de Lœwenstein (Die Tuberkebazillenkultur nach Lœwenstein aus dem Gewebe tuberkulœser Hauterkrankungen), par A. Matras. *Wiener Klinische Wochenschrift*, nº 17, 22 avril 1932, p. 524.

Dans 20 cas, M. a cultivé le bacille tuberculeux d'après la méthode de Löwenstein en partant de fragments de tissus malades. Il a obtenu des résultats positifs 3 fois sur 6 lupus vulgaires, 2 fois sur 7 tuberculoses verruqueuses, dans 2 cas de scrofulodermie, dans une ulcération tuberculeuse de la bouche. 2 érythèmes indurés de Bazin et 2 sarcoïdes de Bœck ont donné des résultats négatifs.

M. conclut que la méthode de Löwenstein est une bonne méthode de culture en partant des tissus tuberculeux. Ch. Audry.

Bruxelles Médical.

L'immunisation spontanée dans la syphilis secondaire et ses corollaires thérapeutiques, par R. Bernard. *Bruxelles Médical*, 12e année, nos 23 et 24, 3 et 10 avril 1932, pp. 637 et 647.

« L'empirisme, le bon sens médical, la logique, la pathologie générale et les faits cliniques nous permettent d'affirmer que la vaccination générale s'opère par la peau. Il convient en conséquence de ne pas se priver volontairement d'un élément thérapeutique aussi important. » On connaît l'opinion défendue par B. en 1925 se basant surtout sur les résultats des examens du liquide céphalo-rachidien : laisser le syphilitique qui n'est plus à la période sérologique négative du chancre avoir sa roséole afin de faire son immunité spontanée. Voici ses chiffres en 1931 : Groupe I. 38 malades soignés depuis le chancre : Bordet-Wassermann positif, 76,0 o/o de liquide céphalo-rachidien pathologique à la 4e ou 5e année, Bordet-Wassermann du sang négatif. Groupe II. 42 malades soignés depuis les accidents secondaires : 17,2 o/o de liquide céphalo-rachidien pathologique. Les sujets soignés à partir des accidents secondaires protègent donc bien mieux leur système nerveux que ceux pris en traitement dès le syphilome initial avec Bordet-Wassermann positif. B. discute les contre-statistiques fournies par Bottema, regrette que le nombre des ponctions lombaires pratiquées par ce dernier n'ait pas été plus élevé, et qu'il se base trop sur l'examen du sang. Il rappelle les statistiques de Sézary, Roudinesco, Meggendorfer et Guenstein qui prouvent qu'un traitement précoce actif mais insuffisant raccourcit « l'incubation » des syphilis nerveuses. Pour lui, les traitements antisyphilitiques, non seulement mal conduits mais pratiqués dans des conditions de temps inopportunes, ont un retentissement céphalo-rachidien. H. Rabeau.

Sur un cas de réinfection syphilitique, par J. Pierard. *Bruxelles Médical*, 12e année, n° 25, 17 avril 1932, p. 688.

Homme de 44 ans ayant présenté en 1927 un chancre du frein régulièrement traité par cure mixte arsenico-bismuthique. Depuis 1928, le Bordet-Wassermann est négatif, mais des cures de soutien sont faites régulièrement. En juillet 1931, au cours d'une cure d'Arquéritol, un mois après un coït avec une femme « ayant des boutons », il présenta un chancre typique en un lieu différent du premier, avec adénopathie satellite, Bordet-Wassermann négatif, puis quelques jours plus tard fortement positif. — P. discute les conditions exigées pour admettre la réinfection, et pense cependant que l'on peut dans ce cas affirmer la réinfection. H. Rabeau.

Les dermatoses professionnelles, par R. Bernard. *Bruxelles Médical*, 12e année, n° 26, 24 avril 1932, p. 699.

Sous la forme de schématisations cliniques, B. envisage les divers

types de dermatoses professionnelles, leur pathogénie, causes déterminantes et favorisantes, leur symptomatologie, leurs traitements particuliers. Dans cette excellente revue générale, on trouvera une série de renseignements capables de guider dans l'étude de ces affections dont il importe de préciser la cause, et de distinguer des affections simulées.

H. RABEAU.

Brasil Medico (Rio de Janeiro).

La tuberculose cutanée. Son incidence dans quelques régions de l'Amérique du Sud (A tuberculose cutanea. Sua incidencia en algumas regioes da America do Sul), par ED. RABELLO. *Brasil Medico*, 46e année, nº 1, janvier 1932, p. 1.

L'auteur étudie les relations de la tuberculose cutanée avec d'autres affections qui, rares ou inexistantes dans d'autres pays, se rencontrent plus ou moins fréquemment dans l'Amérique du Sud, et revêtent un aspect parfois embarrassant pour le diagnostic.

La lèpre peut simuler diverses formes de tuberculose cutanée et, en particulier, les lupoïdes. La leishmaniose de la peau est souvent prise pour un lupus. L'erreur est classique en ce qui concerne la forme cutanéo-muqueuse qui détruit, comme le lupus, les parties molles du nez. La blastomycose simule volontiers les formes fongueuses et verruqueuses de la bacillose cutanée.

La confusion longtemps commise rend difficile l'établissement de statistiques précises. En particulier, les cas de tuberculose cutanée paraissent de moins en moins fréquents au fur et à mesure que l'on a pu identifier les manifestations pseudo-lupiques de la leishmaniose tégumentaire.

D'une façon générale, la tuberculose cutanée est rare dans l'Amérique du Sud alors que la tuberculose pulmonaire est fréquente. La même remarque a été faite dans bien des pays.

Exceptionnelle dans la zone équatoriale (États de l'Amazone, de Para, de Pernambouc) elle est un peu plus souvent observée au fur et à mesure que l'on se rapproche du Sud.

En ce qui concerne les races, la tuberculose cutanée est rare non seulement chez les Nègres, mais chez les Métis et les Mulâtres. Elle est plus souvent rencontrée chez les Blancs nonobstant la fréquence plus grande de la tuberculose pulmonaire chez les gens de couleur.

En terminant, l'auteur effleure le problème de l'interprétation des faits. Il est probable que les facteurs climatiques constituent la principale raison du peu de fréquence de la tuberculose cutanée dans ces régions ; en particulier, l'action des rayons ultra-violets est d'une grande importance. On peut penser à un phénomène d'immunité entrant dans le cadre de l'ésophylaxie ou de la dermophylaxie, ou encore à des modifications de l'équilibre acido-basique dans le sens de l'acidose.

J. MARGAROT.

Bulletin médical de Québec.

Sclérose latérale amyotrophique et syphilis, par A. Rousseau. *Bulletin médical de Québec,* nº 2, février 1932, pp. 42-47.

Intéressante observation d'un malade âgé de 25 ans présentant des troubles de la parole et de la déglutition, une grave impotence fonctionnelle des membres supérieurs, avec atrophies et secousses fibrillaires, enfin des signes de spasmodicité des membres inférieurs, avec hyperalbuminose rachidienne discrète sans hypercytose, et toutes les réactions sérologiques de la syphilis négatives.

Un traitement d'épreuve par le novarsénobenzol et le bismuth amena contre toute attente une amélioration considérable.

Ultérieurement, le malade fit une néphrite cryptogénétique, pour laquelle le même traitement va être tenté.

Une sœur guérit de troubles mentaux sous l'influence de la même thérapeutique.

Il semble donc que la syphilis héréditaire soit capable de réaliser une sclérose combinée de la moelle du type clinique de la maladie de Charcot. A. Bocage.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

La cuti-réaction de Bargehr dans la lèpre. Note préliminaire (La cuti-reaccion de Bargehr en la lepra. Nota previa), par H. C. de Souza-Araujo. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, nº 6, avril 1932, p. 381.

S. A. rappelle les travaux de Bargehr. Alors que dans la lèpre en activité avec présence de bacilles de Hansen, la cuti-réaction faite avec la lépromine donne un résultat négatif, elle se montre positive chez les malades ne présentant pas de bacilles (par guérison spontanée ou après vaccination spécifique).

Elle est négative chez les sujets n'ayant jamais eu de contact avec les lépreux et souvent positive chez les sujets ayant vécu à côté de ces malades.

Divers auteurs ont trouvé des réactions négatives dans des cas de lèpre nodulaire et positives dans les formes nerveuses. Ils concluent qu'une réaction positive doit être considérée comme d'un bon pronostic.

D'une manière générale, la positivité de la réaction serait en rapport avec la présence en grande quantité dans l'organisme de substances immunisantes contre la lèpre.

S. A. a utilisé pour ses recherches une lépromine préparée suivant la technique de Bargehr légèrement modifiée. La vérification des résultats a été poursuivie pendant six jours consécutifs.

Chez 170 lépreux, il a pratiqué une seule cuti-réaction à la lépromine. Chez 114, il en a fait deux.

Dans la forme nerveuse pure, la positivité de la première série a été de 17,8 o/o, celle de la seconde s'est élevée à 37,5 o/o.

S. A. a trouvé dans la forme cutanée pure, respectivement 14,8 o/o et 23 o/o de cas positifs.

Ces résultats ne concordent pas avec ceux de Bargehr. De nouvelles recherches, faites sur une plus grande échelle, sont nécessaires pour que l'on puisse conclure. J. MARGAROT.

La première année de lutte antivénérienne dans un dispensaire rural (El primer ano de lucha antiverea en un dispensario rural), par TOMAS CARO-PATON. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, no 6, mars 1932, p. 396.

L'installation d'un dispensaire réalisant la prophylaxie par le traitement des prostituées, a fait passer en une seule année le pourcentage des contaminations récentes, de 13 à 3 o/o. J. MARGAROT.

Etude expérimentale d'un cas d'urticaire factice (Dermographisme papuleux) (Estudio experimental de un caso de urticaria facticia) (Dermografismo papuloso), par J. GAY PRIETO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, no 6, mars 1932, p. 404, 1 fig.

Chez une malade présentant du dermographisme, G. P. provoque par des excitations mécaniques d'une certaine intensité sur une large surface cutanée (partie supérieure du tronc et des bras) l'apparition d'éléments urticariens qui s'accompagnent de céphalalgie, de tachycardie, d'abaissement de la pression artérielle, de leucopénie avec inversion de la formule leucocytaire, c'est-à-dire de troubles en rapport avc un choc hémoclasique.

Divers essais de transmission passive de cette sensibilisation à des excitations mécaniques montrent, d'une part, que l'éruption d'urticaire détermine chez la malade l'augmentation du pouvoir urticarigène du sérum, probablement parce qu'elle occasionne le passage dans le sang d'une substance « qui favorise l'inflammation » ; d'autre part, que le sérum de la malade contient des anticorps spécifiques contre la substance inconnue que l'excitation mécanique de la peau produit chez tous les sujets.

Les épreuves fonctionnelles avec l'histamine ne permettent pas d'établir l'existence chez le malade d'une sensibilité spéciale à cette substance.

Une expérience de transmission passive plaide cependant en faveur de l'hypothèse que l'histamine ou une substance similaire, serait l'antigène spécifique de l'urticaire factice.

Le mécanisme pathogénique du dermographisme serait le suivant : les excitations mécaniques déterminent la formation dans la peau des malades atteints de cette affection d'une substance inconnue qui remplit le rôle d'antigène. Cette substance s'unissant à des anticorps spécifiques correspondants fixés dans l'endothélium des vaisseaux du derme occasionne une réaction allergique urticarienne.

Les réactions consécutives au traumatisme diminuant d'intensité à chaque friction, l'auteur a essayé de désensibiliser le malade en le soumettant tous les jours à des frictions intenses.

J. MARGAROT.

Difficultés dans le diagnostic de la lèpre (Dificultades en el diagnostico de la lepra), par RAMON GONZALEZ MEDINA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, nº 7, avril 1932, p. 429, 6 fig.

Les difficultés du diagnostic n'existent pas seulement dans les formes initiales de la maladie, mais dans certains cas de lèpre constituée et avancée. Il existe de nombreuses formes larvées.

L'auteur apporte deux cas de lèpre au début : dans l'un d'eux, on notait une tuméfaction sourcilière discrète et une éruption érythémato-squameuse ressemblant à première vue à un *pityriasis versicolor* ; dans l'autre existait une éruption discrète érythémato-pigmentaire sur les bras et les jambes. Le bacille de Hansen, impossible à mettre en évidence dans le mucus nasal, est trouvé en abondance dans le liquide d'une phlyctène provoquée par la neige carbonique.

On peut utiliser pour le diagnostic de la lèpre larvée les réactions focales du type Herxheimer, obtenues par Bejarano et Enterria avec la trichophytine pure en injections intraveineuses. On observe en pareil cas :

1° Une réaction focale consistant en une congestion et un prurit intense au niveau des lépromes.

2° Une élimination massive de bacilles. Elle a permis de les mettre en évidence chez une malade atteinte de lèpre anesthésique alors que toutes les recherches antérieures avaient échoué.

Les réactions sérologiques pratiquées avec un antigène lépreux donnent un pourcentage de 100 o/o de résultats positifs mais elles n'ont de valeur pratique que si elles sont négatives avec les sérums syphilitiques.

L'analyse bactériologique reste le moyen de diagnostic le plus sûr. On cherche les germes dans le mucus nasal directement ou après scarification de la muqueuse, dans le suc obtenu par ponction ganglionnaire ou ponction testiculaire, dans le sédiment urinaire, dans le liquide des phlyctènes provoquées par la neige carbonique, etc. Elle donne 100 o/o de résultats positifs dans les formes tubéreuses, 15 o/o dans la lèpre nerveuse, 71 o/o dans la lèpre mixte.

Lorsque ces recherches sont négatives chez un malade supposé atteint de lèpre tubéreuse, le diagnostic de cette affection est à rejeter.

C'est dans la lèpre nerveuse que l'on rencontre le plus grand nombre de difficultés. On doit soigneusement analyser les anamnestiques, noter le début des troubles trophiques par l'extrémité distale des membres, la symétrie des lésions, l'absence de sudation provoquée par l'ionisation à la pilocarpine suivant la méthode de Jeanselme.

J. MARGAROT.

Une observation de tabès et de maladie osseuse de Paget (Una observacion de tabes y enfermedad osea de Paget), par José Luis Carrera. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, n° 7, avril 1932, p. 442, 4 fig.

On discute depuis Fournier les rapports de la syphilis et de la maladie osseuse de Paget. La plupart des auteurs admettent que l'observation simultanée des deux affections est un effet du hasard.

La coïncidence de la maladie osseuse de Paget avec un tabès est d'une extrême rareté. Guillain en a publié un cas. J. L. C. en apporte un autre.

Un malade atteint de tabès avec douleurs fulgurantes, immobilité pupillaire, abolition des réflexes tendineux, aortite, présente des déformations osseuses : les mains et les pieds ont une hypertrophie qui rappelle l'acromégalie, les clavicules ont une épaisseur double de la normale, les tibias épaissis sont incurvés en lame de sabre.

Une radiographie confirme le diagnostic de maladie de Paget avec ostéite fibreuse généralisée, altérations du type « ouaté » de la calotte crânienne, diminution de la densité des épiphyses et condensation osseuse dans la diaphyse des os longs, plus spécialement sur le tibia, augmentation des dimensions de la selle turcique. J. L. C. ne trouve pas la calcification des gros vaisseaux signalée par quelques auteurs, et il souligne la coïncidence d'une calcémie abaissée (8,9 à 11 milligrammes de Ca pour 100 centimètres cubes de sérum) avec des crises gastriques intenses. J. Margarot.

La « Ballungs Reaktion » de Muller avec centrifugation (Modifications personnelles) (Reaccion Balon de Muller con centrifugacion) (Modificaciones personales), par E. Alvarez Sainz de Aja et M. Forns Contera. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, n° 7, avril 1932, p. 449.

Dans une seconde technique de la M. B. R., Muller ajoute la centrifugation recommandée par les auteurs il y a quelques années. L'interprétation des résultats douteux est parfois délicate.

S. A. et F. C. apportent à la méthode une modification qui rend la lecture plus facile. J. Margarot.

Sur les arthrites syphilitiques larvées (Sobre las artritis sifiliticas larvadas), par J. Bejarano et E. Enterria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 24e année, n° 7, avril 1932, p. 455.

Un malade, atteint de blennorragies successives, présente au cours d'une amygdalite aiguë une brusque tuméfaction douloureuse du genou gauche avec limitation fonctionnelle et élévation thermique. Le salicylate de soude ne donne aucune amélioration.

Bientôt le genou droit se gonfle à son tour, donnant lieu à des douleurs et à une recrudescence de la fièvre.

On pense à un rhumatisme gonococcique, mais l'acridinothérapie n'est suivie d'aucun soulagement.

L'intensité des phénomènes douloureux, leur exacerbation nocturne,

leur localisation par la pression en un point de l'extrémité osseuse, le résultat positif de la sérologie, l'heureux effet du traitement antisyphilitique démontrent la véritable origine de la double arthrite.

J. MARGAROT.

Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Nécroses osseuses tardives consécutives à des applications de radium. Cas cliniques (Necrosis oseas tardias post-radicas. Casos clinicos), par ENRIQUE A. SAINZ DE AJA. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 8e année, nº 79, avril 1932, p. 355.

Un malade traité par le radium pour un épithélioma baso-cellulaire du front présente, sept ans après, une ulcération douloureuse du centre de la cicatrice. Un nouvel examen pratiqué quelques mois plus tard montre un séquestre de l'os frontal.

Chez un second sujet, un épithélioma de la région fronto-temporale droite récidive à la périphérie d'une cicatrice présentant en son centre des lésions de radionécrose étendues au plan osseux.

J. MARGAROT.

Présentation d'un cas de verrues séniles chez une malade de 15 ans (Presentacion de un caso de verruga senil en une enferma de quince anos), par ANTONIO PEYRI et CARLOS CARDENAL. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 8e année, nº 79, avril 1932, p. 366.

Une malade, âgée de 29 ans, présente depuis sa 15e année, des verrues séniles typiques qui n'ont cessé de s'étendre depuis cette époque. L'âge de la malade, le caractère familial de l'affection (la mère présente les mêmes lésions) semblent démontrer que l'on se trouve en présence d'une véritable maladie nævique. J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Eczéma solaire et hématoporphyrie (Eczema solare and porphyria), par TEMPLETON et LUNSFORD. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 4, avril 1932, p. 691.

Après un exposé de la question et de nombreuses indications bibliographiques, T. et L. discutent les rapports de la photosensibilité et de l'hématoporphyrie.

On trouve des porphyrines dans les urines ou dans les matières dans trois groupes de cas.

1° *L'hématoporphyrie congénitale* reste silencieuse aussi longtemps que l'enfant n'a pas été exposé au soleil. Tout au plus constate-t-on des urines foncées, vin de Bourgogne. Mais, dès la naissance, il y a de grandes quantités de porphyrines. Après les premières expositions au soleil apparaît l'hydroa vacciniforme ; les poussées se répètent tous les étés ; elles ont habituellement tendance à s'atténuer avec l'âge et

disparaissent fréquemment à la puberté. Ces enfants ne présentent aucun trouble nerveux. Tous les cas d'hématoporphyrie congénitale ne s'accompagnent pas d'hypersensibilité à la lumière.

2° *L'hématoporphyrie aiguë* constitue un syndrome particulier observé uniquement chez l'adulte et dominé par des phénomènes nerveux : névrites périphériques, délire, convulsions, etc., accompagnés de vives douleurs abdominales. Les urines sont rouges ou noires et contiennent de grandes quantités de porphyrines. Il n'y a pas de photosensibilisation.

3° *L'hématoporphyrie chronique* résulte souvent de l'absorption des dérivés barbituriques ; dans les autres cas son origine reste indéterminée. La photosensibilisation n'est pas constante. C'est dans ce groupe que rentrent les eczémas et prurigos solaires.

T. et L. ont pensé que la porphyrinurie pouvait être la conséquence de la stimulation de la peau par la lumière et non la cause de l'hyperphotosensibilité. Ils ont recherché les porphyrines dans les urines de 16 individus porteurs de dermatoses communes et soumis à des irradiations par les rayons ultra-violets ; 11 d'entre eux présentaient de la porphyrinurie. Sur 6 autres malades non irradiés, 2 avaient des porphyrines dans les urines.

Il est donc difficile d'admettre que l'hématoporphyrie soit la cause de la photosensibilisation ; de nombreux cas d'hématoporphyrie ne s'accompagnent d'aucune hypersensibilité à la lumière et, d'autre part, 25 o/o seulement des cas d'hydroa vacciniforme s'accompagnent d'hématoporphyrie. Il semble plus vraisemblable que la porphyrinurie est la conséquence de la sensibilité de la peau aux rayons ultra-violets. Peut-être est-elle une conséquence d'autres irritations encore de la peau puisqu'on a pu la déceler chez deux malades non irradiés mais atteints de dermatoses vulgaires. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Névrite optique consécutive à une intoxication par le thallium (Retrobulbar neuritis due to thallium poisoning), par LILLIE et PARKER. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVIII, n° 16, 16 avril 1932, p. 1347.

Deux nouveaux cas de névrite rétrobulbaire chez des malades qui ont fait usage de crèmes épilatoires contenant de l'acétate de thallium. S. FERNET.

The American Journal of Syphilis (St-Louis).

Le cycle évolutif du Treponème pâle (The life history of the Treponema pallidum), par INGRAHAM. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, n° 2, avril 1932, p. 155.

Revue critique très documentée comportant 177 indications bibliographiques. S. FERNET.

Le sulfure de mercure colloïdal dans le traitement de la syphilis (Colloidal mercury sulphide in the treatment of syphilis), par GENNERICH (de Kiel). *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, nº 2, avril 1932, p. 198.

G. utilise un nouveau sel mercuriel répondant à la formule HgS en solution colloïdale (en présence d'une protéine hydrolysée). Ce produit peut être utilisé par la bouche, en injections intramusculaires et intraveineuses. Il paraît être le plus actif des sels mercuriels et convient au traitement de consolidation de la syphilis. Il est particulièrement actif sur la réaction de Bordet-Wassermann.

S. FERNET.

Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Contribution à la clinique et à l'histopathologie de la porokératose de Mibelli, par M. S. IKHTEYMANN. *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nºs 9-10, novembre décembre 1931, pp. 674-684, avec 8 figures.

Cas personnel de parakératose de Mibelli fort intéressant et original par ses particularités.

Le malade est un jeune ouvrier russe, âgé de 17 ans, bien constitué. La rate et le foie sont légèrement augmentés de volume. Rien de particulier pour le sang et les urines. Bordet-Wassermann et Pirquet négatifs. Trémulations fibrillaires de la langue. Dermographisme rouge. Réflexes rotuliens, achilléens et crémastériens vifs. La pupille droite est plus grande que la gauche. La moitié droite de la face est moins développée que la gauche. La température de la peau est plus élevée à droite qu'à gauche. Les radiographies montrent la persistance de la synchondrose sphéno-occipitale, un raccourcissement des os métacarpiens de la main droite et un *spina bifida occulta* de la Vᵉ vertèbre lombaire en partie sacralisée.

Au point de vue cutané, on note une acné vulgaire du visage et du dos. Le visage est glabre. Au pubis, les poils sont disposés selon le type féminin, aux lombes, on trouve un duvet abondant.

L'affection date de l'enfance et se localise seulement à la moitié droite du corps et présente, sur une grande étendue, une disposition linéaire. Au début, c'étaient des éléments cornés rares, puis ils augmentaient de nombre et confluaient. Lentement, en plus des éléments anciens, s'en formaient des jeunes, durs, gris, de la grosseur d'un grain de pavot à celui de mil. Ces éléments jeunes sont rares et peu nombreux. Plus nombreux sont les éléments anciens confluents formant des taches annulaires dont certaines possèdent un bourrelet périphérique corné, jaunâtre et légèrement surélevé. Le centre de cette tache est normal, ou bien rose ou rouge, squameux ou atrophique. Par places, la zone centrale est couverte d'éléments verruqueux, à centre déprimé, ou comédoniens situés aux orifices des follicules et des glandes sudoripares. Le bord droit de la langue porte 3 formations

rondes, blanchâtres, sans bordure, de 1/2 à 1 centimètre de diamètre. Pas de troubles subjectifs, mais les éléments cutanés gênent le malade lors de la culture physique. La biopsie montre tout d'abord une kératose, surtout aux sillons interpapillaires et une parakératose. Par places, les cellules cornées soudées forment un petit pilier qui, dans d'autres coupes, rappelle un monticule d'assiettes superposées coiffé d'une sorte de panache formé de la couche cornée friabilisée. Ces piliers correspondent souvent à la rigole de la corne parakératosique allant le long du bourrelet périphérique et cette rigole aboutit souvent à l'orifice des glandes sudoripares. On trouve aussi des foyers de kératose incomplète sans rapport avec les follicules ou les pores et qui semblent commencer à l'espace interpapillaire.

La couche granuleuse est épaissie au niveau des taches. La couche de Malpighi est en acanthose. Sous les foyers parakératosiques, la couche cornée disparaît et le cône parakératosique pénètre dans la couche épineuse qu'il déprime. Par endroits, la couche granuleuse renferme des cellules rondes à noyau faiblement coloré autour duquel se rassemblent des grains kérato-hyalins. La couche de Malpighi présente des foyers d'altération cavitaire. Parfois, la couche papillaire et sous-papillaire présente une infiltration à petites cellules localisée autour des vaisseaux ou des follicules cornés. Certains orifices des glandes sudoripares sont dilatés sous la forme d'ampoules dont l'axe est occupé par le pilier parakératosique entouré du panache mentionné. Les canaux excréteurs et les glomérules sécrétants sont dilatés, mais non inflammés. Les élévations comédoniennes sont des follicules cornés atrophiés et privés de poil. Les poils et le muscle arrecteur du poil, ainsi que la glande sébacée, sont atrophiés.

Se basant sur les données cliniques et histologiques, l'auteur rapporte la parakératose de Mibelli non au groupe des nævi, mais à celui des dyskératoses. Vu que les foyers de kératose et de parakératose ne sont pas toujours en rapport avec les orifices des glandes sudoripares et la présence d'éléments sur la muqueuse linguale qui est dépourvue des glandes sudoripares, l'auteur préfère la dénomination plus correcte de Respighi, notamment celle de kératose centrifuge atrophiante.

BERMANN.

La capacité fonctionnelle des reins dans le psoriasis vulgaris. par F. I. CHIRIAIEFF. *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 9-10, novembre-décembre 1931, pp. 685-689.

En étudiant la capacité fonctionnelle des reins au cours des diverses maladies de la peau, l'auteur s'est arrêté plus spécialement sur le *psoriasis vulgaris*.

Les recherches ont été faites dans 60 cas de psoriasis chez des malades âgés de 19 à 50 ans n'ayant pas de troubles généraux apparents et pas de troubles rénaux en particulier.

Au lieu de 1.800 grammes d'urines par 24 heures, l'auteur a trouvé

une diminution de cette quantité jusqu'à 1.200 grammes, donc de 33 o/o. Mais il faut prendre en considération la transpiration exagérée des psoriasiques qui perdent ainsi 600 grammes d'eau par 24 heures, leur diurèse est donc normale. Le poids spécifique élevé trouvé par l'auteur chez les psoriasiques (1.020) au lieu de 1.014, s'explique par l'augmentation de la concentration des urines, due à la perte énorme d'eau par la peau. La concentration du chlorure de sodium (normalement 0 gr. 20 par litre d'urine) a été trouvée augmentée dans 27 cas (45 o/o) et diminuée dans 33 cas (55 o/o). La quantité d'urée (normalement 0 gr. 40 par litre d'urine) a été trouvée augmentée dans 23 cas (38 o/o) et diminuée dans 37 cas (62 o/o). Les substances denses (normalement 1 gramme par litre d'urine) étaient augmentées dans 13 cas (22 o/o) et diminuées dans 47 cas (79 o/o).

Ainsi donc, la statique de l'activité rénale reste normale chez les psoriasiques. Quant à la dynamique, l'auteur l'a étudiée au moyen des épreuves de la polyurie expérimentale et de la concentration des urines. La première épreuve dénote chez tous les malades une excrétion ralentie de l'eau, ce qui démontre un trouble fonctionnel des reins. Quant à la concentration, elle reste normale chez les psoriasiques. Les expériences avec l'indigo-carmin montrèrent également une coloration des urines au bout d'un temps normal, c'est-à-dire 4 minutes.

Les recherches de l'auteur permettent par conséquent de conclure que la capacité fonctionnelle des reins n'est troublée dans le *psoriasis vulgaris* que par rapport aux forces de réserve (ralentissement de l'excrétion de l'eau dans la surcharge expérimentale), ce qui prouve un trouble de l'appareil vasculaire des reins et confirme l'opinion de Nikolsky qu'à la base du *psoriasis vulgaris* résident des troubles vasculo-sécrétoires. BERMANN.

Le système réticulo-endothélial et la syphilis. par B. A. LÉVINE. *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 9-10, novembre-décembre 1931, pp. 690-695.

Les données bibliographiques permettent à l'auteur de conclure que le système réticulo-endothélial est un appareil formant la bilirubine et que les cellules hépatiques peuvent être comparées aux organes excréteurs. La quantité physiologique de bilirubine dans le sang dépend de l'état normal de ces deux systèmes. Van den Bergh, qui a inauguré la recherche de la bilirubine dans le sang à l'aide de la diazo-réaction d'Ehrlich, a trouvé deux variétés de bilirubine : fonctionnelle ou directe et résorbée des voies biliaires par stase ou indirecte.

L'auteur a étudié les troubles des fonctions du système réticulo-endothélial dans la syphilis, en examinant le sang au point de vue de la bilirubine chez 173 syphilitiques aux périodes diverses de la maladie.

Dans la syphilis primaire (33 cas, dont 30 hommes et 3 femmes, âgés de 17 à 44 ans, 9 séro-positifs et 24 séro-négatifs), il y avait chez 9 malades (27 o/o) avant le traitement, une bilirubinémie fonctionnelle, indiquant un hyperfonctionnement du système réticulo-endothélial.

Dans la syphilis secondaire (103 cas, dont 70 hommes et 33 femmes, âgée de 21 à 54 ans, 29 traités et 74 non traités) mêmes résultats, mais chez une plus grande proportion des malades (51 o/o).

Dans la syphilis tertiaire (37 cas, dont 18 hommes et 19 femmes, âgés de 17 à 53 ans), la bilirubine a été augmentée dans 10 cas (27 o/o). Dans 6 cas, il y avait un hyperfonctionnement du système réticulo-endothélial, et dans 4 cas, une atteinte du tissu hépatique. Deux malades ayant un ictère apparu 1 1/2-2 mois après la fin du traitement spécifique, avaient une forte bilirubinémie indiquant à la fois un hyperfonctionnement du système réticulo-endothélial et un hypofonctionnement du foie, sous l'influence de l'action toxique du virus syphilitique et du néo.

L'auteur formule les conclusions suivantes : le système réticulo-endothélial joue un rôle énorme dans la lutte contre l'infection syphilitique. La bilirubinémie observée dans la syphilis, en rapport avec la réaction indirecte, indique un hyperfonctionnement du système réticulo-endothélial. Les analyses qualitatives et quantitatives de bilirubine sont importantes pour le diagnostic précoce et la prophylaxie des ictères ; en cas de bilirubinémie augmentée, il faut approprier le traitement au sujet. La recherche de la bilirubine dans le sang des syphilitiques doit occuper une large place à côté des autres méthodes de laboratoire. La bilirubinémie élevée observée dans les ictères salvarsaniques indique en même temps un hyperfonctionnement du système réticulo-endothélial et une lésion du tissu hépatique qui est en hypofonction.

BERMANN.

Les huiles grasses végétales dans le traitement de la lèpre, par M. N. JDANPOUCHKINE et W. N. KOUZNETZOFF. *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 9-10, novembre-décembre 1931, pp. 696-707.

Les auteurs ont procédé à des recherches sur diverses huiles employées dans la thérapeutique antilépreuse.

L'huile de chaulmoogra qui est la plus employée s'est montrée à plusieurs reprises ou falsifiée par d'autres huiles brutes ou bien insuffisamment épurée ; en outre, elle peut être mélangée de substances non saponifiables, ce qui rend les injections douloureuses. L'huile de chaulmoogra renferme aussi des acides du type linolique et linolénique. Il faut distinguer l'huile de chaulmoogra de l'huile de gynocardia qui contient moins d'acides gras non saturés. Le meilleur produit antilépreux, le Moogrol, composé d'éthers éthyliques de l'huile de chaulmoogra, se montre à l'analyse comme renfermant des acides chaulmoogriques et hydnocarpiques avec un mélange d'acides linolique et linoléique.

Les recherches des auteurs les ont amenés à croire à l'activité des acides gras non saturés et à l'expérimentation de l'huile périllique. Cette huile provient des semences de *Perilla ocymodes* (Labiées) originaire des Indes, mais cultivée aussi au Japon, en Chine, en Extrême-

Orient russe et au Caucase. Cette huile contient le pourcentage le plus élevé en acides gras non saturés, linolique et linolénique.

Quant à l'explication de l'action des huiles grasses végétales, les auteurs n'admettent pas l'opinion de Rogers qui croit à l'augmentation de la lipase, dissolvant de la membrane des bacilles. Ils émettent leur propre hypothèse de travail d'après laquelle les acides gras non saturés absorbent avidement l'oxygène et modifient le milieu en le rendant défavorable au développement des bacilles acido-résistants, ce qui exerce naturellement un effet positif sur le tissu malade. L'action n'est pas directe, mais indirecte. Les auteurs invoquent leur manière de voir pour expliquer l'influence favorable de l'huile de chaulmoogra qui possède aussi un taux élevé d'acides gras non saturés.

Par analogie avec le Moogrol, les auteurs ont préparé le « Périgrol », composé d'éthers éthyliques de l'huile périllique. Ce produit a été préparé après des essais favorables faits sur 7 malades traités par l'huile périllique. Le Périgrol s'emploie comme le Moogrol, en le mélangeant de moitié avec de l'huile camphrée. La cure de Périgrol comprend de 20 à 30 injections intramusculaires faites 2 fois par semaine à la dose de 1 gramme-1 gr. 50. Le traitement de 25 malades par le Périgrol a montré que les accidents nuisibles ne s'observent jamais. On note une réaction générale et focale ce qui est un signe positif de l'action favorable. En comparant l'action du Périgrol avec celle du Moogrol, les auteurs n'ont trouvé aucune différence et préconisent vivement la continuation des essais de l'huile périllique et du Périgrol dans la lèpre. BERMANN.

Contribution au traitement de la leishmaniose cutanée par les rayons X, par J. E. LÉVINE. *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 9-10, novembre-décembre 1931, pp. 708-711.

Appliquée pour la première fois il y a une vingtaine d'années, la rœntgenthérapie de la leishmaniose cutanée n'est pas devenue d'un emploi large et la bibliographie de cette question est, par conséquent, pauvre, car il n'y a que des observations peu nombreuses et isolées.

L'auteur rapporte 5 cas personnels chez 3 hommes et 2 femmes atteints de leishmaniose de la face et des extrémités, de durée variable et dont le diagnostic a été confirmé microscopiquement.

Considérant que la leishmaniose cutanée est un granulome infectieux constitué par un tissu sensible aux rayons X, l'auteur n'a pas employé la radiothérapie profonde, mais une radiothérapie plus superficielle, en se servant de rayons moins durs, de 90 à 110 kilowats à la dose de 1/4 à 1/2 H. E. D., avec filtre d'aluminium de 1 à 3 millimètres. Après la première séance, les lésions se détergent au bout de 3 à 6 jours et se couvrent de granulations au centre. Après la deuxième séance, l'infiltration diminue et l'épithélisation est intense. Après la troisième séance, l'infiltration se résorbe totalement. La quatrième est rarement appliquée. Il faut noter que les leishmania disparaissent déjà des lésions après la

première séance ou bien sont rares et dégénérées. L'auteur souligne que les rayons X doivent porter à 2 travers de doigt autour de la lésion afin d'éviter les récidives possibles. La durée totale du traitement jusqu'à la guérison est de 1 à 2 mois. L'auteur préconise vivement l'essai de la radiothérapie dans les cas de leishmaniose cutanée.

BERMANN.

Contribution à l'étude clinique du lichen ruber plan pemphigoïde, par F. KOLADA et J. ROVINSKY. *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, nos 9-10, novembre-décembre 1931, pp. 712-717, avec 2 figures.

Après une étude bibliographique de l'affection, les auteurs rapportent 3 cas personnels de cette dermatose rare, concernant tous des femmes qui, de plus, n'ont jamais employé d'arsenic à l'intérieur, sous aucune forme. Le premier cas a trait à une femme de 29 ans, divorcée, n'ayant jamais eu de grossesse et indemne de tuberculose et de maladies vénériennes, mais souffrant depuis son enfance d'asthme bronchique dont les accès reviennent chaque automne. Au point de vue général, la malade présente une myocardite, un emphysème et une hypertrophie molle et indolore du foie. Hypertrophie des ganglions lymphatiques inguinaux, péri-bronchiques et para-trachéaux. Hystéro-neurasthénie ; dermographisme rouge. Réactions de Bordet-Wassermann et de Pirquet négatives.

L'éruption cutanée dont la malade est atteinte depuis 3 mois est étendue à presque toute la surface des téguments, sauf aux muqueuses. Elle est constituée par des papules lenticulaires abondantes et non confluentes, du volume d'une tête d'épingle et plus, polygonales, rose bleuâtre et rouge bleuâtre, prurigineuses.

Pendant le séjour de la malade à la clinique, on enregistrait après chaque crise d'asthme une éruption de vésicules isolées dont plusieurs se sont formées sur la muqueuse buccale.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de 30 ans, mariée, n'ayant eu qu'une grossesse extra-utérine, opérée. Pas de maladies vénériennes ou de tuberculose dans l'anamnèse. Adénopathie inguinale indolore. Dermographisme rouge. Bordet-Wassermann et Pirquet négatifs.

La dermatose dont la malade est porteuse depuis 2 mois se localise au tronc et aux extrémités et se compose de papules lenticulaires prurigineuses du volume d'un grain de chanvre à une lentille, rouge bleuâtre, polygonales, parfois déprimées au centre, abondantes. En outre, on constate aussi des vésicules et des pustules à type impétigineux. La muqueuse jugale porte aussi des papules caractéristiques.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une femme de 60 ans, mariée, n'ayant jamais été enceinte, et dont la ménopause est survenue à l'âge de 45 ans. La malade souffre de la goutte, d'artério-sclérose et de névrose cardiaque. Pas de tuberculose, ni de maladies vénériennes dans l'anamnèse.

Elle présente depuis 3 mois et demi une éruption prurigineuse du tronc et des extrémités constituée par des papules lenticulaires de dimensions allant d'un grain de chanvre à une lentille, brillantes, certaines sont déprimées au centre, de couleur rougeâtre bleuâtre. Pirquet et Bordet-Wassermann négatifs.

Toutes les malades n'avaient rien de particulier dans les urines ni dans le sang. Dans les deuxième et troisième cas, l'infection secondaire a transformé les vésicules en pustules. A noter que dans le premier cas, la malade a été améliorée et guérie par trois ponctions lombaires successives. La biopsie faite dans un cas (le premier) montre un épaississement de la couche cornée et granuleuse avec, par places, un œdème intercellulaire dans la couche de Malpighi. Ces altérations sont notées non seulement au plafond de la cavité, mais aussi à sa périphérie, ce qui est typique pour le *lichen ruber plan* et ce qui permet d'affirmer que la cavité s'est formée dans une peau préalablement modifiée par le *lichen ruber plan*. BERMANN.

Sur la dermatose professionnelle des boulangers des craquelins ronds, par I. A. GORTCHAKOFF. *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 9-10, novembre-décembre 1931, pp. 717-720, avec 1 figure.

En procédant tous les mois à l'examen corporel des boulangers de de Moscou, l'auteur a rencontré une affection professionnelle de la peau chez les boulangers des craquelins qui ne figure pas encore dans la littérature.

Parmi les 2.000 boulangers examinés, il y avait 42 boulangers des craquelins dont l'ancienneté professionnelle va de quelques semaines à 35 ans. La dermatose professionnelle a été observée chez tous les 42 boulangers. Elle se localise ordinairement au côté externe de l'avant-bras gauche, plus rarement au coude gauche, ou encore plus rarement, à la base du petit doigt gauche. Cette dermatose s'explique par la construction spéciale du four à craquelins ronds, son mode de grillage et l'habitude de s'accouder au bord du four qui est à une température de 60°, pendant que l'ouvrier met ou sort les craquelins du four. Durant les 8 heures de travail, ce contact avec le four chaud a lieu pendant 4 heures et ceci n'est pas sans produire des dermatoses, variables selon le temps passé dans ce métier. Au début, c'est un érythème, allant du rose jusqu'au rouge sombre et occupant tout l'avant-bras gauche. Plus tard, la peau brunit, ce qui s'explique par des extravasations microscopiques des petits vaisseaux et des capillaires atteints par la chaleur. Parfois, la brûlure se fait sous forme de bulles ordinaires. Certains boulangers ont des lésions sous forme de plaies et de croûtes qui nécessitent une interruption du travail jusqu'à la guérison des téguments. Peu à peu, sous l'influence de l'action prolongée de la chaleur, l'inflammation cutanée devient chronique et se présente sous l'aspect, soit rouge sombre, soit brun à limites diffuses, à surface inégale crevassée ; au palper, la peau est sensible, sèche, rugueuse, épaissie ; parfois, il y a desqua-

mation. Cet état cutané persiste même plusieurs années après le changement de profession, comme l'a vu l'auteur chez un commis de coopérative y travaillant 2 ans après avoir été boulanger durant 25 ans. Si le boulanger s'appuie sur le coude ou le petit doigt, il s'y forme des callosités brun foncé et sensibles. L'auteur propose de garnir le bord et le fond du four de plaques d'abeste afin de préserver les boulangers des brûlures et de la dermatose professionnelle qui en résulte.

BERMANN.

A propos de l'étiologie et du traitement du granulosis rubra nasi de Jadassohn, par J. A. LÉVINE. *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, nos 9-10, novembre-décembre 1931, pp. 721-725.

L'auteur fait une revue bibliographique détaillée relative au sujet et y joint une observation personnelle. Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans se plaignant d'une affection du nez qui a débuté à l'âge de 8 ans. Rien de particulier aux antécédents héréditaires. Le malade a des téguments cutanéo-muqueux pâles, des ganglions lymphatiques cervicaux et sous-maxillaires augmentés et pâteux. Les 2 sommets pulmonaires sont submats et la respiration y est voilée ; les ganglions bronchiques sont hypertrophiés. Réaction de Pirquet positive. Au nez les téguments sont de couleur rouge clair, la rougeur étant diffuse, symétrique et sans limites nettes ; à la surface, cette peau rouge est couverte de vaisseaux dilatés et de petits nodules isolés, mous, disparaissant à la pression ; par places, on voit des vésicules claires. La peau du nez est humide et froide. Transpiration prononcée du nez et de tout le visage, surtout à l'émotion. La biopsie a été refusée par le malade. Tous les traitements restent inopérants. L'auteur applique alors la radiothérapie. Les rayons X amènent peu à peu la diminution de la sudation, de la rougeur ; ensuite les nodules et les vésicules disparaissent, la peau devient lisse, les vaisseaux dilatés diminuent et disparaissent, de façon que, finalement, la guérison a été définitive.

BERMANN.

ERRATUM

Dans l'article de MM. Chevrel-Bodin et Cormier sur l' « Étude des réactions de floculation. Variation des réactions de Meinicke en fonction du P_H » paru dans le no 6, juin 1932, des *Annales de Dermatologie*, il faut lire à la page 537 : Granules de lipides... *au lieu de :* Granules albuminoïdes...

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

LES ULCÈRES TUBERCULEUX ATYPIQUES ULCÈRES TUBERCULEUX DU CUIR CHEVELU

Par M. L.-M. PAUTRIER

On connaît bien l'ulcère tuberculeux typique qui se présente presque toujours avec des caractères assez nets pour permettre un diagnostic facile : ulcération assez superficielle, allant du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de 50 centimes, de forme ovoïde ou irrégulière, à bords déchiquetés, à pic ou décollés, à fond sanieux, granuleux, livide, piqueté de points hémorragiques, présentant souvent à sa périphérie des grains jaunes sous forme d'ulcérations miliaires, punctiformes, et s'accompagnant presque toujours de douleurs très vives. Il siège à peu près uniquement au niveau des muqueuses et particulièrement dans la cavité buccale : langue, joue, lèvre, pharynx. On peut encore le trouver plus rarement au niveau des dermo-muqueuses : lèvres, pourtour de l'orifice anal. On ne l'observe que chez des tuberculeux avérés et il résulte toujours d'une inoculation externe. Il représente le type de la tuberculose cutanée le plus virulent, très habité, riche en bacilles. Histologiquement, sous une couche nécrosée fibrinoïde, il est formé par la juxtaposition de beaux follicules tuberculeux typiques. Toutes ces données sont classiques et nous nous excusons de les rappeler.

A côté de l'ulcère tuberculeux typique, Darier et son élève Lévy-Bruhl ont décrit des ulcères tuberculeux atypiques, d'observation plus rare et de diagnostic parfois singulièrement embarrassant.

Au lieu de siéger sur les muqueuses, ils se rencontrent sur la peau et ont pu être observés au niveau du tronc, du cou, des aines, des cuisses, des jambes. Ils se présentent comme des ulcères torpides, dont les dimensions vont de celle d'une pièce de deux francs à celle d'une paume de main, à contours arrondis, ovalaires ou

polycycliques. Les bords en sont souvent à pic et décollés ; le fond est souvent grisâtre, tantôt rouge vif et bourgeonnant. Leur base n'est que légèrement infiltrée. L'évolution en est lente, l'indolence absolue. Ils peuvent être uniques ou multiples et se rencontrent de préférence chez des sujets jeunes, principalement des femmes atteintes soit de tuberculose pulmonaire, soit d'autres types de tuberculose cutanée.

Le diagnostic clinique en est souvent fort difficile et ferait volontiers penser à une syphilide tertiaire ulcéreuse ou à des lésions d'hérédo-syphilis. La coexistence d'autres lésions tuberculeuses est souvent l'argument qui permet de penser à l'ulcère tuberculeux atypique. La recherche des bacilles de Koch y est souvent négative. L'inoculation au cobaye donne des résultats variables, tantôt positifs, tantôt négatifs. Leur virulence n'est donc pas uniforme. Dans certains cas, ils montrent des lésions histologiques nettement folliculaires et des lésions vasculaires. A l'inverse de l'ulcère tuberculeux toujours d'origine externe, l'ulcère tuberculeux atypique provient donc vraisemblablement d'embolies bacillaires.

J'ai eu l'occasion d'observer personnellement deux cas d'ulcères tuberculeux atypiques rentrant dans la description de Darier et de Lévy-Bruhl. Il s'agissait de deux jeunes filles très entachées de tuberculose et présentant l'une du *lichen scrofulosorum*, l'autre des tuberculides papulo-nécrotiques. L'histologie montrait en bordure un infiltrat diffus, groupé par places en nodules présentant de véritables ébauches de follicules tuberculeux et au niveau de l'ulcération un tissu nécrosé sous lequel on retrouvait de véritables follicules tuberculeux, mais sans bacilles de Koch.

Favre, d'abord seul, puis avec Bonnet, a décrit d'autre part un autre type d'ulcère tuberculeux atypique : l'ulcère tuberculeux à l'emporte-pièce, phagédénique. Dans leurs deux cas, il s'agit de malades atteintes de tuberculose viscérale avancée, à forme grave. La première, femme de 57 ans, atteinte d'une poussée aiguë de granulie touchant le poumon, le foie, le rein et mourant quelques jours après son entrée à l'hôpital, présentait dans la région claviculaire une ulcération large, douloureuse, envahissante, régulière, à contour géométrique, se développant sans réaction inflammatoire, sans bourgeonnement, devant laquelle les tissus paraissaient « fondre » et disséquant jusqu'aux muscles, peu suppurante, entou-

rée par un mince liséré violacé sans infiltration. L'examen histologique montrait une limitation extrême de l'infiltration tuberculeuse à la bordure et l'examen bactériologique décelait du bacille de Koch dans l'exsudat qui siégeait sous les bords décollés.

La seconde malade, femme de 52 ans, entrée à l'hôpital pour tuberculose grave septicémique à localisations pulmonaire, pleurale, rénale, articulaires, présentait en même temps sur les membres inférieurs sept lésions cutanées ayant débuté par des placards rouges violacés, un peu surélevés. Dans un deuxième stade, ces derniers s'affaissèrent, se déprimèrent, présentant une teinte rouge brunâtre ; rien ne permettait de penser à une lésion tuberculeuse ; la symptomatologie était beaucoup plus en faveur de lésions spécifiques. Mais l'examen histologique révélait, dès ce stade, des lésions folliculaires tuberculeuses, sans tendance à la caséification. Brusquement, dans un troisième stade, quelques jours avant la mort, le processus destructif prit une marche rapide et en quatre ou cinq jours il y eut destruction, fonte de trois de ces lésions, aboutissant à de véritables ulcérations à l'emporte-pièce. Ici encore, histologiquement, les lésions tuberculeuses ne forment qu'une zone très mince et seulement en bordure des ulcérations ; par contre, on trouve en profondeur quelques vaisseaux oblitérés par endovascularite. Ces lésions vasculaires portant sur des artérioles volumineuses retentissant profondément sur la vitalité de la peau, expliquent vraisemblablement son effondrement sous l'action du bacille de Koch.

Cette deuxième observation de Favre et Bonnet présente pour nous le plus vif intérêt. Ces auteurs font en effet remarquer que c'est la première fois qu'il a été donné d'observer, avant l'apparition de l'ulcère tuberculeux, ces lésions érythémateuses, empâtées et se demandent si elles se rencontrent dans tous les cas avec le même type. Or, il nous a été donné de les retrouver dans le cas singulier que nous allons rapporter.

Favre et Bonnet établissent donc l'existence d'ulcères tuberculeux atypiques véritablement phagédéniques, à l'emporte-pièce, survenant peu avant la mort chez des tuberculeux atteints de bacillose généralisée grave et indiscutablement d'origine vasculaire.

*
* *

Nous venons nous-même d'observer un cas extrêmement troublant d'ulcères tuberculeux (au nombre de deux) du cuir chevelu — localisation anormale, que nous ne croyons pas avoir été signalée jusqu'ici et qui n'était pas faite pour simplifier le diagnostic. Ces ulcères tuberculeux se rapprochent par certains points du deuxième cas de Favre et Bonnet et particulièrement par l'existence avant l'ulcération de lésions érythémateuses diffuses, empâtées et par la constatation sur les coupes d'endovascularites profondes abondantes. Mais ils s'en différencient par l'évolution, par l'aspect même des lésions. Ils ne coïncident exactement ni avec le type Darier-Lévy-Bruhl, ni avec le type Favre-Bonnet. Ils montrent que ces ulcères tuberculeux atypiques sont encore plus complexes comme symptomatologie que nous ne le pensions.

M. Wœr..., 69 ans, nous raconte que vers le mois d'octobre 1930 apparut au niveau du cuir chevelu, sur la région frontale, qui présente par ailleurs une calvitie totale, une tache rouge qui s'est agrandie progressivement pendant trois mois.

Vers le mois de janvier 1931, le malade, sur le conseil d'un pharmacien, va trouver un médecin qui le traite par différentes pommades. Les lésions continuent à s'agrandir lentement, tout en restant indolores.

Au mois de mars, le malade consulte le docteur L..., à Colmar, qui, après un examen assez rapide, l'adresse au docteur N... pour applications de radium.

Il semble donc qu'à ce moment-là on ait pensé à la possibilité d'un épithélioma, c'est du reste ce qui paraît ressortir d'une lettre du docteur N...

Le malade subit alors pendant sept jours et demi l'application de radium. A ce moment-là, les lésions n'étaient ni ouvertes, ni douloureuses.

Un mois plus tard, au moment où le malade va revoir le docteur N..., la lésion était devenue ulcéreuse et, sur le conseil de ce dernier, le malade vint me consulter au mois de juin.

Lorsque le malade se présente à moi au début de juin, on note l'existence, à la partie supérieure de la région frontale, du côté gauche, d'une ulcération ayant une forme assez régulièrement ovalaire, mesurant 6 centimètres dans son axe antéro-postérieur sur 5 centimètres dans son axe transversal.

Cette ulcération paraît superficielle, le fond est rouge couleur chair musculaire, les bords sont nettement arrêtés. En réalité, il s'agirait plutôt d'une exulcération que d'une ulcération, car le fond de la lésion n'est pas creusé et paraît sensiblement de niveau avec les régions avoisinantes. La bordure est marquée par un liséré d'épiderme blanchâtre un peu macéré qui fait suite insensiblement à la partie mise à nu de couleur rouge vif. Il n'y a pas d'infiltration appréciable, les tissus sont mobiles sur toute la périphérie de l'ulcération. Les lésions sont, à ce moment-là, légèrement douloureuses. Etant donné les conditions d'apparition de la lésion, je pense à une radium-dermite. Cependant, le docteur N... me confirme qu'avec la méthode qu'il a employée et le dosage dont il est sûr, il ne peut s'agir d'un accident du radium. La lésion est à ce moment-là peu douloureuse.

Vers le mois de mai environ apparaît une nouvelle lésion dans la région pariétale au-dessus de l'oreille gauche, se manifestant sous forme d'une lésion rougeâtre, mal limitée, ayant les dimensions d'une pièce de deux sous, paraissant très légèrement empâtée, avec une croûtelle au centre. L'état général du malade est excellent.

Le malade est hospitalisé dans le pavillon des malades privés pendant une semaine au début de juin. Différents traitements sont successivement appliqués et ont été du reste poursuivis pendant tout le cours de l'été : pansements humides avec solution ichtyolée à 10 o/o, pansements humides légèrement alcoolisés, tulle gras, pommade à l'insuline, mais dès ce moment le malade commence à souffrir vivement de son ulcération et les douleurs deviennent rapidement intolérables. Chaque fois que l'on change de pansement, le malade éprouve des douleurs d'une violence inouïe allant jusqu'aux larmes. Tous ces traitements se montrent du reste inopérants et la plaie offre cet aspect paradoxal de présenter un fond rouge vif clair, lisse, sur lequel on a l'impression que l'épiderme ne demande qu'à se greffer, tandis qu'il est littéralement impossible d'obtenir le moindre îlot d'épidermisation et que la plaie reste toujours strictement à vif.

Finalement, les pansements au sérum physiologique parviennent à être supportés, ou du moins sont les moins douloureux. Les lésions continuent du reste à s'étendre lentement, mais progressivement et quand nous revoyons le malade au mois d'octobre 1931,

l'ulcération frontale a gagné d'au moins un centimètre. Elle mesure à la date d'aujourd'hui, 30 octobre 1931, 6 centimètres et dem dans son axe antéro-postérieur sur 6 centimètres dans son axe transversal. Le fond est toujours à vif, le bord toujours dessiné par un liséré d'épiderme blanchâtre, légèrement macéré sous les pansements au sérum physiologique ou au tulle gras. Mais dans ces



Fig. 1. — Ulcère tuberculeux de la région frontale un an environ après son début et au moment où il commence à s'accroître plus rapidement. L'inclinaison de la tête du malade et l'épiderme macéré blanchâtre qui entoure l'ulcération fait paraître l'ulcère creux alors qu'il est de niveau avec le cuir chevelu. Mais il est entouré d'une bordure érythémateuse, congestive, légèrement œdémateuse et un peu saillante.

derniers temps, un phénomène nouveau est apparu : en dehors de ce liséré d'épiderme, on voit sur près de un centimètre de large l'existence d'un halo légèrement rose violacé et sur lequel on note l'existence de nombreuses veinules superficielles. Il y a là, sur certains points, un peu d'œdème se laissant légèrement déprimer

par l'extrémité du doigt. De plus, la fragilité vasculaire de ces veinules se confirme : lorsqu'on détache très doucement, avec une curette mousse, un lambeau macéré ou une croûtelle en bordure, on voit apparaître des points de purpura qui témoignent de la rupture de ces petites veinules.

Les douleurs sont devenues absolument intolérables ; les changements de pansements provoquent des douleurs atroces et,

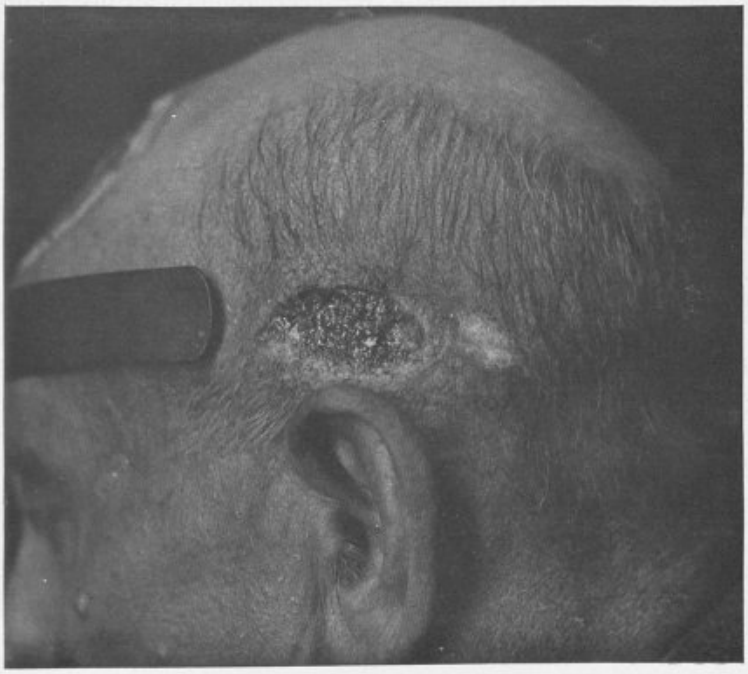


Fig. 2. — Deuxième ulcère tuberculeux de la région temporale gauche, apparu quelques mois après le premier et qui s'est formé sous nos yeux. Il s'est développé au niveau d'une plaque érythémato-violacée, infiltrée, légèrement saillante. L'ulcère ne siège d'ailleurs que sur la partie centrale de cette lésion, que l'on voit encore entourer l'ulcère sur environ un centimètre sur son pourtour.

lorsque la plaie reste un instant à l'air, les douleurs deviennent également intolérables.

La lésion siégeant au-dessus de l'oreille gauche a également progressé ; il s'est formé petit à petit une ulcération vaguement ova-

laire dans son centre, mesurant 4 centimètres de longueur dans son grand axe horizontal, sur 2 centimètres de largeur dans son petit axe vertical. Ici encore ulcération à bord nettement arrêté, à fond rouge, couleur chair musculaire, encerclée par un liséré épidermique blanchâtre et entourée, elle aussi, par une aréole rose violacé de un centimètre de large, un peu œdémateuse et qui, en soulevant le bord supérieur de la lésion, le fait surplomber d'environ 2 millimètres sur le fond. Au niveau de cette lésion, les douleurs revêtent les mêmes caractères d'intensité, d'exacerbation qu'au niveau de la région frontale.

A noter enfin que le malade m'ayant signalé qu'il se sentait chaud, fiévreux, le soir, je lui ai fait prendre sa température qui montre l'existence d'une fièvre constante entre 38° et 39° avec souvent exacerbation matinale.

Le malade est devenu extrêmement nerveux, passe de mauvaises nuits et ne s'alimente presque plus.

L'apparition de la seconde ulcération, au-dessus de l'oreille gauche, en un point où nulle application de radium n'avait été faite, m'amena à corriger le diagnostic de radium-dermite que j'avais porté sur l'ulcération frontale. Il s'agissait manifestement d'autre chose. Il ne pouvait pas s'agir d'épithélioma ; la syphilis ne pouvait entrer en ligne de compte et par exclusions nous en arrivons à nous demander s'il ne s'agirait pas d'ulcères tuberculeux, bien que cette localisation d'ulcères tuberculeux atypiques au niveau du cuir chevelu n'ait encore jamais été signalée, à notre connaissance.

Sous anesthésie générale, étant donné les douleurs atroces, qui sont certainement dues à une réaction du périoste, nous pratiquâmes donc une biopsie au niveau de chaque ulcération.

Examen histologique

Biopsie de la lésion rouge violacé, empâtée, de la région temporale, avant l'ulcération.

Les lésions que nous étudions ici sont celles de la lésion de début, qui précède l'ulcération et qui se caractérise cliniquement par une plaque rouge violacé, un peu saillante, infiltrée, mollasse,

et que l'on retrouve en bordure de l'ulcération sur la figure 2. C'est la lésion initiale.

Elle se montre constituée par un tissu tuberculeux franc, mais relativement assez discret. Celui-ci se présente sous forme de nodules d'infiltrats assez abondants, mais bien isolés les uns des autres, disséminés de-ci, de-là, mais cependant groupés plus particulièrement au voisinage des follicules pileux. Un assez grand nombre



Fig. 3. — Lésion érythémateuse et violacée, infiltrée, légèrement saillante de la région temporale gauche, représentant le stade de début avant l'apparition de l'ulcère. Gros nodules d'infiltration tuberculeuse, disséminés, de préférence au voisinage des follicules pilo-sébacés. Tissu tuberculeux franc, mais totalement différent de celui de l'ulcère tuberculeux typique. Quelques follicules tuberculeux complets et amas d'infiltrat lympho-histiocytaire (grossissement 55 diamètres).

d'entre eux sont constitués par du follicule tuberculeux typique avec quelques grosses cellules géantes du type Langhans et des amas de cellules épithélioïdes. Soit à leur pourtour, soit indépendants de ces follicules tuberculeux, on rencontre des nodules assez

volumineux formés de lymphocytes, d'histiocytes et de cellules épithélioïdes.

Dans l'intervalle de ces nodules tuberculeux, le derme ne montre pas d'altérations importantes : une infiltration discrète, sans caractères histologiques nets, et d'assez nombreux vaisseaux dilatés, quelques-uns avec une infiltration appréciable à leur pourtour.

Au total l'image histologique est celle d'un tissu tuberculeux, mais dont on serait loin de pouvoir prévoir, à ce stade, le caractère de haute malignité qu'il va prendre bientôt. Les différences avec le tissu de l'ulcère tuberculeux constitué par ses gros follicules tuberculeux cohérents, sont frappantes. On penserait plutôt à un lupus folliculaire jeune dont les lupomes ne seraient pas encore agminés et cependant l'examen bactériologique montre déjà des bacilles de Koch très nets, encore rares, mais indiscutables. Il s'agit donc dès ce stade, d'une tuberculose habitée de façon assez active. Et probablement le groupement de prédilection des follicules tuberculeux au voisinage des appareils pilo-sébacés, témoigne-t-il de l'ensemencement par voie sanguine qui vient de se produire dans les territoires cutanés les plus richement vascularisés.

Biopsie en bordure de l'ulcère tuberculeux de la région frontale au stade où il a été photographié (fig. 1), soit environ un an après le début des lésions et six mois après le début de l'ulcère (nous avons également biopsié l'ulcération temporale, mais le tableau histologique des deux ulcères est le même).

La biopsie a porté en bordure de l'ulcère, comprenant à la fois la bordure érythémateuse, un peu œdémateuse, légèrement saillante et un fragment du fond de l'ulcère.

La surface de la bordure est occupée par un épiderme légèrement macéré et sensiblement épaissi. L'épiderme irrité par l'infiltrat sous-jacent est très acanthosique, irrégulier, végétant, enfonçant de-ci, de-là dans l'infiltrat de très longs bourgeonnements. Quelques bourgeons épidermiques sectionnés tangentiellement ou isolés du reste de l'épiderme, sont inclus dans l'infiltrat sous-jacent.

Au niveau de l'ulcération, la surface est occupée par une croûtelle séreuse, des débris de corps muqueux persistants, mais on ne trouve pas de véritable couche fibrinoïde sphacélée. On peut voir une ou deux cellules géantes qui occupent presque directement la superficie de la coupe.

L'infiltration tuberculeuse occupe ici toute l'étendue de la coupe, ne laissant plus subsister que des îlots de collagène çà et là. Elle

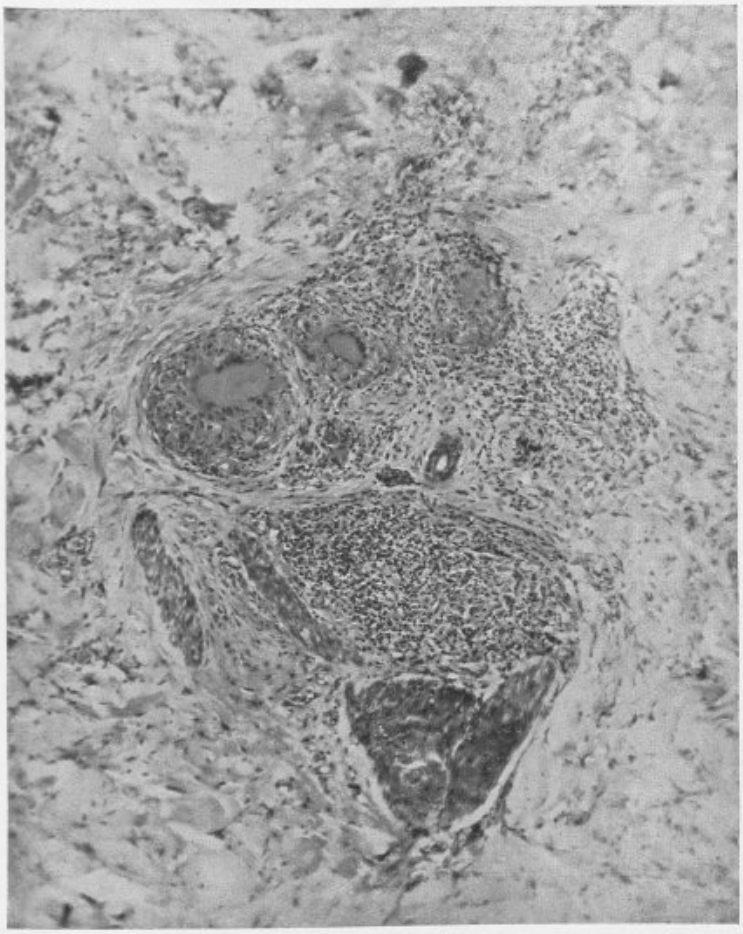


Fig. 4. — (Détail de la partie gauche de la figure précédente). En bas, gros faisceau musculaire, au-dessus nodule d'infiltrat lympho-histiocytaire avec quelques nodules épithélioïdes. Au-dessus beau follicule tuberculeux avec grosses cellules géantes typiques (grossissement 95 diamètres).

est répartie d'une façon assez particulière, fort différente de l'ulcère tuberculeux typique. Alors que ce dernier est constitué par des

follicules tuberculeux classiques, agminés, avec cellules géantes centrales et îlots périphériques de cellules épithélioïdes, ici les éléments tuberculeux sont répartis comme au hasard et témoignent

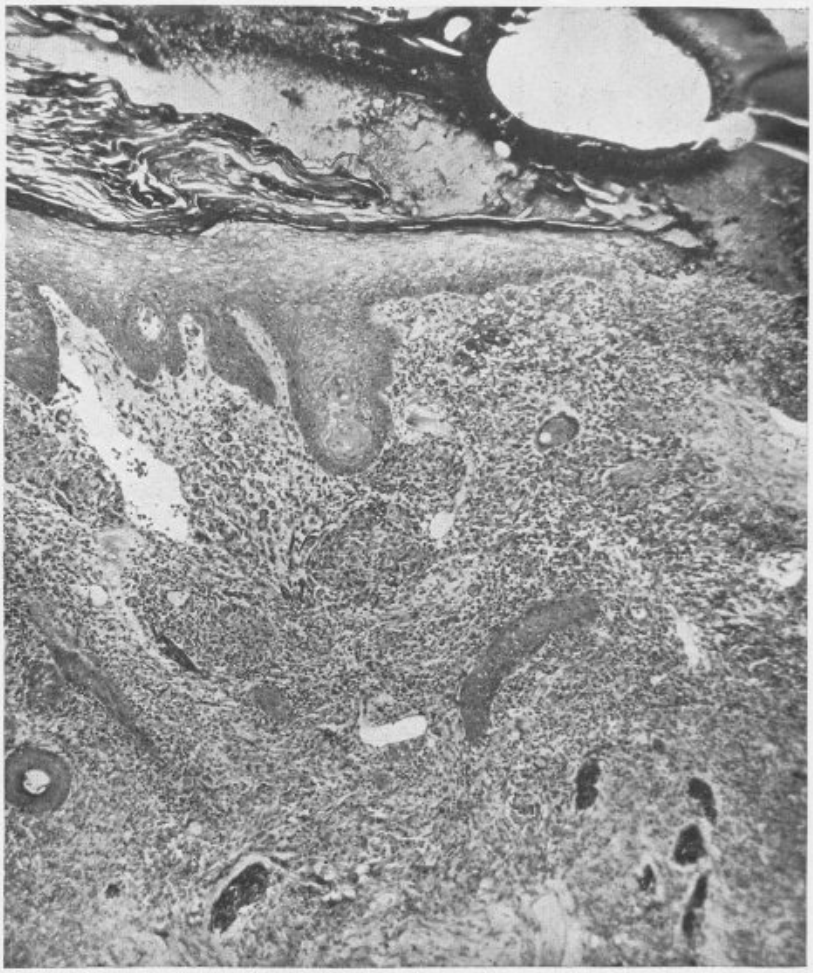


Fig. 5. — Biopsie en bordure de l'ulcère tuberculeux du front au stade où il a été photographié (fig. 1), soit environ un an après le début des lésions et six mois après le début de l'ulcère. L'épithélium de recouvrement disparaît assez brusquement à droite, au niveau de l'ulcération. Infiltrat tuberculeux cohérent, en nappe, ayant détruit tout le collagène, assez inflammatoire, avec très rares follicules tuberculeux classiques, mais infiltration diffuse de cellules géantes et de nappes de cellules épithélioïdes (grossissement 80 diamètres).

d'une allure inflammatoire. On trouve bien certains groupements d'énormes cellules géantes, mais souvent elles sont réparties çà et là. Toute cette nappe de tissu tuberculeux est constituée par un tassement sans ordre de cellules épithélioïdes, de cellules géantes, d'histiocytes, de lymphocytes, de mastocytes. C'est en bor-

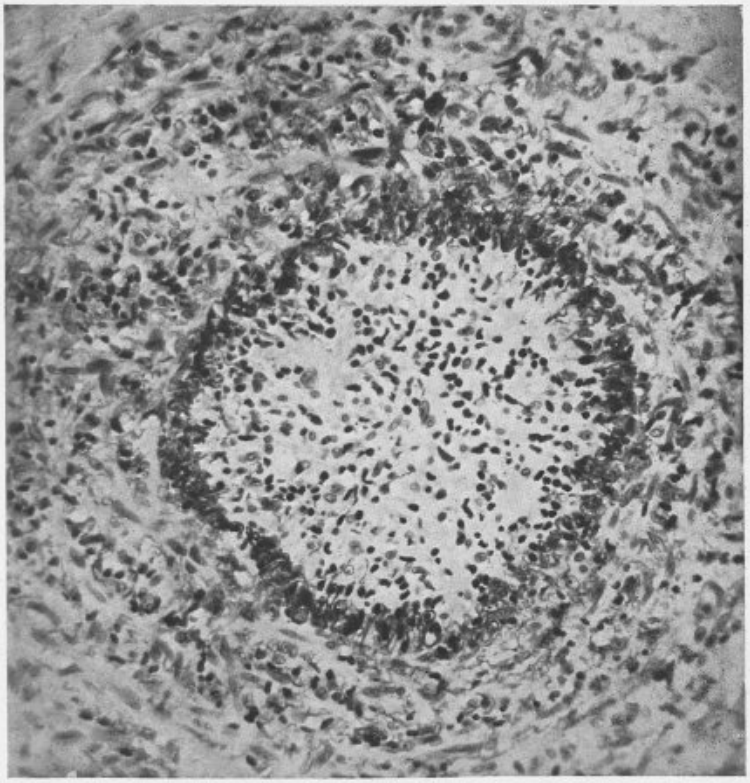


Fig. 6. — Ulcère tuberculeux du front. Un des nombreux vaisseaux en profondeur au contact du plan musculaire atteints d'endo-vascularite, thrombosés, n'étant plus reconnaissables que par leur paroi. On trouve du bacille de Koch dans l'infiltrat qui remplit la lumière vasculaire (grossissement 300 diamètres).

dure, dans la partie encore couverte par l'épithélium, que l'on trouverait les formations tuberculeuses les plus classiques. Elles remontent du reste jusqu'au contact de l'épiderme et l'on peut voir des cellules géantes presqu'au contact de la basale.



Fig. 7. — Biopsie en bordure de l'ulcère tuberculeux dans la zone recouverte par l'épiderme, montrant l'hyperacanthose considérable, l'infiltrat tuberculeux occupant toute la hauteur du derme jusqu'en profondeur et en bas et à droite une artérite oblitérante qui n'est plus reconnaissable que par la limitante élastique colorée par l'orcéine (grossissement 45 diamètres).

A mesure qu'on se rapproche de l'ulcération, l'infiltrat, tout en gardant ses caractères tuberculeux, est de plus en plus remanié par l'inflammation. Il est parsemé d'une quantité considérable de capil-

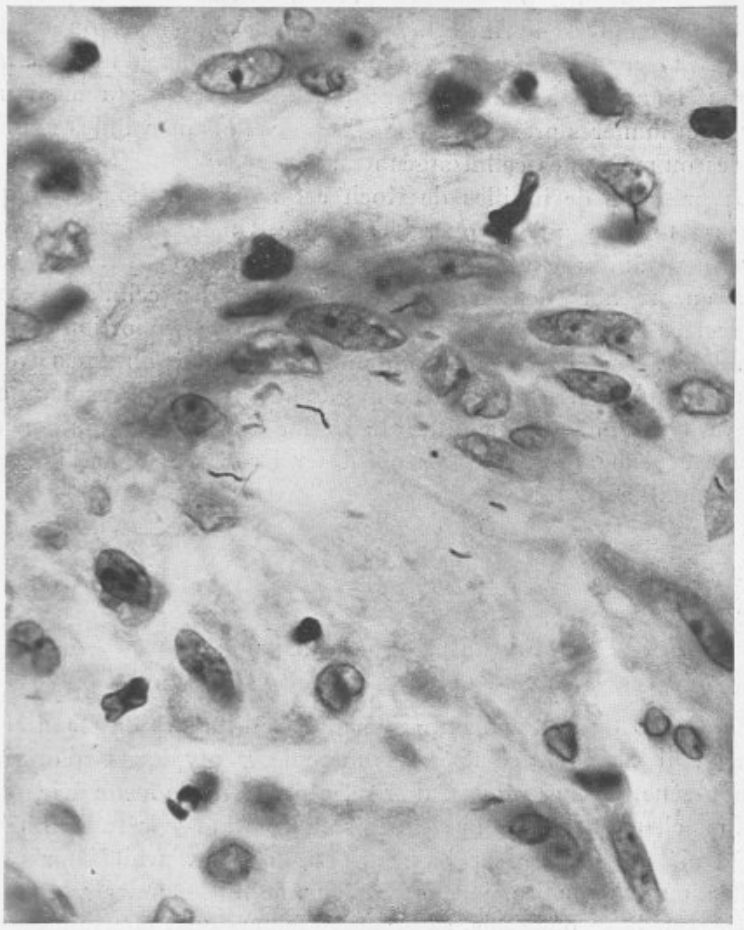


Fig. 8. — Ulcère tuberculeux du front. Les bacilles de Koch s'y trouvent avec une abondance extrême. Voici une cellule géante qui, avec cette mise au point, en présente 7 visibles, mais en faisant jouer la vis micrométrique on pourrait en compter davantage (grossissement 1.200 diamètres).

laires de néoformation, béants et dilatés, et de nombreux polynucléaires.

On retrouve encore sur de nombreux points des annexes épidermiques : glandes sudoripares, conduits sudoripares, follicules sébacés, faisceaux musculaires qui persistent dans l'infiltrat.

En profondeur, on observe plusieurs vaisseaux importants atteints d'endovascularite et complètement oblitérés ; on ne les reconnaît qu'au groupement circulaire du noyau d'infiltrat qui remplit leur lumière ou à la persistance de leur réseau élastique. Parois et lumières présentent par places des îlots de cellules épithélioïdes ou même des cellules géantes.

La présence de bacilles de Koch est ici d'une abondance qui dépasse tout ce qu'on pourrait attendre. On les trouve partout. Certaines cellules géantes en contiennent jusqu'à 10 et 12. Mais c'est plus encore hors des cellules géantes, dans les cellules épithélioïdes, les histiocytes qu'on les trouve dans une proportion invraisemblable. Dans un seul champ d'objectif à immersion, nous avons pu en compter une trentaine. Le tissu de cet ulcère tuberculeux est un véritable milieu de culture du bacille de Koch. Enfin, on en trouve également dans les parois des vaisseaux et dans l'infiltrat qui remplit leur lumière.

*
* *

Fin de l'histoire clinique

Le diagnostic était malheureusement posé dès lors de façon certaine : il s'agissait d'ulcères tuberculeux atypiques d'origine hématogène. Les lésions vasculaires les signaient de façon évidente.

Nous cherchâmes dès lors à dépister la lésion viscérable initiale qui avait pu ensemencer la peau. Le malade n'avait jamais eu d'affection pulmonaire, jamais de pleurésie ni de mauvaise grippe. Marié pour la seconde fois, sa première femme était pourtant morte tuberculeuse.

Il avait été bien portant jusqu'à l'apparition de ses lésions cutanées, jamais rien n'avait attiré l'attention sur aucun viscère.

Je demandai à mon collègue, le professeur Merklen, de venir m'aider à le fouiller. L'auscultation ne révéla rien. Une radiographie des poumons montra quelques ganglions calcifiés comme on

ANNALES DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE
VII^e Série, Tome III, N° 9, Septembre 1932

PLANCHE I
(Mémoire M. L.-M. Pautrier)

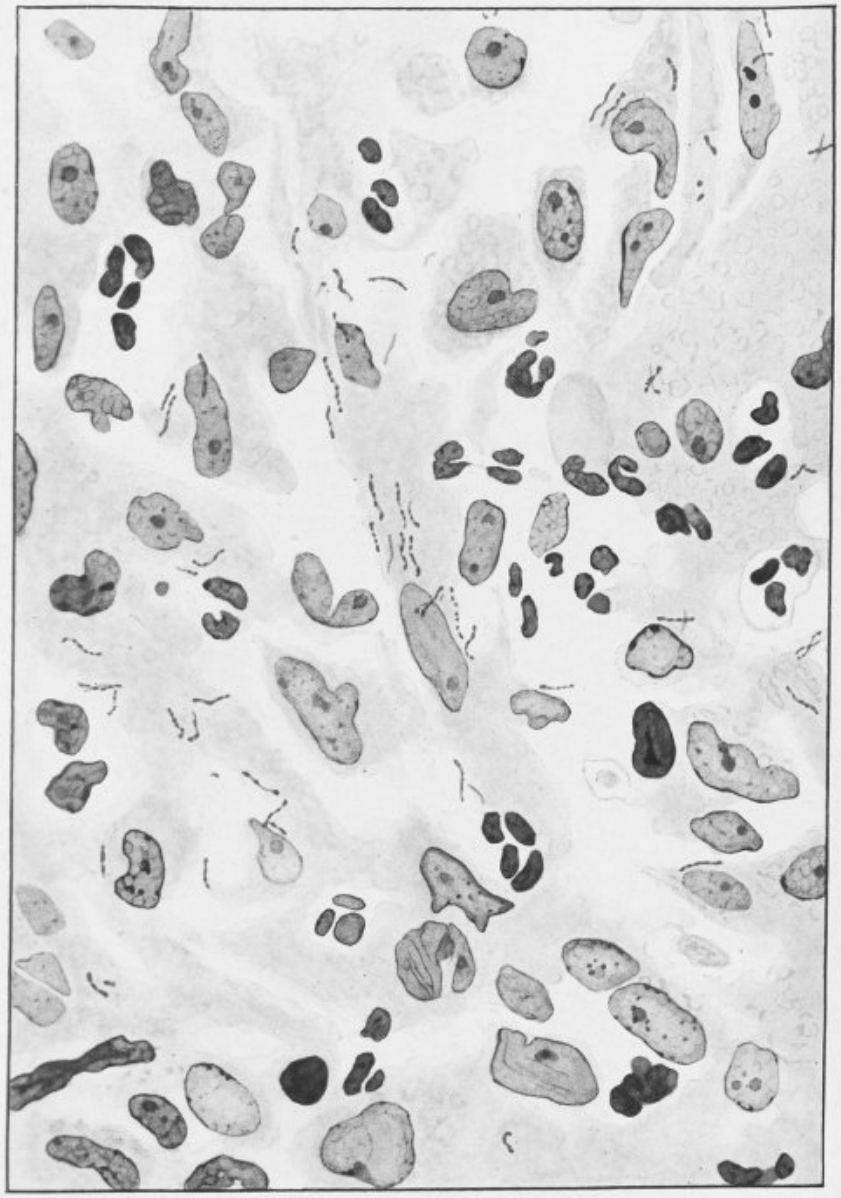
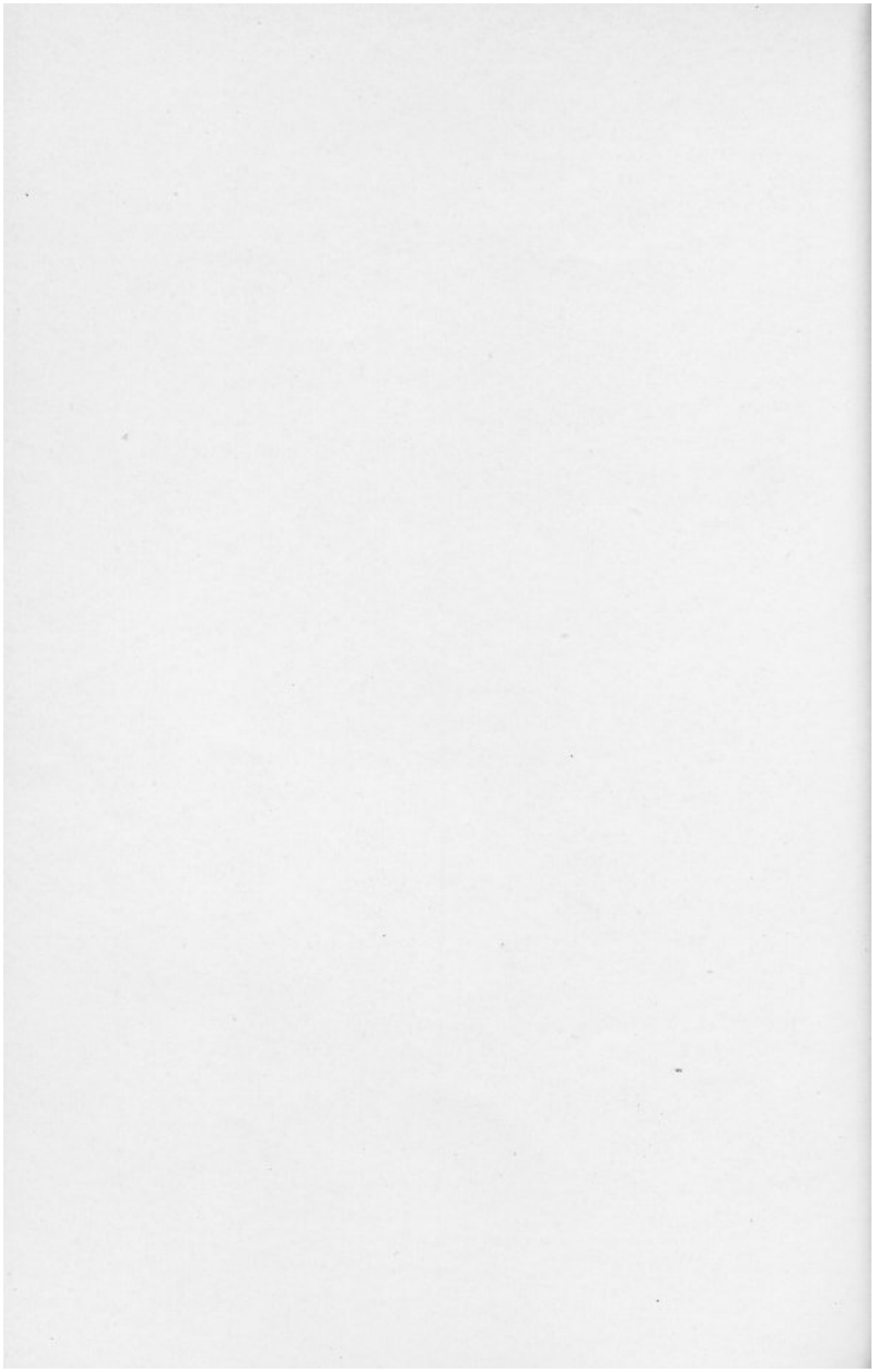


Fig. 9. — Détail de l'ulcère tuberculeux atypique de la région frontale au stade de l'ulcération. Remarquer l'abondance extrême des bacilles tuberculeux qui sont relativement plus nombreux encore dans les espaces inter-cellulaires que dans les cellules géantes et épithélioïdes; dans ce seul champ à l'immersion, on peut compter plus de 50 bacilles (grossissement 1500 diamètres).

MASSON ET C^ie, ÉDITEURS



en constate si souvent, mais aucune lésion active. L'exploration des différents appareils ne révéla rien de particulier.

Cependant l'état général du malade s'altérait de plus en plus, sans qu'aucune localisation ne fut évidente. Mais la température qui oscillait autour de 39°, parfois 39°5, permettait de penser à une granulie. Les douleurs dont les ulcères étaient le siège allaient en s'exaspérant, positivement intolérables. Le malade ne mangeait plus, ne dormait plus, maigrissait. Nous pratiquâmes alors une hémoculture qui resta négative et nous inoculâmes plusieurs cobayes avec le sang du malade et avec le culot des urines centrifugées.

A la mi-novembre le malade nous quitta pour rentrer chez lui ; nous apprîmes que son état allait en s'aggravant et fin décembre nous apprenions sa mort.

Inoculation aux animaux

1° Deux cobayes furent inoculés le 5 octobre 1931 avec 10 centimètres cubes de sang frais : l'un sous la peau de l'abdomen, l'autre dans le péritoine.

Fin janvier 1932, les deux cobayes sont toujours bien portants ; ils seront sacrifiés systématiquement à la fin du troisième mois.

2° Un cobaye est inoculé le 6 novembre 1931 sous la peau de l'abdomen avec le sédiment de 50 centimètres cubes d'urines centrifugées.

Trois semaines plus tard, on note l'existence d'un chancre d'inoculation et d'un ganglion dans l'aine droite.

Le 25 janvier 1932, le chancre d'inoculation a atteint un centimètre de diamètre ; on trouve dans les deux aines de gros ganglions roulant sous le doigt ; l'animal a sensiblement maigri.

Il est sacrifié. On prélève le chancre d'inoculation et de gros paquets de ganglions inguinaux du volume d'une grosse noisette. Les ganglions axillaires et médiastinaux sont augmentés de volume et prélevés. Foie agrandi, pâle et scléreux. La rate, monstrueuse, atteint 15 à 20 fois son volume normal, mais ne présente aucune

granulation tuberculeuse visible. Le poumon est pâle et fibreux à la coupe.

Des frottis pratiqués immédiatement avec les ganglions inguinaux, montrent d'innombrables bacilles tuberculeux.

L'examen histologique des différents organes montre l'aspect suivant :

Le chancre d'inoculation présente une large infiltration massive de tissu tuberculoïde diffus, sans formations folliculaires, nécrosé et ulcéré. En profondeur on trouve de larges zones caséifiées. Toute l'étendue de la lésion est très riche en bacilles de Koch.

Le ganglion inguinal tributaire est entièrement remanié par des cellules épithélioïdes en nappes massives qui, par places, se nécrosent et subissent une espèce de caséification qui toutefois n'est pas franche. Ici encore le tissu fourmille de bacilles de Koch.

Les ganglions axillaires et médiastinaux présentent aussi un remaniement complet par des nappes de cellules épithélioïdes. Mais ici, il n'y a plus aucune caséification. Les bacilles de Koch demandent à être cherchés et ne sont plus aussi nombreux que dans le chancre d'inoculation et dans le ganglion inguinal examiné. Dans les organes suivants, le bacille de Koch est encore plus rare, mais existe partout.

En effet le même aspect de tissu tuberculeux pauvre en cellules géantes et formé par des nappes de cellules épithélioïdes se trouve au niveau de la rate.

Le foie ainsi que les poumons sont le siège de nombreux nodules tuberculeux disséminés. Ici, comme ailleurs, le vrai follicule tuberculeux fait défaut et la caséification manque totalement.

Malgré cela le résultat est net. Le cobaye a été tuberculisé et fait des lésions généralisées qui toutes font leur preuve par l'existence du bacille de Koch.

Conclusions

L'étude si intéressante de ce cas extraordinaire d'ulcères tuberculeux du cuir chevelu met en évidence un certain nombre de points des plus importants pour la connaissance clinique et histologique des ulcères tuberculeux atypiques.

1° Les ulcères tuberculeux atypiques peuvent siéger en tous points du corps, même au cuir chevelu ; c'est, croyons-nous, la première fois que cette localisation est signalée. Elle montre en tout cas qu'il faut y songer devant toute ulcération anormale, en quelques points des téguments qu'elle siège.

2° Les ulcères tuberculeux atypiques peuvent être précédés de lésions en placards de plusieurs centimètres de diamètre, d'un rose-rouge, ou violacé, plus ou moins bien limitées, légèrement infiltrées, un peu saillantes, plutôt pâteuses au toucher que dures. Le diagnostic clinique de semblables lésions est à peu près impossible. Elles peuvent persister ainsi pendant quelques semaines ou quelques mois. Favre et Bonnet les avaient déjà signalées dans leur second cas. Nous les avons observées avec la plus grande netteté chez notre malade. Elles finissent par présenter une sorte d'érosion centrale croûtelleuse ; c'est le début de l'ulcération qui va dès lors s'étendre plus ou moins vite. Mais elle ne débute qu'au bout de plusieurs mois.

3° Nous apportons l'histologie de ce placard infiltré de début. C'est un tissu tuberculeux formé par des follicules tuberculeux isolés, avec nodules à cellules géantes et épithélioïdes, et nodules lympho-histiocytaires et à cellules épithélioïdes.

L'aspect ne permet en rien de présumer, à ce stade, la virulence que va prendre la lésion. On croirait à un lupus jeune à lupomes isolés péri-folliculaires. Mais déjà la constatation de quelques rares bacilles de Koch, décelés avec peine, montre qu'il s'agit d'une tuberculose habitée, bien plus virulente que le lupus. Et de fait, les bacilles de Koch ne vont pas tarder à se multiplier, tandis que les lésions vasculaires profondes vont s'organiser, qui précipiteront le processus de nécrose et d'ulcération par les troubles qu'elles vont amener dans la nutrition du tissu.

4° L'ulcère une fois constitué va présenter un aspect et une évolution variables, et à ce double point de vue notre cas se différencie à la fois de ceux de Darier-Lévy-Bruhl et de ceux de Favre et Bonnet. Au lieu d'être torpides (Darier) ou à évolution phagédénique, fondante (Bonnet et Favre), nous voyons dans notre cas les ulcères une fois constitués — et cette ulcération débute de 3 à 5 mois après la formation des placards rougeâtres, infiltrés — l'ulcération continuer à progresser lentement mais sûrement, gagnant de quel-

ques millimètres chaque semaine. Elle s'étend d'abord aux dépens de tout le placard rougeâtre, empâté, infiltré puis, quand celui-ci s'est entièrement effondré, l'ulcère continue à progresser au delà. Il est alors précédé par une zone de 5 à 6 millimètres de large, rosée, paraissant un peu œdémateuse, très légèrement saillante, avec télangiectasies de surface, qui l'entoure sur toute son étendue et qui représente la zone d'extension, envahissante, du tissu tuberculeux qui va s'ulcérer à son tour.

Enfin le fond de l'ulcère présentait dans notre cas un aspect encore très particulier ; il n'était ni sanieux, ni grisâtre, ni disséqué à l'emporte-pièce jusqu'aux muscles (Favre), mais présentait un semis de granulations d'un rose vif légèrement bourgeonnantes. On avait l'impression d'une plaie atone, qui ne demandait qu'à s'épidermiser, sans que jamais le moindre lambeau d'épiderme n'apparut, et tandis qu'au contraire la lente, mais inexorable extension à la périphérie continuait.

5° Alors que l'indolence est habituelle dans les ulcères tuberculeux atypiques, les douleurs, dans notre cas, étaient d'une violence, d'une intensité extrêmes, vraiment atroces. Notre malade sage, réservé, courtois, se tordait de douleurs et pleurait à chaudes larmes dès que ses ulcères étaient à l'air et dès qu'on y touchait. Il présentait ainsi, et même à un degré plus accusé, les douleurs si vives de l'ulcère tuberculeux typique de la bouche. Peut-être l'intensité de ces douleurs était-elle due à une réaction du périoste.

6° L'histologie de nos ulcères tuberculeux est encore particulière. Elle se différencie totalement de celle des ulcères de Darier qui « présentent parfois des follicules tuberculeux » et de celle des ulcères phagédéniques de Favre et Bonnet, où il n'existe plus qu'une mince couronne en bordure de tissu tuberculeux assez pauvre.

Dans notre cas, c'est un tissu tuberculeux en nappe, particulièrement inflammatoire, occupant non seulement la bordure, mais le fond de l'ulcération et où cellules géantes, cellules épithélioïdes, lymphocytes, histiocytes sont distribués sans ordre, le tout paraissant témoigner d'une virulence extrême.

7° Les lésions vasculaires signalées par Darier, signalées aussi avec insistance par Favre, jouent un rôle prédominant. C'est indéniablement par voie sanguine que se fait l'apport à la peau des bacilles de Koch provenant d'un foyer de tuberculose interne. Une

première preuve en est fournie par la distribution autour des follicules pileux, c'est-à-dire dans les zones les plus vascularisées de la peau, des premiers follicules tuberculeux isolés qui constituent la lésion initiale, infiltrée, rouge violacé, pré-ulcéreuse, follicules tuberculeux déjà habités par le bacille.

Plus tard des vaisseaux profonds assez importants, veines et artères, présentent des lésions d'endovascularite aboutissant à leur oblitération totale. Ils sont parfois oblitérés par un foyer d'infiltration tuberculeuse avec bacilles de Koch. Les troubles secondaires sur la nutrition des tissus qu'entraîne cette oblitération, activent à leur tour le processus d'ulcération.

8° La haute virulence des lésions que laissait déjà pressentir l'image histologique est confirmée par l'abondance vraiment colossale (il n'est pas d'autre mot) des bacilles de Koch. Les coupes de nos ulcères en fourmillent ; à chaque instant, dans un seul champ d'objectif à immersion, on peut en compter de 20 à 30. Les ulcères n'étaient plus, en somme, qu'une véritable culture de bacilles de Koch et dépassaient même, de beaucoup, ce qu'on en trouve habituellement dans les ulcères tuberculeux typiques de la bouche.

9° Alors que les ulcères tuberculeux atypiques de la peau de Darier-Lévy-Bruhl s'accompagnent en général d'autres manifestations de tuberculose cutanée, que dans les cas de Bonnet et Favre il s'agissait de 2 tuberculeuses avérées à localisations viscérales multiples et à quelques semaines de leur mort, dans notre cas les ulcères tuberculeux du cuir chevelu ont été les premières manifestations de l'infection tuberculeuse de notre malade, et rien durant sa vie ne nous a permis cliniquement d'incriminer une localisation viscérale quelconque.

Seule l'inoculation au cobaye des urines centrifugées déterminant une tuberculose généralisée de l'animal, nous a permis de constater l'existence d'une tuberculose rénale. Il est cependant vraisemblable qu'une granulie a dû s'installer durant les dernières semaines de la vie.

10° Les particularités que nous venons de rapporter montrent indiscutablement que tant au point de vue clinique qu'histologique, les ulcères tuberculeux atypiques peuvent montrer une variété et une complexité beaucoup plus grande qu'on ne le croyait jusqu'ici.

ARTICULATIONS NOUEUSES DES DOIGTS LEUR FRÉQUENCE DANS LA SYPHILIS HÉREDITAIRE

Par M. HISSARD
Médecin-chef du service de dermato-syphiligraphie de l'hôpital de Caen

En juin dernier, lors d'une communication à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie (1), sur les tubercules des incisives et canines supérieures et sur leur rapport avec l'hérédo-syphilis, je signalais dans l'observation II, outre des signes patents de syphilis héréditaire, la déformation globuleuse des articulations des doigts. Je n'insistais pas alors sur cette anomalie, me réservant d'y revenir ultérieurement.

C'est surtout depuis deux ans, à la suite de l'examen, dans mon service d'hôpital, d'une malade atteinte de kératite interstitielle bilatérale — dont l'observation a malheureusement été perdue — et qui présentait des articulations globuleuses des doigts que mon attention a été attirée sur cette déformation et sur sa fréquence chez les hérédo-syphilitiques.

Par la suite, j'ai noté tous les malades que j'ai vus atteints de cette déformation, j'ai fouillé leurs antécédents, j'ai recherché les stigmates de syphilis héréditaires qu'ils pouvaient présenter. C'est l'exposé et les conclusions de ces recherches qui font l'objet de ce travail.

En quoi consiste cette déformation? Elle simule assez bien le rhumatisme chronique déformant, encore que le volume des articulations soit moindre et que les phalanges ne soient qu'exceptionnellement déviées.

(1) Cf. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, séance de décembre 1931, p. 1492.

ANN. DE DERMAT — VIIe SÉRIE T. III Nº 9. SEPTEMBRE 1932.

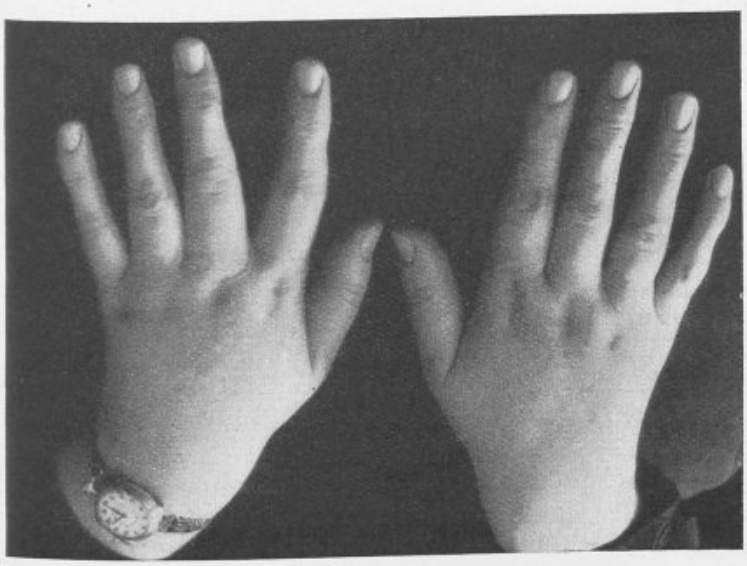


Fig. 1.

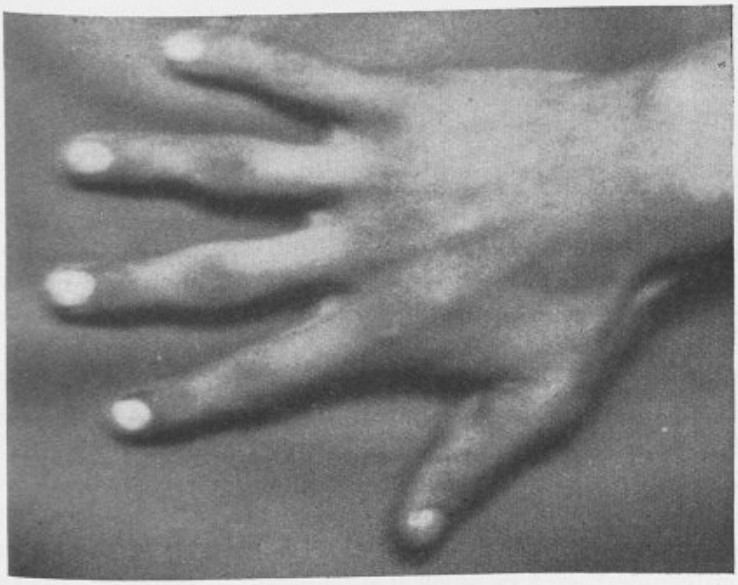


Fig. 2.

Elle se présente sous deux formes : la forme noueuse, la forme globuleuse.

La forme noueuse consiste en une augmentation bosselée de l'articulation, comme dans la figure n° 1.

La forme globuleuse consiste en une augmentation non bosselée de l'articulation. Tantôt celle-ci a tous ses diamètres augmentés, elle prend l'aspect d'une boule. Tantôt c'est le diamètre transversale qui l'emporte, l'articulation est élargie, en ventre de batracien, comme dans la figure n° 2.

Dans l'un et l'autre cas, l'augmentation de volume de l'articulation s'oppose fréquemment à l'accolement parfait des doigs étendus, ceux-ci délimitant, entre leurs corps phalangiens, un vide de forme lenticulaire. Cette augmentation est plus sensible encore au palper, le ressaut de la diaphyse à l'épiphyse étant plus marqué que normalement.

Chez certains sujets, toutes les articulations sont plus ou moins déformées, sauf le pouce. Chez d'autres, seules les articulations phalango-phalanginiennes sont modifiées. C'est ce groupe phalangien qui est le plus constamment déformé. Toutes les articulations ne sont pas nécessairement touchées. Dans un cas (obs. VIII), il n'y avait que deux doigts atteints, les autres ne présentant pas la même anomalie. Dans plusieurs cas, le cinquième doigt présentait, outre les nouures, la déformation caractéristique de la *campto-dactylie de Landouzy* (obs. X), figure n° 3.

Cette déformation n'est accompagnée d'aucun phénomène douloureux spontané ou provoqué. Elle ne gêne pas les mouvements. Toutefois, les malades qui la présentent donnent l'impression d'avoir les doigts raides et malhabiles. Pour certains d'entre eux, il pourrait bien en être ainsi car ils ne peuvent obtenir l'extension normale des doigts.

J'ai fait faire cinq radiographies de cette malformation. Il m'a été impossible de déceler quoi que ce soit d'anormal sur le squelette, sauf en ce qui concerne la camptodactylie.

Comment et quand débute cette affection ? Je n'en sais rien. Les malades croient avoir toujours eu les doigts en l'état où ils les présentent, sauf le malade de l'observation XV, et sont surpris qu'on les interroge à ce sujet. Le début ou du moins l'apparition ne doit pourtant pas se faire dans l'enfance, ou, s'il le fait, c'est

l'exception, car je n'ai jamais vu cette malformation avant l'âge de 15 ans.

Dans quel cadre nosologique peut-on faire entrer cette malformation articulaire ?

S'agit-il d'une forme atténuée du rhumatisme chronique déformant des jeunes, si souvent de nature hérédo-syphilitique, qu'a décrite Fournier et à sa suite, Lesné puis Dufour, d'autres encore. Je ne le crois pas pour les raisons suivantes : tout d'abord, le rhumatisme chronique déformant des jeunes débute fréquemment

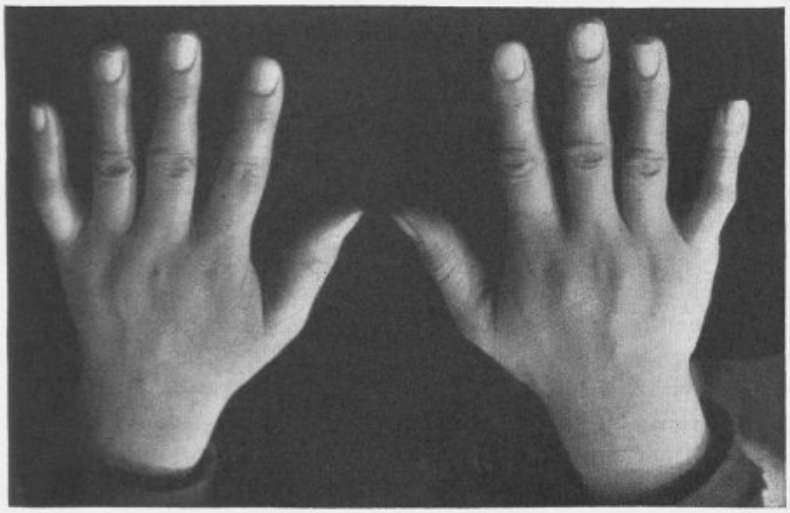


Fig. 3.

par des symptômes généraux, de la fièvre en particulier, et ses poussées évolutives sont constamment douloureuses. En second lieu, le squelette présente des altérations radiologiques nettes qui ont confirmé en tous points les constatations cliniques de Fournier. Enfin, c'est un rhumatisme poly-articulaire.

Dans les cas que je décris, les caractéristiques sont : *l'insidiosité*, *l'indolence*, *l'absence de signes radiologiques*, *le monomorphisme articulaire*, les lésions étant localisées aux articulations des doigts. Une seule fois j'ai vu coïncider une hydarthrose indolente du genou avec ces lésions (obs. XVI), mais cette hydarthrose était de même nature que l'aurait été une otite, une kératite hérédo-syphili-

tiques, elle relevait, selon moi, d'un autre processus que celui qui avait entraîné la déformation des doigts.

Ces différences m'incitent à penser qu'il ne s'agit pas d'une forme, même mineure, du rhumatisme chronique déformant des jeunes.

S'agit-il d'un rhumatisme gonococcique? La plupart de mes malades n'ont jamais présenté de symptômes blennorragiques.

S'agit-il d'un rhumatisme fibreux? Il est difficile de répondre sans preuves anatomiques et en l'absence de tout phénomène douloureux.

Quelle est la pathogénie de cette déformation? Je ne puis, quant à présent, en émettre une certaine. Toutefois, quelques faits me permettent de hasarder une hypothèse.

En se référant à l'âge de mes malades, on constate que sur les 19 cas que je rapporte, aucun d'eux n'a au-dessous de 15 ans. Un malade, celui de l'observation XV a vu survenir ces malformations vers l'âge de 15 ans. Si l'on ajoute à ce cas 5 autres de malades âgés de 15 à 18 ans, cela fait 6 cas, sur 19, soit un tiers dont les lésions sont déjà établies alors que la puberté commence ou s'achève. Rien ne prouve en outre qu'il n'en a pas été de même pour ceux qui affirment avoir toujours vu leurs doigts dans l'état actuel.

De plus, deux de mes observations (obs. VIII et obs. XVIII) concernent des malades jeunes qui ont grandi très tôt, puisque, à 15 ans, ils mesuraient au moins 1 m. 75. J'ajoute que chez l'un et l'autre on constate non seulement de gros doigts — même chez celui de l'observation VIII des doigts de type acromégalique — mais encore de grosses mains, de grands pieds, de grosses articulations non rachitiques du poignet et des chevilles et chez celui de l'observation XVIII une mâchoire inférieure puissante et prognathe.

Il est donc permis de penser que, dans ce cas, l'hypophyse a vraisemblablement joué un rôle. Il me paraît donc qu'il n'est pas téméraire de soulever à propos de cette malformation articulaire l'hypothèse d'une pathogénie endocrino-sexuelle : glandes sexuelles proprement dites et hypophyse. Certes, des arguments plus décisifs, des observations plus nombreuses sont nécessaires pour étayer cette hypothèse que je ne présente d'ailleurs que comme une hypothèse de travail.

Ces déformations articulaires pour n'être pas rares ne sont pourtant pas très fréquentes puisque en deux ans environ sur 2.000

malades de spécialité, je ne les ai trouvées que 19 fois (7 fois à mon cabinet, 3 fois dans mon service d'hôpital, 9 fois dans les dispensaires de la Miséricorde et du Vaugeux).

Les femmes semblent plus souvent atteintes que les hommes, soit 12 femmes pour 7 hommes.

Cette malformation concerne surtout des hérédo-syphilitiques. En effet sur les 19 cas que je rapporte, y compris l'observation I de 1927, 12 concernent des hérédo-syphilitiques certains : antécédents, de préférence maternels, précis et sûrs, stigmates reconnus universellement pour être syphilitiques relevés sur le malade lui-même ou sur un aîné, lésions chroniques guérissant rapidement par un traitement antisyphilitique. Dans 5 autres cas la syphilis est vraisemblable.

Si ces malformations ne sont pas fréquentes lorsqu'on considère les individus en général, elles semblent par contre être assez répandues chez les hérédo-syphilitiques. Afin de donner une proportion exacte, je m'en tiendrai à la statistique de mes dispensaires (ne pouvant savoir combien d'hérédos j'ai vus chez moi). Or, sur 72 syphilitiques héréditaires certains, vus en 2 ans dans mes deux dispensaires, si j'élimine 44 moins de 15 ans chez lesquels je n'ai jamais trouvé cette malformation, il me reste 28 plus de 15 ans chez lesquels j'ai rencontré 6 cas de malformations articulaires, (j'exclus, bien entendu, les 3 cas pour lesquels la preuve de l'hérédo-syphilis n'a pas été faite).

Certes, ces chiffres ne sont pas suffisamment élevés pour établir un pourcentage valable. Sur d'aussi petits nombres, le hasard d'une série peut faire varier considérablement le pourcentage réel. Toutefois, cela permet d'affirmer que cette malformation est très fréquente dans l'hérédo-syphilis comparativement à la fréquence générale (19 sur 2.000 environ) (1).

On peut maintenant se demander comment agit la syphilis.

(1) M. le docteur Marcel Pinard a attiré mon attention sur la fréquence de la camptodactylie chez les hérédo-syphilitiques. J'ai relevé cette malformation, associée aux articulations noueuses, 6 fois sur 19, dont 4 fois chez des jumelles. Je ne puis pour le moment que rapporter ces faits, n'ayant pas porté mon investigation dans ce sens. Désormais, je ne manquerai pas de rechercher l'hérédo-syphilis chez les porteurs de la camptodactylie et je serai heureux si je puis confirmer l'opinion de M. Marcel Pinard.

Agit-elle directement sur les articulations ? Je ne le crois pas. J'inclinerai plutôt à penser que la syphilis agit indirectement par l'intermédiaire des glandes endocrino-sexuelles dont j'ai indiqué le rôle possible dans cette malformation. Ce qui fortifierait mon opinion dans ce sens, c'est l'inefficacité du traitement, même prolongé, sur les lésions décrites ; chacun sait en effet combien les dystrophies d'origine endocrinienne sont rebelles au traitement antisyphilitique.

Il résulte de cette étude que, *s'il n'est pas évident que la syphilis soit la seule cause de cette dystrophie, elle en est du moins, probablement, la cause la plus fréquente*. Cette présomption doit suffire à orienter systématiquement l'examen vers la recherche d'une hérédo-syphilis chaque fois qu'on aura constaté chez un sujet la présence d'articulations noueuses des doigts.

Avant de donner mes observations, je tiens à indiquer comment elles sont présentées, pourquoi les unes sont courtes et les autres plus longues. Pour celles qui concernent des hérédo-syphilitiques certains, je note seulement le ou les symptômes capitaux qui commandent le diagnostic. Pour celles qui concernent des syphilitiques héréditaires possibles, j'ai relevé tous les symptômes afin que chacun puisse se faire une opinion sur le degré de probabilité de l'hérédo-syphilis.

Observation I. — Simonne E..., 31 ans. Décembre 1927. Dispensaire de la Miséricorde.

Les 2 rangées articulaires sont noueuses.

Bordet-Wassermann positif. Céphalées nocturnes qui guérissent par le novar. Se soigne mal par la suite.

En décembre 1929, achilléens diminués. Ne se soigne pas.

En mai 1931, achilléen droit aboli. Pupilles irrégulières. Réflexe lumineux paresseux. Ébauche de Romberg. Douleurs en brassard : tabès vraisemblable.

S'agit-il d'une syphilis acquise ou héréditaire ? La mère, qui a un Bordet-Wassermann négatif, a eu 10 enfants. Elle en a perdu 2 de méningite, 1 de convulsions, 1 a dû être enfermé au Bon Sauveur de Caen à la suite de fugues multiples : arriéré mental. Bordet-Wassermann négatif. Le père est mort d'hémorragie cérébrale à 68 ans.

Comme stigmates, on note chez la malade : axiphoïdie, taroupe

Dents mauvaises de bonne heure.

Règles à 14 ans. Stérilité.

Syphilis héréditaire probable.

Observation II. — Mlle ?.... — Observation perdue. Février 1930. Hôpital.

Première rangée articulaire noueuse.

Kératite interstitielle bilatérale.

Syphilis héréditaire certaine.

Observation III. — Charlotte F..., 15 ans. Décembre 1930. Miséricorde.

Les 2 rangées articulaires sont noueuses.

Système pileux très développé. Taroupe marquée.

Tubercules mamillaires sur les canines supérieures.

Bordet-Wassermann négatif.

Mère âgée de 45 ans. Bordet-Wassermann négatif. Atteinte de vitiligo symétrique aux 4 membres, au visage et au cou avec, sur de nombreux points, bordure extensive érythémateuse. Présente en outre du psoriasis aux deux genoux et du prurit vulvaire. Chez cette dernière, on trouve comme stigmates : incisive latérale droite supérieure, en dent de requin. Les 2 canines supérieures n'ont jamais existé. Désorientation totale des incisives et canines supérieures. Pas d'appendice xiphoïde.

Réglée à 14 ans. Le premier enfant mort en bas âge pesait 9 livres. Ensuite 2 filles à terme, dont Charlotte. L'autre est également axiphoïdienne. Ici, probablement syphilis héréditaire de deuxième génération.

Observation IV. — M. D..., 33 ans. Octobre 1930. Cabinet.

Les 2 rangées articulaires sont noueuses.

Vient consulter pour prurit du raphé médian des bourses.

Désorientation des incisives supérieures très marquée.

Taroupe nette. Onychophagie.

Ici, il n'y a pas assez de stigmates nets pour parler de syphilis héréditaire.

Observation V. — M. D..., 28 ans. Octobre 1930. Dispensaire du Vaugeux.

Les 2 rangées articulaires sont noueuses.

Vient consulter pour syphilis primaire génitale contractée avec sa femme présentant des accidents secondaires. Tréponèmes à l'ultramicroscope. Bordet-Wassermann négatif.

Tibias en lame de sabre des plus classiques. Axiphoïdie. Prognathisme inférieur. Palais ogival.

Écartement marqué des incisives médianes supérieures. Éminences mamillaires de l'incisive supérieure gauche et des 2 canines supérieures. Une grosse molaire supérieure gauche en dedans de l'arc dentaire.

Malade arriéré mental au teint terreux. Zézaiement.

Hauteur : 1 m. 53. Poids : 53 kg. 700.

Il s'agit ici d'un syphilitique héréditaire devenu syphilitique binaire.

Observation VI. — Mme de P..., 60 ans. Février 1931. Cabinet.
Grand-père paternel « ataxique ».
La malade incontinente d'urine jusqu'à 20 ans. A 8 enfants, dont 7 sont incontinents d'urine tardifs.
Comme stigmates, on trouve chez la malade : axiphoïdie, incisives médianes supérieures écartées et projetées en avant.
Syphilis héréditaire par lignée paternelle.

Observation VII. — Régina B..., 23 ans. Mars 1931. Vaugeux.
Observation publiée dans le *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1931, p. 880.
Les 2 rangées articulaires sont globuleuses.
Kératite interstitielle de l'enfance. Dent d'Hutchinson.
Syphilis héréditaire certaine.

Observation VIII. — M. P..., 22 ans 1/2. Avril 1931. Cabinet.
Sur l'annulaire et l'auriculaire droits et gauches, aux 2 articulations, grosses nouures. Les index et les médius sont de type acromégalique, sans malformation articulaire.
Les mains et les poignets sont volumineux. Acrocyanose marquée.
A 15 ans, mesurait déjà 1 m. 76.
Myopie de 10 dioptries qui augmente depuis quelque temps.
Rate percutable. Tension artérielle : 16-8.
Depuis 4 ans, « idées noires ». Fatigue cérébrale. Perte de mémoire.
Le père serait « neurasthénique ». Un frère aurait fait de l'ostéite d'une cheville.
Syphilis héréditaire vraisemblable.

Observation IX. — Simonne M..., 18 ans. Avril 1931. Miséricorde. Jumelle de Odette (obs. X).
Les 2 rangées articulaires sont noueuses, en plus camptodactylie.
Kératite interstitielle bilatérale de l'enfance.
Bordet-Wassermann positif (n'est pas vierge).
Mère : Bordet-Wassermann positif. Cicatrices de syphilides tertiaires du front datant de 1915. Présente encore des syphilides circinées du pied droit.
Syphilis héréditaire certaine.

Observation X. — Odette M..., 18 ans. Mars 1931. Miséricorde.
Jumelle de Simonne (obs. IX).
Les 2 rangées articulaires noueuses et camptodactylie.
Kératite interstitielle bilatérale de l'enfance. Bordet-Wassermann négatif (malade vierge).
Syphilis héréditaire certaine.

Observation XI. — M. L..., 18 ans. Septembre 1931. Hôpital.
Articulations globuleuses de la première rangée.
Enfant naturel. Bordet-Wassermann négatif.
Cicatrices de kératite interstitielle bilatérale. Myopie de 8 dioptries. Taroupe très marquée.
Incisives supérieures médianes et latérales laminées et effritées sur leur bord libre. Érosions sur tout le tiers supérieur de ces dents.
Ganglions sus-épitrochléens droit et gauche.
Tension artérielle : 15-8.
Syphilis héréditaire certaine.

Observation XII. — Denise L..., 26 ans. Juillet 1931.
Jumelle de Marguerite L... (obs. XIII).
Les 2 rangées articulaires noueuses, plus camptodactylie.
Depuis une dizaine d'années, hydarthrose bilatérale des genoux que rien n'améliorait. Peu de douleurs, mais de la gêne et de l'impotence. Guérison en 3 mois par traitement antisyphilitique : marche parfaite et sans fatigue.
Teint terreux. Taroupe. Enrouement chronique.
Réglée à 12 ans 1/2. Stérile.
Bordet-Wassermann négatif.
Mère bien portante. Père mort d'affection laryngée.
Il s'agit ici à n'en pas douter de syphilis héréditaire.

Observation XIII. — Marguerite L..., 26 ans. Octobre 1931. Cabinet.
Jumelle de Denise L... (obs. XII).
Les 2 rangées articulaires noueuses et camptodactylie.
Nez en lorgnette, taroupe, enrouement chronique, teint terreux.
Dents mauvaises depuis longtemps.
Réglée à 12 ans 1/2. Bordet-Wassermann négatif.
Syphilis héréditaire certaine.

Observation XIV. — M^lle L..., 40 ans. Septembre 1931. Cabinet.
Les 2 rangées articulaires noueuses et camptodactylie.
Née à terme. Chétive, difficile à élever. Teint terreux.
Mauvaise dentition dès l'enfance. Taroupe magistrale. Pas d'appendice xiphoïde. Seins absolument plats.
Réglée irrégulièrement depuis l'âge de 13 ans.
Père diabétique, hémiplégique à 61 ans, mort à 70 ans.
Mère bien portante, pas de fausses couches.
Une sœur chétive qui a fait de la « chorée infantile ». Elle a un enfant de 5 ans, hypothyroïdien, arriéré mental qui commence seulement à marcher et à parler un peu.
Ici, la syphilis héréditaire est très vraisemblable.

Observation XV. — M. R..., médecin. Septembre 1931. Cabinet.

Les 2 rangées articulaires noueuses et camptodactylie.

Père mort de tuberculose, aurait été syphilitique.

Né à terme, chétif, toujours fatigué et maigre.

A vu, vers l'âge de 15 ans, ses articulations des doigts devenir noueuses et son visage devenir asymétrique. La région malaire gauche est en effet affaissée et la mâchoire supérieure est prognathe. Pas d'appendice xiphoïde. Oreilles en plat à barbe, non ourlées, adhérence du lobule.

Pupille gauche plus petite que la droite (aucune lésion pulmonaire cliniquement et radiologiquement. Au Val-de-Grâce, plusieurs radiographies ont été pratiquées, toutes négatives).

Plusieurs Bordet-Wassermann négatifs. Myopie de 10 dioptries.

Ganglions sus-épitrochléens bilatéraux.

Il s'agit d'une syphilis héréditaire très vraisemblable.

Observation XVI. — Marie-Louise R..., 28 ans. Octobre 1931. Miséricorde.

Les 2 rangées articulaires sont noueuses.

Vient consulter pour grosse hydarthrose du genou droit, indolente, progressive, donnant seulement de l'impotence et datant de 5 mois.

Malade vierge, n'ayant jamais eu de pertes blanches. Bordet-Wassermann négatif. Il ne s'agit pas d'une arthrite gonococcique. D'ailleurs, la guérison totale s'obtient en 1 mois par le sulfarsénol.

Nez en lorgnette. Strabisme divergent de l'œil droit. Secousses nystagmiformes latérales gauches et rotatoires.

Écartement des incisives médianes supérieures. Érosions profondes, formant un sillon à la base des 2 incisives médianes supérieures. Tache laiteuse au bord libre de l'incisive médiane supérieure gauche. La plupart des dents sont mauvaises depuis l'enfance.

Pas d'appendice xiphoïde. Rate nettement percutable. Claquement du 2e bruit aortique. Tension artérielle 13 1/2-10. Malade réglée à 17 ans 1/2.

Père inconnu. La mère faisait la noce.

Il s'agit d'une syphilis héréditaire avec hydarthrose du genou droit guérie rapidement par le sulfarsénol.

Observation XVII. — Roger B..., 18 ans. Février 1931. Vaugeux.

Les 2 rangées articulaires sont globuleuses.

Père mort, paralysie générale précoce au Bon Sauveur à Caen, il y a 6 ans.

Mère commence un tabès. Bordet-Wassermann positif.

Taroupe, pas d'appendice xiphoïde, oreilles de faune.

Microdontisme des incisives latérales supérieures. Dents gâtées depuis l'âge de 11 ans. Bordet-Wassermann négatif. Il s'agit d'une syphilis héréditaire certaine.

Observation XVIII. — André L..., 22 ans. Novembre 1931. Miséricorde.

Première rangée articulaire globuleuse.

La mère a eu 10 couches dont : la première : mort-né à 7 mois, ensuite, 2 fausses couches d'un mois et demi.

Une sœur plus jeune de 5 ans a fait de l'hémoglobinurie paroxistique, puis une paralysie faciale avec Bordet-Wassermann positif. Malade vierge.

Lui souffre de sciatique double depuis 8 mois. Nie toute syphilis acquise. Bordet-Wassermann négatif. Articulations du poignet et des chevilles volumineuses. Grosses mains, gros doigts. Mâchoire inférieure et proéminente. A 15 ans, mesurait 1 m. 75. Il s'agit ici d'une syphilis héréditaire.

Observation XIX. — Mme Q..., 27 ans. Novembre 1931. Hôpital.

Première rangée articulaire noueuse.

Est entrée à l'hôpital pour ulcères de jambes des 2 malléoles externes. Celui de droite date de 2 ans, est grand comme une paume de main, celui de gauche date de 1 an 1/2, de la surface d'une pièce de 5 francs en argent. Bordet-Wassermann et Hecht négatifs, même après réactivation. Guérison en 1 mois des 2 lésions sans autre traitement que des injections de novar.

Réglée à 16 ans. Pas de fausses couches.

Deux enfants : 1 fille, née à 7 mois, bien portante ; 1 garçon, né à 8 mois, bien portant. Mari mort de tuberculose pulmonaire.

Rate percutable sur 5 centimètres de haut. Axiphoïdie. Acrocyanose. Petit goitre, tachycardie, émotivité.

Espace interoculaire plus petit que normalement. Inégalité pupillaire, n'a jamais toussé, ne présente aucun signe pulmonaire. Adhérence du lobule de l'oreille. Antécédents héréditaires sans intérêt.

Il s'agit vraisemblablement ici d'une syphilis, la guérison rapide de ses deux ulcères par le novar confirme cette opinion, et probablement d'une syphilis héréditaire étant donné un certain nombre de faits tels que règles tardives.

En résumé : 19 observations.

12 de syphilis héréditaire certaine : observations II, V, VI, VII, IX, X, XI, XII, XIII, XVI, XVII, XVIII.

6 de syphilis héréditaire probable : observations I, III, VIII, XIV, XV, XIX.

1 observation ne prouve rien, la quatrième.

TRAITEMENT DES TACHES DE ROUSSEUR (ÉPHÉLIDES) PAR LA NEIGE CARBONIQUE

Par M. MATARASSO (Salonique).

Les taches de rousseur constituent, quand elles sont nombreuses, une des malformations les plus disgracieuses de la peau du visage. Leur persistance durant presque toute la vie, leur accentuation très vive pendant la belle saison, leur grande résistance à toute thérapeutique en font une véritable tare.

Nous avons eu l'occasion d'en observer l'évolution et d'en traiter plusieurs cas dans notre entourage familial. Après avoir essayé plusieurs méthodes de traitement nous pouvons conclure que seule la neige carbonique appliquée d'après la méthode que nous décrirons nous a donné un résultat parfait et durable si nous nous basons sur les sujets traités depuis trois ans et qui n'ont pas vu leurs pigmentations réapparaître.

Avant d'avoir entrepris divers traitements classiques nous avons tenu à nous assurer d'une façon précise d'un fait important :

Quelle est l'évolution des taches de rousseurs? Dans quel ordre chronologique se développent-elles?

Si leur multiplication est saisonnière; si tous les ans et durant une grande partie de la vie du sujet qui en est porteur, de nouvelles taches apparaissent; tous traitements ne sont que des demi-mesures, autrement dit il faudrait entreprendre tous les ans, à la bonne saison, un traitement.

Après des observations minutieuses nous avons pu noter les faits suivants qui ne sont pas tous conformes à l'opinion des classiques :

Les taches de rousseur apparaissent généralement vers la cinquième année de la vie, mais nous les avons vu apparaître plus

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 9. SEPTEMBRE 1932.

tôt, *entre 2 ans et demi et 3 ans*. Au début les éléments sont très réduits et se présentent de la grosseur de points faits avec une plume à écrire. A mesure que le sujet grandit les éléments deviennent plus larges. Ils sont presque toujours de forme *irrégulière* et rarement ronds ou ovalaires comme l'enseignent les classiques.

Entre 3 et 5 ans les taches de rousseur existent en petit nombre (de 10 à 50 éléments) éparpillées sur le nez et sur les pommettes. A cet âge nous ne les avons jamais rencontrées sur les mains ou les avant-bras. Plus tard leur multiplication plus ou moins abondante continue d'une façon implacable jusqu'aux environs de la 25e année. A cet âge la multiplication des taches semble s'arrêter. Chez la plupart des sujets, au delà de la 30e année les taches de rousseur sont constituées par des éléments plus larges et moins pigmentés que chez les enfants.

Chez les enfants aussi bien que chez les adultes les taches de rousseurs pâlissent en hiver (à condition de ne pas s'exposer au soleil) mais leur nombre, contrairement à l'opinion de quelques classiques, ne diminue pas; c'est dire qu'elles ne disparaissent jamais en hiver.

Nous nous sommes rendu compte de ce fait en faisant le dénombrement des taches d'une région déterminée, délimitée par un rectangle déterminé chez un sujet *âgé de 25 ans*. Durant les trois années que dura l'observation (jusqu'à l'âge de 28 ans) le nombre des taches était toujours invariable et leur situation respective toujours la même.

Chez notre sujet les taches de rousseur s'accentuaient en été, pâlissaient en hiver, s'accentuaient de même après une maladie ou après une diminution de poids. Elles pâlissaient au contraire quand le sujet avait de belles couleurs ou gagnait du poids; mais leur nombre disons-nous était le même quelles que fussent les conditions. C'est la diminution ou l'augmentation de la quantité de pigment sur chaque tache dans les conditions énumérées plus haut qui donne l'illusion d'une diminution ou d'une augmentation de leur nombre chez les sujets âgés de *plus de 25 ans*.

De la connaissance de ces notions découle la conduite thérapeutique suivante :

Il faut diviser les sujets chez lesquels on entreprendra un traitement en deux catégories.

Celle où rentrent les sujets dont les taches de rousseur sont en voie de multiplication et d'élargissement (sujets âgés de moins de 25 ans environ). Celle où rentrent les sujets dont le nombre de taches de rousseur reste désormais invariable (sujets âgés de plus de 25 ans environ).

Pour se rendre compte d'une façon précise de la stabilisation ou de l'accroissement du nombre des taches on peut faire le dénombrement de celles contenues dans une région déterminée au début du printemps et à la fin de l'été.

On comprend bien que chez les sujets de la première catégorie il faudra suivre le traitement plusieurs fois car il faudra s'attaquer aux taches existantes et à celles à venir. Chez les sujets rentrant dans la seconde catégorie le traitement sera unique et définitif pour chaque région déterminée.

Résultats obtenus par les méthodes de traitement conseillées par les classiques.

Ces méthodes se divisent en deux catégories :

La méthode qui a pour but de décolorer les taches de rousseur sans trop molester l'épiderme.

Celle plus énergique et plus efficace qui consiste à provoquer un érythème exfoliatif qui entraîne la chute de l'épiderme et à sa suite les taches.

Dans la première méthode les classiques conseillent l'emploi d'eau oxygénée concentrée ou des crèmes à l'eau oxygénée à 20 volumes. De même il est conseillé d'employer des substances qui auraient une action décolorante tels : le soufre, l'acide acétique, le naphtol, le sublimé (qui a aussi une action desquamante).

Nous avons essayé tous ces produits sur nous-même sans avoir obtenu le moindre résultat satisfaisant. Nous regrettons de les voir encore prescrire, et de les trouver invariablement dans tous les ouvrages de thérapeutique. Notons en passant que l'action de ces produits doit être jugée au printemps et en été, car en hiver les taches de rousseur pâlissent d'elles-mêmes.

Dans la deuxième méthode de traitement les classiques préconisent (en ajoutant les conseils de prudence indispensables) l'emploi principalement de pâtes à la résorcine ou au soufre avec de l'acide

salicylique et du savon noir. La cure exfoliante de Leredde se fait avec une pâte au savon mou de potasse et à la résorcine.

« Il faut arriver à provoquer sur l'épiderme, de la rougeur et du gonflement au bout de 36 à 48 heures. Il se forme d'abord des squames épaisses humides qui finissent par se dessécher et tomber ».

Le traitement dit par « écorchement » consiste à employer durant trois à quatre jours une pâte à la résorcine à 50 o/o. Au bout de ce laps de temps la pâte est enlevée et remplacée par une colle adhérente à la gélatine. Au bout de quelques jours on arrache la colle qui entraîne l'épiderme sous-jacent. On a conseillé aussi l'emploi d'acide chrysophanique de 1 à 2 o/o.

Nous avons employé la cure d'exfoliation et la méthode par écorchement sur une petite région du dos de la main au grand dam de notre épiderme ! Les résultats semblent assez bons mais ils ne sont pas définitifs. Les taches arrivent bien à pâlir avantageusement mais... elles se foncent quelques mois après.

Nous avons également essayé sur nous-même les différents collodions au sublimé, à l'acide lactique, à l'acide salicylique. Les résultats n'ont pas été bons et nous ne conseillons pas l'emploi de ces substances qui peuvent laisser des cicatrices sur la peau du visage.

On a conseillé aussi l'acide phénique liquide en attouchements plusieurs jours de suite. Nous n'avons pas essayé cette méthode.

Pourquoi ces méthodes si énergiques n'ont-elles pas donné de bons résultats entre nos mains? Peut-être n'avons nous pas été assez énergiques, assez cruel, envers nous-même? En tout cas il nous semble que les malades accepteraient de moins bonne grâce encore ces traitements violents.

Voici comment s'expriment à propos de ces méthodes deux maîtres autorisés de la dermatologie :

« Le traitement le plus efficace des pigmentations épidermiques consiste dans l'emploi de cure d'exfoliation au moyen de pâtes ou mélanges résorcinés et encore faut-il s'attendre à leur réapparition quelques mois après » (Darier : *Précis de Dermatologie*, 3e édition, p. 956).

« ... En réalité il n'existe pas de moyen pour guérir les taches de rousseur vraies ». (Prof. Audry de Toulouse : *Traitement des maladies cutanées et vénériennes* par Audry, Durand et Nicolas, p. 219).

Traitement par les crayons de neige carbonique.

L'emploi de la neige carbonique contre les pigmentations cutanées est conseillé par Lortat-Jacob et Solente dans leur beau livre sur la cryothérapie (Masson, éditeur).

Pour ce qui concerne les taches de rousseur ces auteurs sont assez laconiques « on pourrait traiter les plus disgracieuses de ces taches, car l'éruption en est généralement profuse », page 166.

Nous avons fait une étude méthodique de l'action de la neige carbonique sur les taches de rousseur. Nos essais remontent à 5 ans et ce n'est qu'après quelques tâtonnements que nous sommes arrivés à une technique précise, simple et toujours inoffensive. Nous n'avons pas voulu publier les résultats sans les avoir au préalable mis à l'épreuve du temps et du soleil.

On pourra se convaincre d'après ces photographies qu'on peut arriver à obtenir de très beaux résultats et surtout des résultats durables si on veut bien suivre la technique que nous allons décrire :

On pourra nous reprocher de ne pas fournir des photographies de visages traités par cette méthode d'autant plus qu'on est surtout appelé à traiter les taches de rousseur du visage.

Tout d'abord il est assez difficile de faire accepter la pose devant l'objectif à des jeunes sujets au visage farci de taches, ce qui constituerait la photo « avant tout traitement ». Ensuite nous pensons que pour que la comparaison soit sincère et précise il faudrait (chose irréalisable) prendre les deux photos comparatives « avant » et « après » le même jour sous le même éclairage car rien n'est plus changeant que les taches de rousseur au point de vue de l'intensité de la pigmentation suivant l'époque de l'année, l'état général du sujet, l'éclairage.

C'est pour ces raisons que nous reproduisons ces deux mains qui étaient avant tout traitement extrêmement constellées de taches de rousseur.

On comprendra d'autre part en lisant la suite de cette étude qu'il est plus aisé de faire disparaître avec plus de rapidité les taches de rousseur du visage, les taches des mains offrant une bien plus grande résistance.

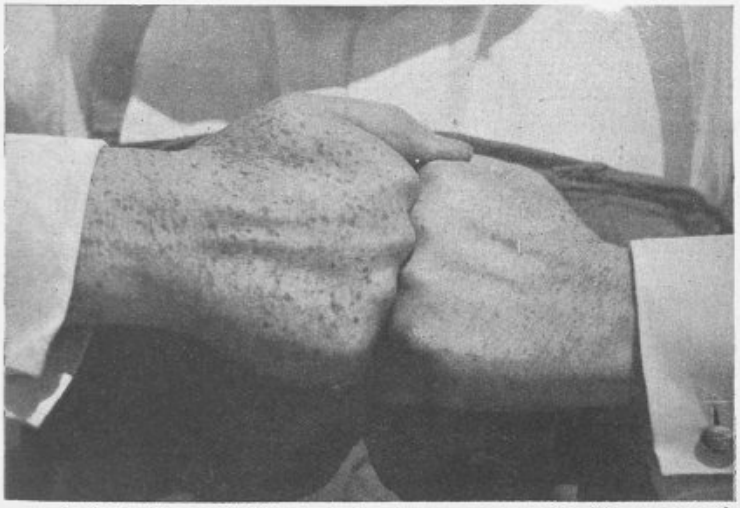


Fig. 1. — Sujet de 39 ans, atteint de taches de rousseur particulièrement profuses. Seule la main gauche a été traitée en 1928 et mise à l'épreuve du temps depuis 3 ans (photo prise en juillet 1931).

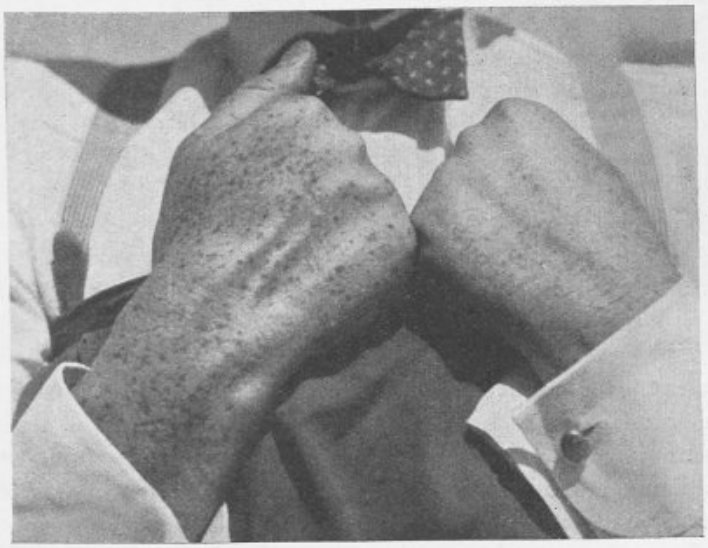


Fig. 2. — Même sujet, on peut constater avec plus de facilité sur cette photo et sur la main droite qui n'a pas été traitée que les taches de rousseur sont de formes *irrégulières* et pas rondes ou ovalaires.

Technique.

Instrumentation.

Nous employons pour traiter les taches de rousseur des crayons de neige carbonique de forme conique et de différents calibres d'après la région à traiter et d'après la grosseur de la tache.

Nous nous servons de moules en bois qui nous semblent particu-

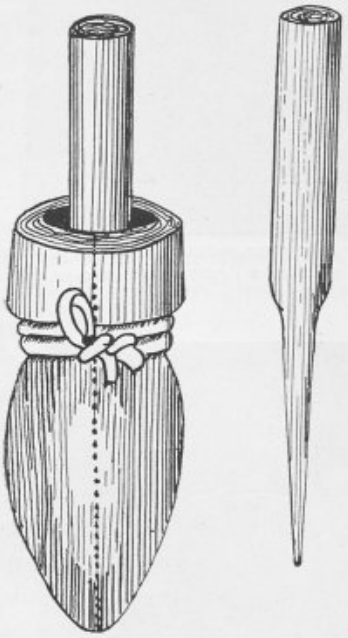


Fig. 3.

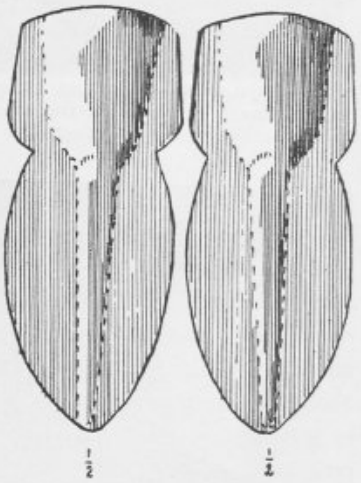


Fig. 4.

lièrement pratiques et économiques. Ces dessins reproduits au o/o de la grandeur naturelle nous dispensent de plus amples descriptions :

La figure 3 montre le moule maintenu fermé au moyen d'un lien et la tige pour comprimer la neige carbonique.

La figure 4 montre la partie intérieure des deux valves du moule. On remarquera dans chaque valve la forme en entonnoir qui sert à recevoir la neige carbonique.

Mode opératoire.

Les taches de rousseur qu'on est appelé à détruire sont celles qui constellent le visage et le dos des mains, parfois celles plus parsemées et plus larges des avant-bras.

Traitement des taches de rousseur du visage.

Se rappeler que la peau du visage (et particulièrement celle des paupières) est très sensible à la cryothérapie.

Protégé par un bout de coton on saisit entre le pouce et l'index le crayon et on touche *chaque tache séparément*.

On visera à la première séance surtout les éléments les plus apparents.

La *durée* d'application sur chaque tache ne doit pas dépasser *trois* secondes.

La *pression* doit être telle que dès qu'on cesse d'appuyer le crayon sur la tache, celle-ci soit marquée par une dépression cupuliforme givrée disparaissant au bout de *deux* secondes. C'est dire que la pression doit être légère. Si au contraire la pression était trop forte on obtiendrait à chaque application une vésicule ce qui doit être absolument évité.

Quelques minutes après l'application la tache est entourée d'un halo inflammatoire érythémato-ortié et de plus elle prend une teinte foncée; de façon que les taches qui étaient pâles avant tout traitement deviennent marron foncé, très apparentes.

Les phénomènes subjectifs consistent en une cuisson très tolérable et ne dépassent pas 15 minutes à chaque séance.

Si l'on suit les taches traitées les jours suivants on constate régulièrement les phénomènes suivants :

Vingt-quatre heures après le traitement, les taches, toujours foncées tranchent nettement avec celles non traitées, à tel point qu'on peut sans difficulté compter le nombre d'éléments touchés à chaque séance.

Les taches sont entourées d'un léger halo érythémateux.

Quarante-huit heures après, l'élément érythémateux s'est beaucoup atténué.

Troisième jour : même état.

Quatrième jour : les taches traitées sont plus sèches que la peau environnante. Ce dont on se rend compte en grattant légèrement avec l'ongle.

Cinquième jour : les premières taches tombent à la suite du savonnage du visage. Chez quelques sujets à peau séborrhéique la desquamation ne commence qu'au 7e jour. Du 5e au 7e jour, presque tous les éléments sont tombés. Ils ne laissent à leur place que des macules rose pâle qui disparaîtront les jours suivants (tout au plus vers le 12e jour) sans laisser absolument aucune trace.

Toute tache de rousseur emportée par le phénomène de desquamation provoqué par la neige carbonique ne réapparaît jamais plus.

Soins consécutifs.

D'après l'évolution extrêmement simple des taches traitées on comprend bien qu'il est inutile d'appliquer des topiques, les soins de propreté ordinaire sont tout à fait suffisants.

Nombre de taches à traiter dans une séance.

Le nombre de taches à traiter dans une séance peut-être considérable : 100-150 et plus si le visage du patient est très constellé.

Dans ce cas le patient gardera ses appartements pour une dizaine de jours tout au plus et cela pour des raisons d'esthétique compréhensibles.

On peut aussi ne traiter que 20 à 25 taches à la fois en choisissant les éléments les plus apparents. Par exemple, on touchera quelques taches sur le nez quelques-unes sur le front et d'autres sur les joues. Cette façon de procéder est mieux acceptée par le patient bien que les séances soient plus nombreuses.

Répétition des séances et résultats.

Les séances de traitement peuvent être répétées tous les 8 à 10 jours. Le résultat d'ensemble sur l'aspect du visage est très appréciable dès qu'on a pu se débarrasser de 400 taches environ pour les visages très constellés. La suppression d'une centaine de taches transfigure agréablement les visages peu atteints.

Traitement des taches de rousseur de la région dorsale des mains.

Pour les taches de rousseur de cette région on doit employer un crayon d'un diamètre légèrement supérieur à celui employé pour le visage, car les éléments sont en général plus larges.

La technique générale décrite pour le traitement du visage doit être modifiée sur les points suivants :

La durée d'application du crayon sur chaque tache doit être de *4 secondes*. La pression doit être légèrement plus forte qu'au visage de façon à obtenir dès qu'on enlève le crayon une dépression cupuliforme givrée qui doit durer *3 secondes*. Chaque tache traitée devient immédiatement plus apparente, plus foncée. Elle reste entourée d'un halo érythémato-ortié. Plus souvent encore on obtient une réaction vésiculeuse quelques minutes après le traitement. Sur le dos de la main cette réaction n'est pas préjudiciable, la peau y est résistante et la région peu apparente. Les vésicules qui peuvent se former sont dures, tendues absolument indolores.

Les modifications de la région traitée sont les suivantes jusqu'au 3e jour : Les taches de rousseur traitées surmontent les vésicules comme détachées de leur plan profond.

Du 4e au 8e jour la réaction érythémateuse régresse et les vésicules s'aplatissent.

Vers le 10e jour les points traités sont plus secs que la peau environnante et toujours plus foncés que les points non traités. Ce n'est qu'entre le 15e et le 17e jour seulement que les éléments traités tombent laissant à leur place de légères macules érythémateuses disparaissant les jours suivants sans laisser aucune trace. Ici comme au visage toute tache traitée ne réapparaît plus.

Taches de rousseur des avant-bras.

On peut être appelé parfois à traiter aussi les taches de rousseur des avant-bras. Cette région offre les particularités suivantes. La peau y est plus fine que sur la partie dorsale des mains. En outre à cause des frottements continuels auxquels sont soumises ces régions il faudra éviter les réactions vésiculeuses. D'ailleurs

la pression exercée sur chaque tache doit être un peu moindre que pour les mains (3 *secondes environ*) et les réactions papulo-ortiées suffiront à provoquer le processus de desquamation. La desquamation est aussi plus précoce que pour les mains; elle se produit entre le 8e et 10e jour.

Applications ratées.

Il arrive, surtout au début du traitement quand on ne connaît pas encore le degré de réactibilité de la peau du sujet, que quelques applications un peu timides ne réussissent pas à provoquer une réaction utile. On s'aperçoit de cet insuccès quand après 6 à 7 jours, pour le visage, 15 à 17 jours, pour les mains, aucune desquamation ne s'est produite. On rectifiera la pression et la durée d'application pour obtenir le succès habituel.

Contre-indications relatives de la méthode.

1° Avant tout traitement qui porte surtout sur la peau du visage, il faut s'assurer que le patient n'entre pas dans cette catégorie spéciale de sujets chez lesquels toute lésion de brûlure dûe au chaud ou au froid laisse une macule plus ou moins brune, disparaissant il est vrai toujours à la longue mais pouvant compromettre le bien fondé de la méthode qui vise à la disparition des taches.

A cet effet, on pratique quelques applications d'essai sur deux à trois points du visage et on revoit le patient 10 à 12 jours après.

Disons en passant que chez les sujets blonds ou roux, chez qui on est surtout appelé à intervenir, ces séquelles maculeuses sont *une grande exception*.

2° Il est évident que d'après ce que nous avons dit sur l'évolution des taches de rousseur en rapport avec l'âge il n'est pas très utile d'appliquer la méthode chez des sujets très jeunes (âgés de 10 à 15 ans) chez qui les taches sont en continuelle multiplication. Les résultats qu'on obtiendrait seraient excellents mais ils ne sembleraient pas durables et il faudrait recommencer le traitement chaque année du moins pour les taches nouvelles.

3° Quel que soit l'âge du sujet il ne faut pas prétendre enlever

d'une façon absolue les moindres petites taches punctiformes, véritable poussière de taches. La chose est évidemment possible mais le traitement deviendrait long sans que les résultats en vaillent la peine.

Dans la photo nº 1, on peut remarquer au moyen d'une loupe que sur la main gauche qui a été traitée, on a négligé ces menues taches. Ceci ne diminue en rien les bons résultats obtenus.

Comme on le voit les *contre-indications sont tout à fait relatives*.

Avantages de la méthode.

Le traitement des taches de rousseur par la neige carbonique est : Absolument inoffensif et presque pas douloureux.

A la portée de tout praticien, car au bout de quelques séances on acquiert le doigté nécessaire pour employer les pressions utiles pour chaque région déterminée. Il donne en se conformant à une technique précise de beaux résultats et que nous croyons définitifs. Il est supérieur à tous les autres traitements que nous avons essayé sur nous-même.

Inconvénients de la méthode.

Les traces passagères dues au traitement tiennent éloignés certains malades de la vie mondaine pour une huitaine de jours à chaque séance (Quoique l'emploi de crèmes et poudres pourrait masquer en partie ces traces).

Un second inconvénient serait la longueur du traitement, car les séances ne peuvent être répétées que tous les 8 à 12 jours pour le visage. Il faut une moyenne de 10 séances pour un visage très constellé de taches.

A notre avis ces inconvénients sont compensés par les bons résultats d'un travail persévérant. D'ailleurs la dermatologie nous a habitué à des méthodes plus longues, plus pénibles et parfois plus ingrates : telle l'épilation électrolytique (véritable pierre de touche de l'endurance du thérapeute), la méthode des scarifications linéaires, la Finsenthérapie, etc.

Conclusions.

Les taches de rousseurs peuvent commencer à apparaître entre 2 et 3 ans. Leur développement en nombre plus ou moins important est la règle jusqu'aux environs de la 25e année.

A partir de la 25e année leur nombre reste à peu près stationnaire.

Les taches de rousseur sont presque toujours de forme irrégulière. Le traitement par des produits décolorants ne nous a donné aucun résultat. Les cures de desquamation sont pénibles, délicates à appliquer, rarement acceptées par les malades. Elles n'ont pas donné entre nos mains de résultats définitifs.

Seule la cryothérapie constitue à notre avis la méthode de choix des taches de rousseur.

Il faut traiter chaque tache séparément.

Au visage.

La durée d'application du crayon froid doit être de 3 secondes. La pression doit être telle que dès qu'on la supprime, le point traité ne doit montrer que pendant 2 secondes une dépression cupuliforme givrée. Eviter absolument d'obtenir des réactions vésiculeuses. La desquamation s'observe du 5e au 7e jour. La guérison s'obtient sans la moindre cicartice.

Sur le dos des mains :

La durée d'application doit être de 4 secondes. La pression doit être telle que dès qu'on la supprime le point traité ne doit montrer que pendant 3 secondes, la dépression cupuliforme givrée. Ici il n'y a pas d'inconvénient à obtenir une réaction vésiculeuse. La desquamation s'obtient entre le 15e et le 17e jour sans aucune cicatrice.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mai 1932.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Etude de la sensibilité cutanée aux arsénobenzols, par G. Garnier. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 5, mai 1932, p. 325.

Avec Milian, l'auteur sépare l'étude de ces éruptions en 2 chapitres : 1° érythèmes précoces, érythèmes du 9e jour, érythèmes biotropiques ; 2° érythèmes tardifs, érythrodermies, réactions toxiques. Les premiers sont des érythèmes infectieux et ne contre-indiquent pas la reprise de la médication arsénobenzolique, les deuxièmes sont des manifestations d'intolérance arsénobenzolique et constituent une des contre-indications majeures et définitives de cette médication. La pratique de l'intradermo-réaction avec une solution de 914 au centième lui a montré que chez les sujets normaux, n'ayant jamais reçu d'arsénobenzol, les intradermo-réactions au 914 sont négatives ; chez les sujets traités au 914 et n'ayant jamais eu d'accidents, il y a 98 o/o de réactions négatives ; chez les malades ayant présenté un érythème biotropique du 9e jour, les intradermo-réactions sont négatives dans 98 o/o des cas ; chez les malades ayant eu une érythrodermie arsenicale, l'intradermo-réaction est positive dans 100 o/o des cas. Si cette intradermo-réaction ne peut malheureusement faire soupçonner l'intolérance, elle permet de faire utilement un diagnostic rétrospectif d'érythrodermie et permet de savoir le médicament utilisé.

H. Rabeau.

La prostitution au Maroc, par R. Rabut. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, 25 mai 1932, p. 339.

R. fait un tableau de la prostitution au Maroc et a pu constater les résultats au point de vue prophylactique de l'expérience faite par le Dr Lépinay d'un quartier réservé à Casablanca. Le contrôle médical y est si effectif, qu'on peut dire qu'on ne contracte plus la syphilis au quartier réservé. Vis-à-vis de la race, c'est le point essentiel.

H. Rabeau.

Sur l'emploi des extraits cérébraux comme antigènes dans les réactions sérologiques de la syphilis, en particulier de la syphilis nerveuse, par R. Demanche. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 5, mai 1932, p. 350.

Certains sérologistes utilisent en Allemagne des extraits de cerveau comme antigènes pour la réaction de Wassermann, pour démontrer la présence dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux d'anticorps antilipoïdes spéciaux, anticérébraux, formés sur place par suite d'un processus local de destruction cellulaire. B. s'est proposé de vérifier l'existence de propriétés fixatrices des antigènes cérébraux comparativement avec des extraits de cœur usuels. Il conclut que les extraits de cerveau sont susceptibles de donner des réactions de Wassermann chez des malades atteints de syphilis du système nerveux central, mais que leurs propriétés fixatrices assez fortes vis-à-vis du liquide céphalo-rachidien sont presque nulles vis-à-vis du sérum.

H. Rabeau.

Chancre mou ecthymateux croûteux, par Gougerot et Decourt. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 5, mai 1932, p. 354.

En 1927, Gougerot signala cette forme exceptionnelle de chancre mou simulant un eczéma strepto-staphylococcique par sa bulle purulente au début, puis par sa croûte ourlée d'un soulèvement pustuleux sur base inflammatoire. Il publie avec D. une nouvelle observation montrant que devant l'ecthyma balano-préputial ou vulvaire il faut rechercher systématiquement la chancrelle, la rechercher avec patience, puisque cette forme renferme peu de bacilles de Ducrey au début.

H. Rabeau.

Réinfections syphilitiques chez des malades n'ayant été que très peu traités de leur syphilis antérieure, par P. Chevallier et M. Colin. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 5, mai 1932, p. 357.

Trois observations de malades ayant eu des syphilis typiques peu traitées ; ces malades, par la suite, ont présenté des syphilis nouvelles (chancre typique avec tréponème, adénopathies, Wassermann négatif au début, puis positif). Le traitement a été si minime qu'on ne peut invoquer son action, mais parler de syphilis naturellement bénignes.

H. Rabeau.

Double chancre induré du col utérin et de la paroi vaginale, avec adénopathie inguinale, par Lévy-Bing et Ch. E. Boursat. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 5, mai 1932, p. 361.

Malade ayant présenté un double chancre induré du col utérin et de la paroi vaginale avec adénopathie inguinale droite ; le chancre du col s'est développé sur une ulcération métritique ; l'examen ultra-microscopique montra des spirochètes. Il faut bien connaître ces cas où l'ulcération métritique vient déformer et masquer les caractères typiques du chancre.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Sur un nouveau cas d'agranulocytose post-chrysothérapique, par A. Jacquelin et Allami (Discussion : P. Chevallier, P. Emile-Weil, Milian et Jacquelin). *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, n° 14, 2 mai 1932, p. 539.

Cette observation est intéressante, pour les dermatologistes, parce qu'elle soulève la question du rôle des sels d'or dans la réalisation d'un syndrome hématique rapidement fatal, dans lequel la formule sanguine prit le type, non pas d'une agranulocytose pure, mais d'une anémie avec hémogénie et raréfaction des granulocytes de type nettement toxique. Il s'agit d'une jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire chez laquelle apparaît, en pleine cure chrysothérapique, pratiquée à des doses plutôt faibles, soigneusement graduées, cure inférieure, comme intensité et comme durée à une cure antérieure parfaitement supportée, une anémie mortelle de type agranulocytaire.

H. Rabeau.

A propos des désordres hématologiques provoqués par les sels d'or, par Ch. Achard, F. Coste et R. Cahen. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, n° 14, 2 mai 1932, p. 547.

Deux observations d'accidents provoqués par les sels d'or.

Obs. I. Malade âgée de 31 ans, atteinte de rhumatisme infectieux, traitée par les sels d'or, à doses modérées, injections hebdomadaires, qui présente un syndrome agranulocytaire, sans anémie, ni hémorragies, répondant au type décrit par Schultz.

Obs. II. Femme de 42 ans, traitée par les injections d'or pour une poly-arthrite chronique, qui fait un grand purpura hémorragique. Les accidents sont apparus au cours de la 2e série médicamenteuse, et après des doses moyennes. Malgré trois transfusions sanguines, la malade succomba. L'action nocive des sels d'or sur l'équilibre sanguin apparaît double :

1° Bouleversement de l'équilibre hémo-leucocytaire avec disparition des éléments granuleux.

2° Dyscrasie sanguine, d'autre part, dont le purpura hémorragique reste l'expression la plus fréquente. H. Rabeau.

Etiologie et thérapeutique, par J. Paraf. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, n° 17, 23 mai 1932, p. 619.

Ayant observé plus de 50 enfants atteints d'énurésie essentielle primitive, sans aucun signe objectif, P. n'a pu, chez eux, trouver de signes permettant de suspecter l'hérédo-syphilis. Dans aucun cas, le traitement spécifique ne lui a donné de résultats probants, c'est-à-dire

durables et persistants. Il ne croit pas qu'on puisse laisser s'accréditer l'opinion de M. Pinard, capable de jeter un émoi non justifié dans les familles. H. RABEAU.

Gangrènes cutanées en plaques d'apparition spontanée curables et récidivantes, par RENAUD et BORDET. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 16, 16 mai 1932, p. 643.

Femme de 51 ans qui, à 39 ans, est atteinte de rhumatisme avec arthropathies multiples, puis après 3 ans de rémission complète fait de nouvelles poussées et entre à Brevannes en 1928 comme une grande infirme. Successivement sans prodromes elles fait une atteinte de gangrène en mars 1931, plaque ecchymotique à la face interne de la cuisse droite, puis à l'épaule droite, large ecchymose sur un placard induré. Une escarre très superficielle s'élimine en quatre semaines. Nouvelle atteinte en août 1931. Troisième atteinte en février 1932, puis en avril, avec cette fois phénomènes infectieux. Les auteurs pensent que cette malade est atteinte d'une de ces endocardites thrombosantes et interprètent le sphacèle comme la conséquence d'embolies microbiennes. H. RABEAU.

Sur l'origine syphilitique de la sclérose en plaques, par MENDELSSOHN (présenté par H. DUFOUR), *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 16, 16 mai 1932, p. 645.

Observation d'une malade présentant des signes indiscutables d'hérédo-syphilis, et qui, atteinte de sclérose en plaques, fut traitée par une médication spécifique polyvalente. Elle fut si améliorée qu'on peut presque parler de guérison. H. RABEAU.

Etiologie syphilitique de la sclérose en plaques, par H. DUFOUR. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 16, 16 mai 1932, p. 648

Observation d'une malade atteinte de sclérose en plaques depuis 1914, à évolution progressive jusqu'en 1920, époque à laquelle fut institué le traitement spécifique. Depuis cette date, un traitement mixte (bismuth et novarsénobenzol) a amené une régression des signes au début, puis une stabilisation. D., en attendant qu'on démontre l'existence d'un agent infectieux spécifique, a tendance à considérer cette affection comme dominée par l'étiologie syphilitique.
H. RABEAU.

Injections médicamenteuses et asepsie, par G. MILIAN. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 17, 23 mai 1932, p. 702.

M., par divers exemples, prouve qu'il faut prendre des précautions aseptiques très strictes dans l'administration des injections médicamenteuses, qu'elles soient sous-cutanées, ou intramusculaires, ou intraveineuses. On a incriminé trop facilement certains médicaments. Ces

accidents, quoique rares, doivent être évités. Il s'élève contre l'habitude fréquente de se servir de seringues pour tous les usages sans distinction, et encore dans les consultations de remettre une aiguille venant d'être utilisée dans une bouilloire avec d'autres aiguilles. Dans le mélange, il peut arriver de prendre cette même aiguille insuffisamment bouillie pour une nouvelle injection. Nous oublions trop facilement le danger microbien ; de là le nombre considérable d'accidents infectieux provoqués par des injections médicamenteuses.

H. Rabeau.

Sur une affection spéciale non syphilitique caractérisée par des troubles pupillaires et l'abolition des réflexes tendineux, par G. Guillain et J. Siqwald. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, n° 17, 23 mai 1932, p. 720.

La constatation de troubles pupillaires, spécialement de l'abolition des réflexes à la lumière, coexistant avec l'abolition des réflexes tendineux, impose aux neurologistes le diagnostic de tabès. Cette conception n'est pas exacte. W. J. Adie a publié 13 cas où il a constaté des réactions pupillaires toniques associées à la perte de quelques-uns ou de tous les réflexes des membres. Il a recueilli dans la littérature médicale 44 cas de réactions pupillaires toniques, dans 9 cas l'absence de réflexes est mentionnée. Les auteurs publient 2 observations personnelles qui s'apparentent avec les observations de W. J. Adie. Ils décrivent les caractères de cette pupille tonique, et rappellent la description originale de Argyll Roberston. La pathogénie de l'affection spéciale de W. J. Adie, caractérisée par une pupille tonique et une abolition des réflexes tendineux, n'est pas connue. Un fait paraît certain : le caractère non syphilitique de la maladie. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Association bismuth liposoluble et lipoïde hépatique dans le traitement de la syphilis, par A. Galliot. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 10, 28 mai 1932, p. 369.

Levaditi et Nicolau en 1924 ont montré que les sels de bismuth, incapables de détruire le tréponème et les spirilles à une certaine concentration, deviennent parfaitement parasiticides *in vitro* dès qu'on les met en présence d'un extrait hépatique frais ou d'un fragment de foie à la température de 37°. Partant de là, G. associe un lipoïde hépatique à un tricampho-carbonate de bismuth ; il a constaté une cicatrisation plus rapide des lésions et l'absence des petits phénomènes d'intolérance et de grippe bismuthée. H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

« La vérole aime le nez », par R. Hissard. *Bulletin Médical*, 46e année nº 19, 7 mai 1931, p. 334, 3 fig.

Deux observations de gommes du nez ayant abouti à des pertes de substance plus ou moins considérables. Elles sont de type classique. Cependant, elles ont donné lieu à des erreurs de diagnostic. Se souvenant de la formule de Fournier, H. voudrait que le médecin ait le réflexe de la syphilis devant toute ulcération du nez.

H. Rabeau.

Considérations sur l'étiologie et le traitement du pemphigus, par Schachter. *Bulletin Médical*, 46e année, nº 21, 21 mai 1932, p. 370.

De nombreuses étiologies ont été tour à tour évoquées : étiologie microbienne (Weidenfeld, Felke et Nagell, Richter), origine parasitaire (Radaelli, Lipschütz), virus neurotrope (Buschke), les avis restent partagés. On a également proposé de nombreux traitements : 1° traitement médicamenteux local : attouchements à la trypaflavine, collutoires à l'iodoflavine, poudrages au sous-nitrate de Bi ; général : arsenicaux pentavalents, plasmochine, traitement quinino-urotropinique (Leszczinski), trypaflavine, autothérapie, cacodylate de fer ; 2° traitement biologique : traitement par les injections de lymphe vaccinale, auto-séro, auto ou isohématothérapie, rayons ultra-violets ou radiothérapie ; 3° traitement diététique : régime de Gerson-Sauerbruch.

La multiplicité des thérapeutiques proposées montre leur relative efficacité.

H. Rabeau.

Du diagnostic des rhumatismes chroniques blennorragiques, par R. Sicard. *Bulletin Médical*, 46e année, nº 22, 28 mai 1932, p. 397.

Le diagnostic de ces formes est souvent très difficile ; à côté des formes dans lesquelles la coexistence d'arthrite et de lésions génitales impose un diagnostic, il en est d'autres où le diagnostic ne peut être posé que par des réactions ou des recherches de laboratoire. Le diagnostic de rhumatisme infectieux se fera assez aisément, mais son origine sera délicate à préciser. Seule la mise en évidence du gonocoque emporte la conviction. Cette recherche se fera par ensemencement des lésions génitales et par la méthode de la déviation du complément. Cette gono-réaction peut être un élément déterminant (trois causes d'erreur : Bordet-Wassermann positif, traitement à la gonacrine, vaccination antigonococcique). Il faudra aussi tenir compte du rôle des infections secondaires associées, qui est loin d'être négligeable.

H. Rabeau.

Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie (Paris).

Hérédo-syphilis chez les lapereaux issus de parents atteints de manifestations oculaires spécifiques, par A. Bessemans et J. Van Canneyt. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CX, n° 17, 20 mai 1932, pp. 116-119.

Il a été impossible de prouver l'hérédité de graine chez 34 lapereaux issus de parents atteints de lésions syphilitiques oculaires ; parmi eux on note 8 mort-nés ; 2 seulement vécurent plus de 14 semaines, et présentèrent l'un une cataracte bilatérale congénitale, l'autre une kératite unilatérale à 4 mois. Il est donc très probable qu'il y a là des signes d'hérédo-syphilis. A. Bocage.

Préparation de l'antigène de Bordet-Ruelens en vue de la réaction de floculation. Rôle de l'électrolyte. Conditions mécaniques, par M. L. Chevrel et M. Cormier. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CX, n° 18, 27 mai 1932, pp. 153-155.

Les floculations spécifiques en présence de sérums syphilitiques ne peuvent se produire que dans une solution contenant au moins 9 o/oo de chlorure de sodium. L'addition brusque de la solution électrolytique favorise la dispersion des colloïdes et donne une émulsion antigénique stable presque limpide, alors qu'un mélange fait lentement est opaque et précipité. A. Bocage.

Journal d'Urologie (Paris).

A propos de la syphilis vésicale, par E. F. Chocholka. *Journal d'Urologie* t. XXXIII, n° 5, mai 1932, p. 468.

C. fait remarquer que la cystoscopie n'est qu'un moyen optique de déceler les cas suspects de syphilis viscérale. Les efflorescences syphilitiques se manifestent au lieu irrité chez les syphilitiques. Un traitement antisyphilitique de trois mois, dont la cystoscopie permet de contrôler le résultat est l'autre base du diagnostic.

H. Rabeau.

Lyon Médical.

Erythème polymorphe atypique, par MM. Gaté et Tiran. *Lyon Médical*, 64e année, t. CXLIX, n° 18, 1er mai 1932, p. 556.

Il s'agit d'un malade de 50 ans présentant à la face, aux parties latérales du cou et à la région dorsale, une éruption polymorphe.

Les éléments éruptifs sont, à la face, très caractéristiques de l'hydroa vésiculeux de Bazin, par contre, dans le dos, ils sont constitués par de simples papules. L'absence de lésions au siège d'élection, leur présence et leur type éruptif à la face constituent un fait atypique assez curieux.

Jean Lacassagne.

Journal de Médecine de Lyon.

Etude clinique des syphilis novarséno-résistantes. Modalités évolutives et caractères morphologiques, par J. Nicolas, G. Massia et F. Lebeuf. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 297, 20 mai 1932, p. 309.

Les syphilitiques traités par le novarsénobenzol peuvent présenter une novarséno-résistance complète ou fruste, des novarséno-récidives ou une novarséno-activation. Les novarséno-résistants sont souvent atteints de syphilides cutanées de type spécial (lésions érythémato et papulo-squameuses), siégeant avec prédilection dans les régions particulières (avant-bras, face). Les accidents présentés par eux peuvent enfin être atypiques par le moment où ils surviennent.

Ces faits doivent être présents à l'esprit des cliniciens qui éviteront, en y pensant, des erreurs de diagnostic et des fautes thérapeutiques.

Jean Lacassagne.

Notes de syphiligraphie médicale : syphilis et cancers primitifs du foie par M. Favre. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 297, 20 mai 1932, p. 313.

La syphilis ne doit pas seulement retenir l'attention par les accidents directs et, à proprement parler, spécifiques qu'elle est susceptible de produire. Elle a d'autres répercussions, d'autres actions indirectes, dont la relation avec l'infection, pour n'être pas toujours exactement précisée dans son mécanisme physio-pathologique n'en apparaît cependant pas moins indiscutable.

De ce nombre est l'influence qu'exerce la syphilis sur l'apparition et le développement de certaines tumeurs malignes. Les observations de l'auteur ont porté sur les cancers primitifs du foie. Ces tumeurs sont loin d'être exceptionnelles ; elles apparaissent sur des glandes atteintes antérieurement d'inflammation chronique et de sclérose.

La syphilis doit être tenue pour une cause majeure de ces inflammations, de ces scléroses qui, par le jeu de processus complexes, bouleversent la glande, et y créent des conditions favorables à l'évolution néoplasique terminale.

Jean Lacassagne.

Le rôle de la sensibilisation médicamenteuse dans les ictères parathérapeutiques, par J. Gaté, H. Thiers et P. Cuilleret. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 297, 20 mai 1932, p. 317.

Les accidents de chimiothérapie relèvent de pathogénies multiples (réactions focales, réactions biotropiques, réactions d'intoxication, réactions de choc, réactions de sensibilisation). Qu'elles soient précoces ou tardives, ces manifestations médicamenteuses dépendent, avec une fréquence insoupçonnée, d'un état allergique, dont le diagnostic se base sur une convergence de preuves, les unes cliniques, les autres tirées du laboratoire.

Les critères cliniques permettent uniquement de penser à la possibilité d'un état de sensibilisation ; le laboratoire seul peut en donner

une preuve indiscutable, parce qu'objective. Deux critères biologiques ont une valeur absolue (Pasteur-Vallery-Radot) : les réactions cutanées (cuti-réaction et intradermo-réaction) et les méthodes de sensibilisation passive (et plus spécialement, l'épreuve de la sensibilisation passive du cobaye). En utilisant ces méthodes, les auteurs ont pu montrer le rôle de la sensibilisation dans le mécanisme de certains accidents de la chimiothérapie, où son intervention n'a jamais été soupçonnée jusqu'ici, la grippe métallique, les réactions intestinales précoces dues au mercure, l'ictère parathérapeutique. C'est ainsi que les auteurs sont conduits à soulever l'hypothèse de l'étiologie allergique de certains ictères parathérapeutiques, sans exclure toutefois la possibilité d'une autre interprétation. JEAN LACASSAGNE.

Provence Médicale (Marseille).

Réactions de Bordet-Wassermann irréductibles et réactions de Bordet-Wassermann rebelles, par A. FOURNIER. *Provence Médicale*, 2e année, n° 8, 15 mai 1932, pp. 5-9.

Courte revue générale définissant ces réactions et indiquant les précautions à prendre pour le diagnostic et le traitement des malades, mais F. ne précise pas les méthodes non spécifiques qui permettent de réduire les réactions irréductibles. A. BOCAGE.

La Loire Médicale (Saint-Etienne).

Les résultats de la lutte antivénérienne à Roanne et Firminy, par Ch. LAURENT. *La Loire Médicale*, 46e année, n° 5, mai 1932, p. 207.

L., en sa qualité de chef du Service antivénérien de la Loire, a pu faire des constatations intéressantes et pleines d'enseignement en ce qui concerne deux villes de son département.

A Roanne existent quatre maisons de tolérance et une quinzaine de femmes en carte surveillées. A Firminy, pas de maison de tolérance, pas de femmes en carte, mais seulement des prostituées clandestines échappant à tout contrôle sanitaire.

En 1931, les cas de syphilis observés ont été moins nombreux dans le dispensaire antivénérien de Roanne (ville de 35.000 habitants) que dans celui de Firminy (ville de 15.000 habitants).

C'est l'absence de surveillance des prostituées à Firminy qui, pour L., est cause de ce plus grand nombre d'infections. Le système des dispensaires ouverts à tous est une excellente organisation mais doit être complété par la réglementation de la prostitution.

JEAN LACASSAGNE.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Sur les réactions sérologiques dans la syphilis expérimentale du lapin et leur dépendance du siège des manifestations cliniques (Ueber Serumreaktionen bei der experimentellen Kaninchensyphilis und deren Abhaengigkeit vom Sitz der klinischen Erscheinungen), par C. SCHUMACHER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, 1 cah., 1932, p. 1, 6 fig.

Recherches sérologiques dans la syphilis expérimentale du lapin. L'auteur conclut :

1° La réaction d'opacification de Meinicke pratiquée avec une solution d'extrait de 1 : 20 et de sérum à 1 : 5 (choisie par S.) est très utilisable chez le lapin. Les animaux sains donnent tous des réactions négatives, tandis que les lapins atteints de syphilis primaire ou d'indurations métastatiques du testicule donnent des réactions fortement positives, réactions qui dépendent de l'intensité des lésions syphilitiques de cet organe. Dans les lésions testiculaires de nature non syphilitique, la réaction de Meinicke est, d'après les expériences de l'auteur, toujours négative.

2° Au contraire, les lapins porteurs de chancres syphilitiques cutanés ou de lésions oculaires présentent en général une réaction négative, ainsi que les animaux au stade latent de la syphilis. Les chancres cutanés du dos des cobayes donnent des réactions (opacification de Meinicke) négatives.

3° On ne peut pas expliquer cette sérologie négative des chancres cutanés par des modifications de la qualité des tréponèmes cutanés, car ces derniers gardent (ce qui est démontré par le repiquage) leurs facultés de provoquer des accidents sérologiques et cliniques, seulement ils ne peuvent pas exercer complètement ces facultés quand ils sont cantonnés à la peau. Ce ne sont donc pas uniquement les tréponèmes, même s'ils produisent des lésions syphilitiques nettes, qui provoquent l'intensité sérologique de la lésion syphilitique.

4° Il doit très probablement exister, à côté de composants purement syphilitiques, un autre facteur, peut-être très complexe, qui joue un grand rôle dans le résultat sérologique de chaque cas. Ce facteur se trouverait, d'après les résultats obtenus, principalement dans l'organe manifestement syphilitique et dépendrait de la structure anatomique de l'organe, mais surtout de qualités physico-chimiques qui ne peuvent influencer la réaction sérologique que dans les cas syphilitiques spécifiques.

5° La syphilis du lapin, même si elle produit des lésions, ne suffit pas à la production de réactions sérologiques nettes, ces dernières sont ici plutôt liées aussi aux réactions syphilitiques de certains organes (testicule, peut-être aussi d'autres organes internes).

6° L'auteur exprime l'avis, en comparant les résultats sérologiques obtenus chez l'animal avec ceux notés chez l'homme, que les chancres

cutanés sont sérologiquement moins actifs et que les réactions sérologiques fortement positives sont peut-être l'expression de lésions des organes internes. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution expérimentale à la thérapeutique de manifestations allergiques. De l'influence sur l'hypersensibilité salvarsanique du cobaye, du calcium à l'acétate de sodium et de chloride d'ammonium (Experimenteller Beitrag zur Therapie allergischer Erkrankungen. Ueber die Beinflussung der Salvarsanueberempfindlichkeit des Meerschweinchens durch Calcium, Natriumacetat und Ammoniumchlorid), par JUI-WUELLU. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 1, 1932, p. 27.

L'auteur a étudié l'influence du calcium, de l'acétate de sodium et du chlorure d'ammonium sur l'hypersensibilité néosalvarsanique chez le cobaye, hypersensiblité produite artificiellement d'après la méthode de W. Frei (Phénomènes d'apparition et de sensibilisation). Les résultats sont les suivants :

Le calcium administré longtemps (avant et pendant la période d'incubation) et une seule fois immédiatement avant l'apparition de l'hypersensibilité, ne montra aucune influence nette.

L'acétate de sodium mélangé à la nourriture semble augmenter le phénomène d'apparition (peut-être aussi la sensibilisation). Mais il n'est pas possible d'arriver à une conclusion, vu les troubles produits chez les animaux par l'acétate de sodium. L'acétate de sodium ainsi que le chlorure d'ammonium donnés en injections avec une nourriture standardisée diminuent l'intensité de l'hypersensibilité vis-à-vis du salvarsan. Les composés basiques furent plus efficaces que les composés acides (1/4 : 1/2). OLGA ELIASCHEFF.

Recherches sur la clinique et l'anatomo-pathologie de la syphilis expérimentale du lapin (Untersuchungen ueber die Klinik und Histopathologie der experimentellen Kaninchensyphilis), par ALEXANDER WILENTSCHUK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 1, 1932, p. 37, 10 fig.

L'auteur a recherché les lésions histo-pathologiques dans la syphilis expérimentale du lapin dans tous les organes internes aux stades du début de l'infection avec l'intention de pouvoir peut-être tirer des conclusions sur les lésions analogues chez l'homme. Il conclut :

1° Les réactions de floculation sont très sensibles et donnent des résultats précieux dans la syphilis expérimentale du lapin.

2° L'infection intratesticulaire du lapin avec une culture qui, ordinairement, ne donne pas de lésions du système nerveux central, peut produire des lésions anatomo-pathologiques spécifiques du système nerveux central, on peut y trouver des tréponèmes.

3° On trouve, dans la syphilis expérimentale du lapin, dans les organes internes, des lésions à toutes les périodes de la syphilis. L'organe le plus lésé est le foie, puis viennent les reins, le cœur, l'aorte et la rate.

L'impossibilité de mettre les tréponèmes en évidence dans les tissus

des organes atteints de lésions spécifiques, ne parle pas contre le diagnostic anatomo-pathologique de syphilis. Les résultats obtenus font ressortir la nécessité chez l'homme d'un examen clinique minutieux dans la syphilis viscérale. OLGA ELIASCHEFF.

Sur les cultures des tissus de l'épiderme humain. Contribution à l'étude de l'anatomie de la peau (Ueber Gewebskulturen menschlicher Epidermis. Ein Beitrag zur Anatomie der Haut), par HERMANN PINKUS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 1, 1932, p. 53, 18 fig.

Étude sur la morphologie des cellules épithéliales *in vitro*. Les expériences des auteurs donnèrent des résultats suivants :

L'observation de plusieurs semaines de cultures de la peau humaine normale confirma les résultats de Börnstein : on constate une émigration et une véritable croissance de cellules épithéliales sous forme de membranes adhérentes, de faisceaux et de cellules isolées (croissance histiotypique et cytotypique dans le sens de Maximow). Il existe une tendance des cellules épidermiques à la formation d'un épithélium pavimenteux. La prolifération du tissu conjonctif dans les cultures commence après un temps assez long et ce tissu se substitue de plus en plus aux cellules épithéliales. Sa forme est typique. Les cellules épidermiques et les cellules conjonctives se multiplient par mitose. Des coupes en séries démontrent que la croissance des cellules en cultures provient presque exclusivement des cellules basales, tandis que la plus grande partie de l'épiderme est vite détruite. L'examen cytologique des cultures montrent une ressemblance nette entre les cellules conjonctives et épithéliales dans les points où elles se présentent sous forme de cellules isolées. La ressemblance de ces deux éléments tissulaires est purement morphologique, produite par l'adaptation au milieu et par la perte de différenciations morphologiques. Mais ces deux formes de cellules possèdent la faculté de réaliser à nouveau leur différenciation spécifique ; elles le font dans certaines conditions, c'est-à-dire quand la croissance des cultures cesse ; on observe aussi le même phénomène dans les cultures de la peau.

Les noyaux et la forme des corps cellulaires sont des signes incertains pour distinguer les cellules. Les cellules épithéliales prennent souvent, grâce à de fins pseudospodes par lesquelles elles entrent en communications syncytiales, un aspect caractéristique qui ressemble beaucoup aux cellules épineuses de la peau normale. On ne rencontre pas toujours du pigment dans les cellules épithéliales, mais on peut en rencontrer aussi dans les cellules conjonctives. On peut souvent distinguer les deux types de cellules par le volume et la quantité de certaines granulations. Le chondriome se présente dans les cellules épithéliales sous forme de granules et de filaments épais incurvés, lesquels peuvent être considérés comme des mitochondries. Le seul signe qui permet une différenciation certaine de ces deux types de cellules est l'absence de fibrilles spécifiques.

L'auteur constata dans les cellules épithéliales et conjonctives des cultures des granulations colorables qui doivent être considérées, pour le moment, comme un élément spécifique des cellules tissulaires humaines *in vitro* et elles sont de nature indéterminée. Il propose pour ces granulations la dénomination « Wasserblaukörnchen ». L'auteur a en outre recherché la présence de chondriomes dans la peau normale et dans différentes lésions pathologiques : il n'a constaté dans l'épiderme normal ni granulations de chondriomes, ni filaments ; ces éléments sont plus grands et plus nombreux à la bordure de l'épiderme dans les ulcérations bourgeonnantes, plus encore développés dans les végétations vénériennes, dans les épithéliomas baso- et spino-cellulaires. Le chondriome est très développé dans les cellules nævriques.

Il existe des différences entre la position des chondriomes dans les cellules *in vitro* et dans l'organisme. Tandis qu'ils se trouvent dans l'organisme presque exclusivement dans la zone interne des cellules (endoplasme dans le sens de Studnièka) ils atteignent dans les cellules cultivées souvent la bordure des cellules. On peut en conclure qu'il ne se produit pas souvent dans les cellules *in vitro* une différenciation en zones du cytoplasme. Les filaments épithéliaux formés dans les cultures sont le produit de différenciation du cytoplasme des cellules épithéliales et se trouvent toujours intracellulaires. Ils se développent indépendamment des chondriosomes. La formation de fibrilles épithéliales dans les cultures débute sous l'influence de forces mécaniques et c'est une fonction d'un histo-système dans le sens de Heidenhain. Les cultures de la peau ne parlent pas en faveur de l'opinion de Frieboes sur la structure de l'épiderme. OLGA ELIASCHEFF.

Dermatose pemphigoïde récidivante dans la syphilis héréditaire (Rezidivierende pemphigoide Dermatose bei Lues congenita), par WERNER JADASSOHN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 1, 1932, p. 86, 2 fig.

Observation d'une dermatose pemphigoïde récidivante chez un enfant hérédo-syphilitique. Traité à l'âge de deux mois pour sa syphilis (éruption maculo-papuleuse aux jambes et plantes des pieds) il se développa néanmoins au deuxième mois du traitement, peu intense il est vrai, une méningite syphilitique suivie de graves lésions du système nerveux. La réaction de Wassermann resta toujours, malgré un traitement spécifique, fortement positive. Les parents ne présentèrent aucun signe clinique où sérologique de syphilis, la mère accoucha après la naissance de la petite malade de 3 enfants sains (examinés par l'auteur). A l'âge de sept ans apparut chez la fillette une éruption bulleuse accompagnée de nouvelles poussées pendant une année et suivies d'érosions. L'examen bactériologique du liquide des bulles fraîches montra l'absence de tréponèmes, de microbes et la présence de rares cellules éosinophiles. Dans le sang on constata une fois seulement une éosinophilie modérée. Les poussées ont diminué depuis quelques mois, l'enfant

ayant été soumise pendant 1 an 1/2 à un traitement antisyphilitique intense. L'auteur discute le diagnostic différentiel : pemphigus vulgaire ou dermatite de Düring, diagnostic possible chez un enfant non syphilitique, mais on peut difficilement admettre que des maladies si rares au cours du bas âge comme le pemphigus vulgaire ou le Düring soient accidentellement combinées avec une syphilis héréditaire. Ce cas parle plutôt en faveur d'une relation entre la syphilis héréditaire et les dermatoses bulleuses. La syphilis a pu produire indirectement l'éruption bulleuse. Hudelo et Montlaur accusent dans le pemphigus des troubles de la sécrétion interne, troubles provoqués par la syphilis.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude clinique et à la pathogénie des bromides végétantes. Un cas de bromides végétantes des plus graves avec participation des muqueuses et terminé par la mort. Reproduction artificielle de bromides végétantes chez la malade. Présence de bromure dans les organes (Zur Klinik und Pathogenese des Bromoderma vegetans. Ein Fall von schwerster B. v. mit Beteiligung der Schleimhæute und Ausgang in Exitus letalis Kunstliche Erzeugung von B. v. Effloreszenzen bei der Patientin. Bromnachweis in den Organen), par BR. BLOCH et F. FENCHIV. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 1, 1932, p. 93, 8 fig.

Description très détaillée d'un cas de bromides acnéiformes et végétantes terminé par la mort chez une malade âgée de 34 ans physiquement et psychiquement très gravement atteinte après absorption d'une dose totale de 17,6 grammes (pendant 5 mois) de bromure de potassium. A peu près 6 mois après la cessation du médicament apparurent les lésions cutanées. L'éruption augmenta même longtemps après. Les muqueuses furent fortement atteintes (bromides végétantes de la muqueuse buccale et de la langue). Leucocytose, forte éosinophilie, anémie et troubles circulatoires. Le cas résista à toutes les médications.

A l'autopsie, on constata comme cause directe de la mort une thrombose du sinus transversus et une embolie de l'artère pulmonaire.

L'examen histologique montra les lésions typiques des bromides végétantes : hyperacanthose très prononcée de l'épiderme avec abcès intraépidermiques et intrafolliculaires, forte inflammation et infiltration du derme, avec présence de nombreux polynucléaires. Le bromure fut démontré par la méthode de Belote ; on le trouva dans :

1° Les urines : dans les premiers mois, dans les urines de presque toutes les mictions, à la fin plus rarement, mais les urines contenaient encore du bromure une année après la cessation du médicament.

2° Les organes après la mort : en grande quantité dans la thyroïde, en moindre quantité dans les lésions apparues spontanément sur la peau et les muqueuses, en petite quantité dans les lésions cutanées provoquées artificiellement, et dans le reste de la peau, dans le tissu graisseux sous-cutané, les glandes surrénales, la rate, à peine des traces dans le foie et les ovaires, pas de traces dans les reins.

3° Les auteurs ont réussi à provoquer expérimentalement chez la malade sur la peau, en apparence saine, des lésions cliniquement et histologiquement typiques, tout à fait analogues aux lésions spontanées. La peau réagit dans ce cas à l'application locale de l'antigène, non seulement par une simple inflammation, mais par la réaction typique des bromides, inflammation et prolifération. Un résultat positif fut obtenu par l'emploi de combinaisons anorganiques et organiques (éosine) de bromume et d'iodure de potassium, de fluor de sodium, mais les combinaisons organiques et anorganiques de chlore donnèrent des résultats négatifs. Les résultats furent aussi positifs avec le carbonate de soude, l'emplâtre de cantharide, mais seulement soit après une forte irritation préalable de la peau, soit après une intervention traumatique (des excisions guérissant *per secundam*). Toutes les interventions faites avec des produits pouvant provoquer une inflammation et ne contenant pas de bromure donnèrent aussi un résultat positif ; le bromure appliqué sur la peau donna dès après 24 heures une réaction inflammatoire, laquelle se transforma en bromides.

Pathogénie : les bromides sont considérées comme des lésions dues à l'idiosyncrasie de la peau (des muqueuses et éventuellement aussi des autres organes). Cette idiosyncrasie se produit, comme dans les autres dermatoses médicamenteuses, par une sensibilisation. Cette dernière peut déjà se développer dans les cas des bromides congénitales, au cours de la vie intra-utérine. On peut démontrer cette hypersensibilité par l'existence de réactions cutanées positives avec le bromure.

On doit considérer comme « idiosyncrasigène » (antigène) non seulement le bromure ingéré, mais aussi celui retenu dans l'organisme et peut-être aussi des combinaisons inconnues de brome-albumine formées dans l'organisme. L'action de l'antigène du bromure retenu explique la latence et la progression tardive des lésions. L'action sensibilisante atteint non seulement les tissus mésodermiques, mais aussi (comme dans les combinaisons du goudron et de l'arsenic) les parties épithéliales de la peau et des muqueuses. Les auteurs tâchent d'expliquer l'apparition de bromides à la suite d'une irritation banale, mais intense (dans leur cas) par un extravasat local et par une accumulation dans les parties cutanées irritées et lésées de l'antigène chimique (brome) circulant dans le sang, analogue à l'expérience d'irritation de Roebner dans les infections par voie sanguine (vaccine, trichophytie, tuberculose). OLGA ELIASCHEFF.

Une dermatomycose presque généralisée produite par le Trichophyton gypseum et se présentant sous le tableau clinique d'une érythrodermie (Eine unter dem Bilde einer Erythrodermie verloufende fast universelle durch Trichophyton gypseum verursachte Dermatomycose), par BR. BLOCH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 1, 1932, p. 149, 2 fig.

Description d'une dermatomycose due au *Trichophyton gypseum*

chez un homme de 58 ans atteint gravement d'une maladie interne de nature indéterminée (tuberculose, syphilis, tumeur du poumon ?). Cette mycose se présenta sous forme de lésions superficielles, même aux endroits couverts de poils ; ces derniers et les follicules pileux restèrent indemnes. L'éruption occupa presque la totalité du corps : le cuir chevelu, toute la face, les oreilles, la nuque, le cou, les membres supérieurs du pli cubital aux ongles, ces derniers inclus, tout le tronc, les organes génitaux et les membres inférieurs. Les bras et une partie du dos ne furent pas atteints. L'aspect clinique fut tout à fait spécial. La bordure des grands et des petits foyers et des lésions isolées présenta l'aspect typique d'une dermatose superficielle, mais les grands foyers ressemblèrent tout à fait à une érythrodermie en partie lichénifiée, squameuse et par places légèrement atrophique. Sans la présence des petits foyers de la bordure, on n'aurait pas dû penser à une trichophytie. Bien qu'il s'agît d'un *Trichophyton gypseum*, les poils et les follicules ne furent pas atteints, ce qui rend ce cas tout à fait exceptionnel. Les réactions à la trichophytine furent complètement négatives, deux inoculations avec l'*Achorion quinckeanum* positives. Cette atypie est expliquée par le terrain du malade. L'infection avec le *Trichophyton gypseum* a pu atteindre chez ce malade un tel développement (éruption presque généralisée) parce que l'organisme n'a pas eu la faculté, vu l'absence d'allergie, de se défendre contre l'envahissement et les récidives. Ce manque de résistance de l'organisme rappelle l'anergie chez les cachectiques. Il faut très probablement chercher la cause dans les lésions des organes internes auxquelles le malade a succombé (vu l'anergie du malade et les cultures du sang négatives, on peut exclure une mycose viscérale).

OLGA ELIASCHEFF.

Essais de constatation dans les cellules épithéliales de substances histo-chimiques injectées par voie intraveineuse (spécialement 1-3, 4-Dioxy-phénylalanine). Constatation histo-chimique de la présence de substances réductrices, probablement de la nature des glucoses, dans la peau de l'homme et des animaux par le nitrate d'argent (Versuche zum histologischen-chemischen Nachweis intravenos injizierter Substanzen (speciell 1-3, 4-Dioxyphenylalanin) innerhalb der Epithelzellen. Anhang : Histologisch-chemischer Nachweis reduzierender, wahrscheinlich zuckerartiger Substanzen in der Haut von Menschenund Tieren mit Silbernitrat), par F. SCHAUF et W. BURCKHARDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 1, 1932, p. 157, 2 fig.

Les auteurs apportent des résultats tendant à démontrer histologiquement et cliniquement la présence dans les cellules épithéliales de substances injectées par voie veineuse. Ils concluent :

1° On peut démontrer macroscopiquement (par la production d'une coloration bleu foncé) ainsi que microscopiquement dans la peau de souris le 1-3,4-dioxyphénylalanine (Dopa) injectée par voie veineuse. On peut le démontrer soit par la voie fermentative (par la tyrosinose)

ou par des réactions purement chimiques (avec le nitrate d'argent, l'allargine, le persulfate de potassium).

2° Le Dopa injecté est principalement décelable dans la partie mésodermique de la peau. Il ne fut pas possible de déterminer s'il passe aussi dans les tissus ectodermiques.

3° En utilisant la technique donnée par les auteurs (coupes à congélation sèches, la méthode de la goutte) on trouve par le nitrate d'argent dans la peau des animaux albinos, ainsi que dans celle de l'homme, une réaction granulaire très prononcée, réaction jusqu'à présent inconnue et qui n'est nullement en relation avec la formation de mélanine. Cette réaction par le nitrate d'argent dépend, comme le montre l'analyse chimique, de la présence des hydrates de carbone avec un caractère d'aldose. Il s'agit, comme il résulte des osazones préparées, d'hexoses et polyoses.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur le rôle de substances tissulaires intermédiaires dans la production des inflammations cutanées (Ueber die Rolle der entzündungsvermittelden Gewebssubstanzen bei der Entstehung von Hautentzündungen), par E. LEHNER, E. RAJKA et J. FÉNYES. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 1, 1932, p 174, 1 fig.

Les auteurs ont recherché des substances tissulaires intermédiaires qui jouent un rôle dans la production des inflammations cutanées. Ils ont utilisé la méthode de Török, Lehner et Urbán, c'est-à-dire la méthode d'injection de sérum. Ils ont trouvé deux substances différentes : une provoqua des réactions renforcées, l'autre des réactions affaiblies. Ces deux substances jouent un rôle dans chaque inflammation. Leur présence n'est pour le moment démontrable que biologiquement par la transmission passive en utilisant la méthode de l'injection du sérum. Le délai optimum d'apparition de ces substances dans le sang est la première demi-heure après l'irritation qui produit l'inflammation. Elles apparaissent avec une certaine régularité et ne sont pas spécifiques. Elles prennent aussi part à l'apparition des réactions allergiques et montrent certaines différences vis-à-vis des réagines et déréagines spécifiques. Leur nature est encore indéterminée, il ne s'agit probablement pas de corps de la nature de l'histamine.

OLGA ELIASCHEFF.

Hypersensibilité vis-à-vis du sérum de lapin chez une syphilitique à la suite d'une sensibilisation préalable par un traitement avec le luotest (Kaninchenei weissueberempfindlichkeit bei einer Luetikerin infolge Sensibilisierung durch vorausgegangene Luotestkur), par PAUL FASAL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 1, 1932, p. 192.

Observation d'une malade âgée de 45 ans qui présenta 2 ans après une réaction positive au luotest (réaction moyenne) une hypersensibilité prononcée vis-à-vis de l'albumine de cobaye. La malade fut, avant d'être atteinte de cette hypersensibilité, traitée pendant ces 2 ans par le luotest combiné aux rayons ultra-violets et l'iodure.

On pouvait transmettre cette hypersensibilité par les méthodes de Prausnitz-Kustner et Kœnigstein-Urbach dans le sens d'une réaction immédiate avec une durée prolongée. Après des injections intradermiques de luotest et de sérum de lapin, les points d'injections de luotest et de sérum de cobaye (injections pratiquées 3 mois avant le dernier essai) furent réactivés et il apparut un exanthème sérique.

La valeur de la réaction par le luotest pour le diagnostic ne semble pas dans les cas de l'hypersensibilité vis-à-vis du sérum de lapin diminuée, car elle est rare et cette réaction se distingue nettement par son aspect aigu d'une réaction typique par le luotest.

OLGA ELIASCHEFF.

Recherches sur la réaction avec le blanc d'œuf et la réaction de Storm (Untersuchungen über die Eiklar-und Storm-Reaktion), par LILLY SALLENBACH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 1, 1932, p. 198.

L'auteur a recherché différentes réactions cutanées dans l'eczéma des enfants. S. conclut :

1° La réaction au blanc d'œuf d'après Gyvergy, Moro et Witebsky a été dans le matériel des eczémas infantiles de la clinique de Zurich positive dans 50 o/o des cas. Cette réaction est négative chez les enfants non atteints d'eczéma et chez les adultes avec ou sans eczéma. Si l'on applique la réaction au blanc d'œuf comme une réaction eczémateuse tardive (épreuve de l'eczéma) au lieu de l'appliquer comme réaction immédiate urticarienne (application de l'antigène sur une scarification vaccinale) elle est négative, même si la réaction urticarienne immédiate est positive.

2° La réaction de Storm van Leeuwen avec des squames de peau humaine est dans les maladies eczémateuses et eczématoïdes (toutes les formes de l'eczéma aigu, le lichen de Vidal = névrodermite, dans l'eczématoïde tardive exsudative et les eczémas des enfants), dans le matériel de l'auteur, ainsi que dans celui de la clinique de Fribourg trois fois plus fréquente que chez les sujets témoins.

3° La réaction avec le pollen (toxine du rhume des foins 312/7) fut positive dans le lichen de Vidal et dans l'eczéma dans un tiers des cas examinés, quoique les malades ne se plaignissent pas de rhume des foins.

D'après la bibliographie et les résultats de l'auteur, les réactions au blanc d'œuf et celle de Storm (ainsi que la réaction au pollen d'après les recherches de l'auteur) sont théoriquement importantes pour un groupe déterminé de dermatoses. Mais il est encore trop tôt de conclure uniquement des réactions positives sur l'étiologie et les résultats pratiques de ces méthodes.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur le Hg-sulfite colloïdal de Hille dans le traitement de la syphilis (Ueber das kolloidale Hg-Sulfite Hille bei der Syphilisbehandlung), par W. GENNERICH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXV, cah. 1, 1932, p. 209.

L'auteur a expérimenté le Hg-sulfite colloïdal des laboratoires de Hille (formule chimique HgS) dans le traitement de la syphilis. Ses conclusions sont les suivantes :

1° Le « Colloïdal Mercury Sulfide Hille » peut être administré *per os*, intramusculaire et intraveineux, dosé de 1/2 à 2 1/2 centimètres cubes 2 fois par semaine.

2° Il exerce une influence très grande sur les réactions sérologiques positives, mais son effet thérapeutique est inférieur à celui du salvarsan.

3° Il ne peut pas remplacer le salvarsan, mais il est très bien supporté dans le traitement mixte et augmente l'effet du salvarsan à tous les stades du traitement.

4° On peut recommander le Hg-sulfite même dans la syphilis secondaire si le salvarsan ne peut pas, pour des raisons spéciales, être utilisé. On peut l'administrer longtemps (50-60 injections ou *per os* pendant plus de 6 mois) ou avec des petites interruptions (3-4 semaines) jusqu'à la fin du traitement. OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur les lésions cutanées par des courants électriques à fort voltage (Zur Kenntnis der Hautveränderungen bei elektrischer Starkstromverletzung), par G. NOBL et W. LOWENFELD. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 6, mai 1932, p. 377, 2 fig.

Un ingénieur fait un faux pas au voisinage d'un contact mal protégé où passe un courant de 16.000 volts. Avant qu'il n'ait posé la main, un arc électrique s'établit entre la borne et le pouce droit ; après quelques convulsions, il se relève tout seul. Le lendemain, il trouve sur le pouce une plaque de 1 cm. 5 de tissu nécrosé ; sous les deux pieds, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, une petite escarre surélevée et arrondie. Au niveau de l'extrémité phalangienne des 5° orteils, lésions analogues, mais plus restreintes. Ce sont les points de sortie du courant. Les lésions causées par le courant électrique sont caractéristiques.

Les uns les considèrent comme propres à l'électricité ; les autres, comme de simples brûlures. Le traitement doit être conservateur.

L. CHATELLIER.

Action salutaire de l'association hyosciamine-scopolamine sur le frisson de la malaria d'inoculation sans altération des plasmodies (Günstige Wirkung von Hyoszyamin-Skopolamin (Vasana) auf das Erbrechen bei Impfmalaria ohne Schadigung der Plasmodien), par A. WOLTER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 6, mai 1932, p. 383.

L'association 1 scopolamine pour 10 hyosciamine donne d'excellents résultats non seulement dans le mal de mer, mais encore pour empêcher le frisson des accès fébriles de la malaria d'inoculation, et cela, sans exercer d'action sur les parasites.

(W. admet que le frisson palustre est dû à l'action locale sur le centre nerveux du frisson (au-dessus du *calamus scriptorius* dans les couches profondes de la moelle allongée) et à l'action réflexe ; c'est par comparaison avec le mécanisme du mal de mer qu'il a été amené à utiliser scopolamine-morphine dans ce cas). CH. AUDRY.

Sur la thérapeutique de la lèpre (Zur Therapie der Lepra), par G. STEIN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 6, mai 1932, p. 393.

Sans action sur la lèpre chronique, l'antimoine exerce une excellente influence sur les poussées aiguës (fébriles, inflammatoires, douloureuses) : tous les 2 jours, injection intraveineuse de 4 ou 5 centimètres cubes d'une solution de tartre stibié à 1 o/o ; au besoin, quotidienne. CH. AUDRY.

Forme stationnaire de l'érythème noueux (Stationäre Form des Erythema nodosum), par E. WOLHSTEIN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIII, fasc. 6, mai 1932, p. 402, 4 fig.

Observation d'une femme de 52 ans, dont les antécédents pathologiques décèlent une tuberculose torpide (lésions apicales, cicatrices ganglionnaires) et chez qui se développe sur le tronc et les membres une éruption de nodules érythémateux. L'évolution de l'éruption qui est fixe se fait très lentement. L'injection de tuberculine provoque au point injecté un nodule identique. Ce cas est superposable aux cas d'érythème noueux persistant de W. Pick et constitue un argument en faveur de la thèse de Ramel. L. CHATELLIER.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Psoriasis et système endocrinien. II. Mémoire (Psoriasis und endokrines System. II. Mitteilung), par G. STÜMPKE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 19, 7 mai 1932, p. 633, 3 fig.

S. rappelle les faits publiés qui semblent montrer l'intervention du système neuro-endocrinien dans l'étiologie du psoriasis. Il y ajoute des observations personnelles et conclut que si, dans un grand nombre de cas, il est difficile de mettre en évidence l'influence du système endocrinien, il en est d'autres où elle est certaine. C'est une voie nouvelle, qui permettra peut-être d'apporter quelque clarté dans l'étiologie et la pathogénie du psoriasis. L. CHATELLIER.

Traitement du granulome annulaire par les rayons de Bucky (Die Behandlung der Granuloma annulare mit Buckyst zahlen), par P. HESS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 19, 7 mai 1932, p. 643 (2 fig.).

Deux succès. CH. AUDRY.

Gomme isolée de la parotide accessoire (Ein Fall von isoliertem Gomma der Wangenspeicheldrüse (glandula parotis accessoria)), par E. FULCHENFALD. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 19, 7 mai 1932, p. 644.

Les gommes de la parotide, F. en a pu trouver 5 cas publiés en outre

des 65 cas résumés en 1922 dans un travail de Kemp. Il en donne une observation personnelle recueillie sur une femme de 39 ans qui présentait une tumeur bien circonscrite de la joue gauche datant de 6 mois, et fistuleuse. Sérologie positive ; guérison par le traitement spécifique. CH. AUDRY.

Sur la teigne amiantacée d'Alibert (Zur Kenntniss der sog. Alibertschen Tinea amiantacea (Keratosis follicularis amiantacea Kiess)), par B. JOSSEL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 20, 14 mai 1932 (5 fig.).

J. confirme la description de Kiess ; il mentionne en outre la disparition totale des glandes sébacées dans les cas qu'il a examinés.
CH. AUDRY.

Recherches sur la réaction avec l'antigène-spirochète (Untersuchungen mit der Pallidareaktion), par H. HEINEMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 20, 14 mai 1932, p. 680.

Dans les pays tropicaux, le diagnostic ne peut guère s'appuyer que sur les signes objectifs, tout interrogatoire étant sans valeur. D'où l'importance pratique des investigations sérologiques, et particulièrement dans la syphilis. Mais les causes d'erreur sont nombreuses : pian, lèpre, paludisme. H. a voulu préciser la valeur des différentes techniques. La réaction de Bordet-Wassermann donne, plus souvent que les réactions de floculation, des réactions non spécifiques, non seulement dans le pian (où la sérologie est identique à celle de la syphilis), mais encore dans le paludisme en activité ou chronique. Aussi H. a remplacé l'antigène de cœur par l'émulsion de spirochètes. Il a éprouvé cet antigène sur 1015 sérums (757 malades) et il en a constaté la supériorité. Alors que la réaction de Bordet-Wassermann donne 62 o/o de résultats positifs dans la syphilis et le pian, la réaction avec les spirochètes donne 93 o/o. Dans le paludisme, le nombre de réactions spécifiques est plus élevé qu'avec l'antigène habituel. Le diagnostic sérologique de la tuberculose, avec la vieille tuberculine de Höchst comme antigène, est, comme pour la syphilis, vicié par le paludisme. Ce fait explique la valeur curative de la tuberculinothérapie de la syphilis nerveuse. Le paludisme fait apparaître dans les sang des anticorps contre le bacille ; il atténue la sensibilité de la peau à la tuberculine. D'autre part, Dattner a montré récemment les rapports entre la sensibilité de la peau à la tuberculine et l'évolution de la syphilis nerveuse traitée. L. CHATELLIER.

Un cas de sarcomatose multiple de Kaposi ; traitement radiothérapique (Ein Fall von idiopathischem multiplem hæmorrhagischen Hautsarkom Kaposi und desseen Rœntgebehandlung), par SGHIRMUNSKAJA et TSCHOTSCHIA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 21, 21 mai 1932, p. 705 (4 fig.).

Un cas recueilli chez un Russe de 22 ans, scrofulo-tuberculeux, qui avait subi des gelures 5 ans auparavant. Amélioration considérable par la radiothérapie et l'arsenic. CH. AUDRY.

Carcinome de la peau et dermatoses précancéreuses (Karzinome der Haut und präkanzeröse Dermatosen), par G. Riehl. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 22, 28 mai 1932, p. 749.

Revue générale sur la fréquence, les formes cliniques et le traitement des épithéliomas de la peau, et sur les dermatoses précancéreuses.

L. Chatellier.

Sur les rapports entre la syphilis, l'arsénobenzol et le soi-disant ictère catarrhal (Ueber die Zummenhänge zwischen Syphilis, salvarsan und der sogenannten katarrhalischen Gelbsucht), par K. Zieler. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 22, 28 mai 1932, p. 758.

Dans cet article, Z. discute et réfute les assertions de Ruge qui voit dans l'ictère catarrhal le résultat, souvent tardif, de l'arsénobenzol sur le foie. C'est un ictère infectieux banal. Les signes d'insuffisance hépatique constatés au cours du traitement arsenical ne dépendent pas du médicament, mais bien de l'atteinte du foie par le tréponème. L'action nocive du salvarsan sur le foie, quand elle existe, ne se rencontre que dans les cas où le foie est déjà altéré par l'infection syphilitique. Le traitement syphilitique n'est donc pas dangereux pour cet organe ; bien plus, il le protège contre la syphilis.

L. Chatellier.

Bruxelles Médical.

A propos d'une dermatose professionnelle, par P. Guns. *Bruxelles Médical*, 12e année, n° 28, 8 mai 1932.

Chez les ouvriers manipulant un bois du Congo « Chlorophora Excelsa », G. a observé une éruption cutanée caractéristique. Elle se traduit par un piqueté eczématiforme sec, prurigineux aux endroits où la peau est fine et sujette à des frictions. Le test avec de la sciure de bois appliquée en peau saine fut constamment négatif chez les sujets non atteints, il fut positif ou presque positif dans 86 o/o des cas chez les malades. Le traitement est seulement prophylactique.

H. Rabeau.

Diagnostic des affections cutanées des muqueuses de la région génitale, par A. Desaux. *Bruxelles Médical*, 12e année, n° 29, 15 mai 1932, p. 797.

Excellente revue générale des divers diagnostics qui peuvent être envisagés suivant que la lésion est œdémateuse ou infiltrée, que la muqueuse est rouge ou blanche, saillante, gangréneuse, érosive ou ulcéreuse.

H. Rabeau.

Brasil Medico (Rio de Janeiro).

Granulosis rubra nasi, par A. Aleixo. *Brasil Medico*, 46e année, n° 5, janvier 1932, p. 97, 1 fig.

L'auteur a observé deux cas de *granulosis rubra nasi*.

Le premier se rapporte à un sujet de 15 ans, présentant depuis 6 ans de l'hyperhydrose nasale avec éruption papuleuse et refroidissement. Le malade est maigre et pâle, suspect de tuberculose et celle-ci est confirmée par l'examen clinique et par la cuti-réaction.

Un autre enfant, âgé de 11 ans, présente un état congestif cyanotique du nez avec papules miliaires, aspect granuleux et hyperhidrose considérable. Cette dernière a précédé de longtemps l'apparition de l'éruption. On ne trouve aucun signe de tuberculose chez lui ni dans ses antécédents. La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

J. MARGAROT.

Actas dermo-sifiliograficas (Madrid).

Sur l'influence favorable des érythrodermies légères sur l'évolution de la syphilis. A propos d'un cas clinique (Sobre la favorable influencia de las eritrodermias leves en la evolucion de la sifilis. Con motivo de un caso clinico), par MIGUEL FORNS CONTERA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 24e année, nº 8, mai 1932, p. 480.

Une malade ayant un chancre syphilitique avec adénopathie généralisée et céphalées nocturnes est traitée par le néosalvarsan et le bismuth.

Les réactions sérologiques pratiquées après deux injections de chacun de ces deux produits sont fortement positives (Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn, M. K. R., Ballungs' Reaktion).

Une nouvelle injection, faite le lendemain, détermine une érythrodermie occupant le tronc et les cuisses. Le traitement arsenical est suspendu. L'éruption décroît rapidement et disparaît en cinq jours.

On reprend le traitement. La malade reçoit 2 gr. 25 de néosalvarsan et 11 injections de bismuth. On pratique de nouvelles réactions sérologiques. Elles se montrent complètement négatives, à l'exception de la réaction de Kahn qui donne une très légère positivité dans un des tubes. M. F. C. voit dans ce fait un exemple frappant de l'action adjuvante des érythèmes au cours de la cure spécifique. Il y trouve un argument en faveur des érythèmes cutanés provoqués artificiellement au début de la syphilis par des bains de soleil, par les rayons ultra-violets, ou encore par de simples frictions de la peau.

J. MARGAROT.

Documents sur 32 cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë (Aportaciones sobre 32 casos de linfogranulomatosis inguinal subaguda), par EDUARDO DE GREGORIO. *Actas dermo-sifiliograficas*, 24e année, nº 8, mai 1932, p. 481.

Les auteurs ont observé 32 cas de maladie de Nicolas-Favre. Dans 26 d'entre eux les déterminations ganglionnaires ont été les premières manifestations notées. Le chancre lymphogranulomateux n'a été vu que chez 6 malades. Tous les sujets appartenaient au sexe masculin et se trouvaient en pleine période d'activité sexuelle. La sympfomatologie

est comparable à celle qui a été décrite par différents auteurs. Plusieurs fois les adénopathies ont rétrocédé sans suppurer, soit spontanément, soit après un léger traitement. D'autres cas, résistant à toutes les médications, ont eu une évolution torpide pendant 5 ou 6 mois jusqu'à complète guérison. La plupart des malades ont présenté des phénomènes généraux (fièvre, sueurs profuses, amaigrissement intense, état saburral des premières voies digestives, asthénie, arthralgies, etc.). Dans un cas on a vu un érythème noueux des jambes. Le pus des adénopathies renfermait des polynucléaires neutrophiles, des lymphocytes et de grands mononucléaires granuleux.

Dans 7 cas, la rate était augmentée de volume.

En dehors de la région inguinale on a noté l'existence d'adénopathies, principalement dans la région iliaque (12 cas sur 32).

E. de G. trouve une mononucléose moins élevée que celle qu'indiquent la plupart des auteurs et une lymphocytose plus importante. Le fait peut tenir à ce que ces auteurs comptent comme moyens mononucléaires des éléments considérés par E. de G. comme des lymphocytes. Les réactions sérologiques utilisées pour le diagnostic de la syphilis sont assez souvent positives. Pratiquées avec divers antigènes, elles sont en général dissociées et deviennent par la suite spontanément négatives. L'étude de l'allergie cutanée a été faite avec un grand soin en utilisant le Dmelcos et l'antigène de Frei.

Dix fois la réaction au Dmelcos a été positive. Il s'agissait de malades atteints d'une infection mixte ou ayant présenté antérieurement une chancrelle.

Chez tous, la réaction de Frei a été positive, mais avec des différences d'intensité suivant les antigènes employés.

Les mêmes intradermo-réactions ont été faites dans 49 cas de bubons chancrelleux et dans 22 cas d'adénopathie syphilitique primaire.

Dans les premiers, la réaction au Dmelcos a toujours été intense, et on a noté quelques réactions positives avec un antigène lymphogranulomateux.

Parmi les malades syphilitiques, E. de G. a obtenu avec l'antigène de Frei 4 réactions faiblement positives, 1 réaction positive et 3 réactions fortement positives.

Récemment, Nicolas-Favre et Lebœuf ont noté un état d'anergie résultant de l'association de la lymphogranulomatose avec le bacille de Ducrey ou le tréponème.

L'intradermo-réaction, négative au début, est devenue positive lorsque les malades ont été convenablement traités.

Les résultats de Grégorio ne concordent pas avec ces faits.

C'est ainsi que dans 2 cas de syphilis récente, les intradermo-réactions de Frei étaient fortement positives sans qu'il y ait association ni antécédents de lymphogranulomatose.

La même observation a été faite dans 3 cas de lymphogranulomatose

avec bubon chancrelleux. Les intradermo-réactions de Ito et de Frei étaient fortement positives.

L'auteur conclut que l'intradermo-réaction de Frei, bien étudiée et bien interprétée, a une grande valeur diagnostique.

Quand elle est fortement positive, on doit la considérer comme spécifique, mais il existe des réactions positives de moindre intensité d'interprétation difficile. Ce sont celles qui se présentent dans les syndromes ganglionnaires, syphilitiques et chancrelleux.

Ces dernières réactions positives peuvent être considérées comme coallergiques (en rapport avec une affection ganglionnaire pouvant être déterminée par des germes différents), ou répondre, étant donnée la spécificité de la réaction de Frei, à une infection mixte (existence d'une lymphogranulomatose larvée). On connaît en effet des adénopathies de Nicolas-Favre qui ne suppurent pas et régressent spontanément. Chez les malades de l'auteur présentant un bubon chancrelleux ou syphilitique avec réaction de Frei positive, l'analyse leucocytaire montre que les mononucléaires atteignent de 9 à 10 o/o. Cette formule hématologique diffère de celle des adénopathies chancrelleuses ou syphilitiques et se rapproche de celle de la lymphogranulomatose.

En faveur de l'existence d'infections larvées, on peut remarquer que beaucoup de prostituées ont une réaction de Frei positive sans antécédents ganglionnaires connus.

Des inoculations au cobaye avec le pus des adénopathies suppurées ont été faites, et ont donné des hyperplasies ganglionnaires avec des lésions identiques à celles de l'homme, mais moins marquées. L'animal est probablement moins sensible que l'espèce humaine à la maladie. L'évolution de cette lymphogranulomatose expérimentale se fait spontanément vers la guérison. J. MARGAROT.

Contribution à l'étude des formes anormales de la poïkilodermie réticulaire atrophique. La poïkilodermie réticulaire pigmentaire de la face de Civatte et les formes congénitales de la poïkilodermie atrophique (Contribution al estudio de las formas anormales de la poiquilodermia reticular atrofica. La poiquilodermia reticular pigmentaria de la cara de Civatte y las formas congenitas de poiquilodermia atrofica), par J. S. COVISA et J. GAY PRIETO. *Actas dermo-sifiliograficas*, 24e année, nº 8, mai 1932, p. 492, 8 fig.

On a englobé sous le nom de poïkilodermie réticulaire atrophique une multitude de faits cliniques différents, ayant comme caractère commun l'association d'une atrophie cutanée avec une certaine tendance à la disposition réticulée et avec des pigmentations et des télangiectasies.

L'auteur admet avec Oppenheim que les faits peuvent être répartis en quatre groupes principaux :

Le premier réunit les cas analogues à l'observation princeps de Petges et Clejat : bigarrures cutanées avec atrophie réticulaire, télan-

giectasies, pigmentation, lésions musculaires inflammatoires et irritatives avec troubles moteurs rappelant le parkinsonisme. A ces cas conviennent plus spécialement les dénominations de poïkilodermie myopathique (Nicolau) ou de poïkilodermatomyosite ou poïkilodermyosite (Petges).

Le second groupe renferme les cas analogues à la première observation de Jacobi (atrophie cutanée réticulaire pigmentaire avec télangiectasies, réalisant un aspect bigarré, disposée en placards extensifs, mal délimités, d'étiologie inconnue et sans relation avec d'autres dermatoses). Il s'agit, d'après l'auteur, de ce que l'on pourrait appeler la forme typique et normale de la poïkilodermie.

Le troisième groupe se rapporte aux cas primitivement décrits par Civatte sous le nom de poïkilodermie réticulaire pigmentaire de la face et du cou. L'absence de télangiectasies constitue un caractère clinique dominant. Les lésions se localisent de préférence sur les régions latérales du cou, atteignant ensuite la face et le tronc et, dans ces cas, peuvent devenir très intenses.

Dans un quatrième groupe, C. et P. rangent certaines atrophies cutanées congénitales impossibles à classer ailleurs, ayant parfois un caractère nævique. Par leur aspect clinique de combinaison d'atrophie, de pigmentation et de télangiectasies, elles rappellent beaucoup les cas de poïkilodermie du second groupe.

Le cinquième groupe, d'après les auteurs de l'article, ne devrait pas figurer dans le chapitre des poïkilodermies. Il comprend des cas très disparates. Le plus souvent, les lésions atrophiques d'aspect poïkilodermique sont la conséquence d'une autre dermatose qui les a précédées (lupus érythémateux, sclérodermie, mycosis fongoïde, dermite salvarsanique, mélanodermie, leucémie cutanée, etc.).

Les auteurs étudient plus spécialement le troisième et le quatrième groupes.

Ils apportent le premier cas de poïkilodermie réticulée pigmentaire de la face et du cou publié en Espagne sous cette dénomination. En réalité, d'autres l'ont été déjà sous le nom de mélanose de Riehl, car il faut admettre que cette dernière dermatose et la poïkilodermie réticulaire pigmentaire de Civatte répondent à une même affection malgré leur apparente différence étiologique. L'étude clinique et histologique ne permet aucun doute à cet égard. Il s'agit de simples variétés d'une seule maladie. Les auteurs se demandent ensuite quelles sont les relations de cette dermatose avec la poïkilodermie vasculaire atrophiante de Jacobi. Il lui manque un des symptômes essentiels de cette dernière affection : les télangiectasies. D'autre part, on trouve une pigmentation beaucoup plus accentuée, mais il existe des cas typiques de poïkilodermie que l'on pourrait classer dans les groupes 1 et 2 et dans lesquels les altérations cutanées présentent sur les coupes des lésions identiques à celles qu'a décrites Civatte.

Il serait peut-être un peu aventureux de confondre dans un cadre clinique commun les trois premiers types de la classification adoptée par Oppenheim. Il n'en est pas moins certain que de nombreux cas servent de faits de passage entre la poïkilodermyosite de Petges et les cas extrêmes de la dermatose décrite par Riehl et Civatte.

Les auteurs étudient ensuite les atrophies congénitales de la peau analogues à la poïkilodermie. Ils apportent l'observation d'un malade dont la peau entière présente une atrophie accentuée et légèrement squameuse. Sur la face existe en outre un léger état érythémateux diffus avec de fines et abondantes télangiectasies, surtout sur les ailes du nez et les joues. La peau, un peu dure et pâteuse au toucher, donne l'impression d'une plaque de sclérodermie. Les paupières inférieures sont un peu rétractées et les orifices narinaires et la bouche légèrement sténosés. Sur le cou existe une pigmentation réticulaire intense et une atrophie plus marquée que sur la face et le tronc. La peau du tronc présente un aspect franchement ichtyosiforme malgré l'atrophie. La peau des mains, des pieds, des coudes et des genoux est atrophiée, violacée, parcourue de petites télangiectasies. Les lésions en ces points rappellent un peu l'atrophie érythémateuse de Pick-Herxheimer.

Une biopsie montre un épiderme atrophique. La couche granuleuse manque. On note une hyperkératose intense. On trouve dans le derme une légère prolifération d'histiocytes. Les vaisseaux sont dilatés, entourés d'un manchon de lymphocytes. Les faisceaux conjonctifs en certains points se colorent mal, les fibres élastiques sont rares mais se rencontrent dans toutes les régions où elles existent normalement. Sur aucune des coupes on ne trouve de glandes sudoripares ou sébacées.
dermatologique. Il souligne ses points de contact avec l'érythrodermie ichtyosiforme congénitale atrophique d'Antoine, avec les formes atypiques d'ichtyose congénitale, avec l'atrophie érythémateuse d'Herxheimer. L'hypothèse d'une forme spéciale d'altérations nævіques (genodermies) peut être défendue. J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Les traitements internes en dermatologie (Los tratamientos internos en Dermatologia), par S. Noguer More. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, n° 80, mai 1932, p. 411.

L'auteur fait un bref exposé des notions fondamentales qui régissent la thérapeutique interne des dermatoses (conception de la peau comme un véritable organe, notions d'allergie, de synergies fonctionnelles endocrino-sympathiques, rôle prépondérant et peut-être exclusif de la peau dans certains cas d'immunité, etc.).

Il en déduit les différentes indications thérapeutiques. Au premier plan figurent les traitements pathologiques internes des affections bien déterminées (syphilis, mycoses, leishmaniose, lèpre, tuberculose, charbon, infections cutanées banales).

Dans de nombreux cas la thérapeutique peut être spécifique ou immunisante.

Le traitement des dermatopathies d'origine humorale et diathésique utilise surtout les connaissances tenant à la notion de l'allergie.

L'auteur termine en passant en revue les méthodes de désensibilisation spécifique et les techniques de désensibilisation non spécifique.

J. MARGAROT.

Anatomie pathologique d'un cas de mort par le néosalvarsan (Anatomia patologica de un caso de muerte por el neosalvarsan), par CARLOS CARDENAL. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, nº 80, mai 1932, p. 421.

Un malade, atteint de chancre syphilitique avec Wassermann positif, supporte bien une première injection de 30 centigrammes de néosalvarsan.

On en fait une seconde de 45 centigrammes. Le second jour apparaît une éruption scarlatiniforme avec température élevée, albuminurie. Le cinquième jour se produisent des convulsions toniques, de l'exagération des réflexes, de la dilatation pupillaire, de l'angoisse. Le sujet perd connaissance et meurt.

L'autopsie met en évidence une encéphalite séreuse typique.

Les lésions trouvées sont identiques, quoique un peu moins intenses, à celles qui ont été décrites par la plupart des auteurs.

J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Achromie parasitaire ; sa nature réelle et son étiologie (Achromia parasitaria ; its true nature and etiology), par PARDO-CASTELLO. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 5, mai 1932, p. 785.

L'achromie parasitaire n'est pas une entité définie consécutive à la présence d'un agent étiologique unique, mais un épiphénomène dans l'évolution d'un groupe d'épidermomycoses dans lesquelles le champignon pathogène trouble le processus normal de la pigmentation.

Les champignons pathogènes varient suivant les individus, les races, les conditions géographiques. Ce groupe de dermatomycoses comprend les cas décrits comme : achromie parasitaire à recrudescence estivale, des cas de *tinea flava* et de *tinea alba*, des cas d'achromie parasitaire et peut-être encore de nombreux cas impossibles à distinguer du *pityriasis versicolor*.

Le trouble de la pigmentation est dû à l'action directe du parasite et non au contraste de la peau abritée par rapport à celle qui est hyperpigmentée par les rayons ultra-violets. Les arguments invoqués par P.-C. sont les suivants : l'affection s'observe souvent chez des Nègres à peau très foncée sur lesquels les rayons ultra-violets n'ont que peu ou pas d'action ; elle existe souvent sur des parties couvertes telles que

la poitrine, l'abdomen, le dos ; elle peut dans certains cas persister pendant des mois et des années (8 ans dans un cas personnel) ; l'affection disparaît dans beaucoup de cas lorsque, dès son début, on applique des substances antiparasitaires fortes ; les lésions histologiques : absence ou diminution du pigment dans la couche basale, présence d'amas dispersés de pigment dans la couche papillaire et dans le derme, présence de groupes de chromatophores chargés de pigment, témoignent d'un trouble profond de la pigmentation.

D'autres processus inflammatoires de l'épiderme s'accompagnent quelquefois de taches dépigmentées : l'eczéma, les eczématides, l'impétigo, les streptococcies diverses ; on ne peut invoquer dans tous ces cas l'action des rayons ultra-violets et il faut admettre l'influence de l'inflammation elle-même. S. FERNET.

Etude chimiothérapeutique de l'acétarsone (Stovarsol) (Chemiotherapeutic studies of acetarsone), par RAIZISS et SEVERAC. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, n° 5, mai 1932, p 799.

L'acétarsone (stovarsol américain), préparé sous le contrôle du Laboratoire de recherches dermatologiques de Philadelphie, n'a pas la toxicité relativement élevée que les divers expérimentateurs ont assignée au stovarsol. S. FERNET.

La réaction de la peau et de ses sécrétions dans l'eczéma ; le pH de la surface cutanée dans l'eczéma (The reaction of the skin and its secretions in eczema. The hydrogen ion concentration of the skin surface in eczema), par LEVIN et SILVERS. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, n° 5, mai 1932, p. 825.

L. et S. ont étudié le *p*H de la surface de la peau dans l'eczéma. Au cours d'une revue bibliographique, ils rappellent tout d'abord que la surface de la peau normale est acide et que son *p*H varie entre 5 et 5,3. La couche basale de l'épiderme est plus acide que les couches superposées dont l'acidité décroît progressivement. Le *p*H de la sueur varie suivant les conditions de chaleur et de travail musculaire entre 5,73 et 6,4.

Le procédé le plus rapide et le plus exact pour évaluer le *p*H de la surface de la peau est réalisé par le potentiomètre au quinhydrone (mélange de quinone et d'hydroquinone) ; une électrode en or, placée dans une solution contenant une petite quantité de quinhydrone, acquiert un potentiel proportionnel à la concentration de la solution en ions H. Le *p*H de la surface de la peau dépend de l'intégrité de la couche cornée et des substances chimiques sécrétées par la peau. Lorsque la continuité de la couche cornée est altérée ou l'évaporation de la sueur gênée, la réaction de la surface de la peau est modifiée.

Dans l'eczéma, le *p*H de la surface de la peau est toujours modifié dans le sens de l'alcalinité : il est voisin de la neutralité. Dans les eczémas chroniques ou accompagnés de lichénification, la réaction de la surface est relativement le moins modifiée. Dans les érythroder-

mies, la réaction de la surface cutanée est franchement alcaline. Un cas d'érythrodermie a été amélioré par des applications d'une pommade acide dont le *p*H était de 4,1 ; cette amélioration a coïncidé avec un abaissement du *p*H de la surface de la peau.

La mesure du *p*H fournit des indications précieuses pour le traitement local rationnel. S. FERNET.

Poïkiloderma atrophicans vasculare Jacobi, par TAUSSIG. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 5, mai 1932, p. 883, 3 fig.

Revue générale à propos d'une observation personnelle. Très nombreuses indications bibliographiques. S. FERNET.

La spirochétose spontanée et la syphilis expérimentale du lapin (Spontaneous spirochetosis and experimental syphilis in rabbits), par FRIED et ORLOV. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, nº 5, mai 1932, p. 893, 5 fig.

Ayant eu l'occasion d'observer deux épidémies de spirochétose spontanée du lapin, F. et O. exposent les caractères de cette affection au point de vue du diagnostic différentiel avec la syphilis expérimentale.

Ils confirment l'identité morphologique du *Tr. cuniculi* et du tréponème pâle. Toutes leurs tentatives de cultures ont échoué. L'incubation de la spirochétose est de 3 à 4 semaines ; des incubations prolongées sont observées quelquefois comme dans la syphilis.

L'affection est surtout et le plus souvent exclusivement génitale et péri-anale ; il y a hyperémie, œdème, érosions superficielles douloureuses, croûtes, mais jamais d'induration.

La dissémination des lésions sous forme de papules verruqueuses peu inflammatoires n'a lieu que dans 14,7 o/o des cas. L'adénopathie inguinale est rare (9,3 o/o des cas) ; les ganglions sont plus petits, moins durs que ceux de la syphilis ; le *Tr. cuniculi* n'a pas pu y être décelé. L'orchite, signalée par divers auteurs, n'a jamais été observée.

La durée de l'affection est de 1 an ou plus avec tendance aux récidives. Sur 285 jeunes lapins de parents infectés, 5 seulement présentaient des lésions ; celles-ci semblaient résulter de contaminations postérieures à la naissance.

La transmission de la maladie par inoculation des organes d'animaux malades à des animaux sains, n'a pas pu être réalisée. L'affection ne confère pas l'immunité. Le liquide céphalo-rachidien reste normal. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Sachs-Georgi sont habituellement négatives.

La guérison n'est obtenue qu'avec des doses élevées d'Hg, de Bi ou d'As dont 0,06 centigrammes par kilogramme de poids sont nécessaires. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Le traitement du psoriasis par le régime (The dietary treatment of psoriasis), par SCHAMBERG. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVIII, n° 19, 7 mai 1932, p. 1633.

Depuis de nombreuses années déjà, S. insiste sur l'utilité du régime hypoazoté dans le psoriasis. Le trouble du métabolisme azoté n'est peut-être pas la cause du psoriasis, mais il l'accompagne constamment. Il faut supprimer la viande, le poisson, les œufs et faire maigrir les obèses. S. a constaté depuis des années qu'un régime ainsi compris suffisait à lui seul à décaper presque entièrement les psoriasis les plus invétérés ; il suffit ensuite de faire appliquer l'une des préparations classiques pour obtenir rapidement la guérison. S. FERNET.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Les réactions de Gouin et de d'Amato dans la syphilis héréditaire (The Gouin and d'Amato reactions in heredolues), par PENNACCHIETTI et RIZZATTI (de Turin). *The Urologic and Cutaneous Review*, avril 1932, p. 259.

La leucocyto-réaction de Gouin et la réaction de D'Amato, apparemment contradictoires, paraissent en réalité représenter deux phases successives du même phénomène. L'injection de Bi ou d'As, chez un syphilitique, est suivie d'abord d'une leucopénie, constatable une demi-heure après l'injection (réaction de D'Amato) puis d'une hyperleucocytose constatable deux heures après l'injection (réaction de Gouin).

P. et R. ont étudié la valeur de ces réactions dans la syphilis héréditaire. Ils déclarent qu'on ne peut affirmer la supériorité de l'une de ces réactions sur l'autre et que toutes les deux lui ont donné environ 48 o/o de réactions positives dans l'hérédo-syphilis. Ils considèrent donc que ces réactions sont trop inconstantes et trop incertaines pour pouvoir être utilisées pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis.

S. FERNET.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Pelades simultanées chez deux frères (Simultaneous alopecia areata in two brothers), par GOODMAN et ABEL. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, avril 1930, p. 198.

Observation de deux frères, couchant dans le même lit, et qui tous deux ont présenté des pelades à 15 jours d'intervalle. Guérison par des injections locales de chlorhydrate de pilocarpine.

S. FERNET.

Le pemphigus du type Senear-Usher (The Senear-Usher type of pemphigus), par INGRAM. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 523, mai 1932, p. 233.

Senear et Usher ont décrit en 1926 une forme anormale de pemphigus dans laquelle se trouvent associées des lésions de lupus érythémateux, d'eczématides et de pemphigus. I. cite une observation personnelle entrant dans ce cadre et donne un aperçu bibliographique.

S. FERNET.

Pityriasis rosea, par PERCIVAL. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 523, mai 1932, p. 241.

Revue générale très documentée comprenant 90 indications bibliographiques. S. FERNET.

The British Medical Journal (Londres).

La photothérapie dans l'érysipèle (Phototherapy in erysipelas), par DAVIDSON. *The British Medical Journal*, n° 724, 21 mai 1932, p. 929.

Les rayons ultra-violets constituent, de l'avis de D., le meilleur traitement des érysipèles, quelle qu'en soit la forme. Des séances quotidiennes de 5 minutes amènent une chute rapide de la température ; les récidives sont exceptionnelles. S. FERNET.

Il Dermosifilografo (Turin).

Transformation de nævi pigmentaires papulo-verruqueux en nævi achromiques plans, par G. SANNICANDRO. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 4, avril 1932, p. 169, 5 fig., bibliographie.

Description d'une étrange anomalie pigmentaire observée chez une jeune fille de 14 ans : apparition, autour de nævi pigmentaires papulo-verruqueux, d'un halo leucodermique ; involution complète de ces nævi parallèlement à l'extension centrifuge du halo leucodermique lui-même. Ce cas présente donc de grandes analogies avec la *leucodermie acquise centrifuge* de Sutton (1916) ou avec le *nævus leucopigmentaire* de Montpellier et Lacroix (1923). Revue générale des cas analogues rele-Montpellier et Lacroix (1923). Revue générale des cas analogues relevés dans la littérature. Ces cas ne doivent pas être interprétés comme un simple vitiligo péri-nævique car le halo achromique n'était pas entouré d'une zone d'hyperpigmentation, comme il est de règle dans le vitiligo.

S. pense plutôt qu'il s'agit de la transformation d'un nævus pigmentaire en nævus achromique, et, si le cas se rapproche de ceux qui ont été décrits par Sutton, il s'écarte cependant de la description de l'auteur américain par la disparition totale du nævus pigmentaire initial. Il s'agirait d'une sorte d'ataxie pigmentaire dont la cause reste obscure et dont ni l'anamnèse ni les caractères cliniques ne donnent l'explication. BELGODERE.

Trichophytie inflammatoire à localisation peu commune, par Giovanni BENETAZZO. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 4, avril 1932, p. 178, 1 fig.

Habituellement, les localisations trichophytiques de la région génito-crurale ne donnent lieu qu'à des lésions érythémato-squameuses, et, s'il se produit une réaction inflammaotire, elle ne va jamais au delà d'une simple infiltration très superficielle. Les formes de trichophytie à réaction inflammatoire intense s'observent plutôt au cou, à la tête et aux membres supérieurs.

L'auteur rapporte un cas intéressant parce qu'il fait exception à cette règle : lésions localisées à la région génito-crurale et offrant la topographie habituelle de l'érythrasma. Mais, sur la région envahie étaient disséminées des lésions infiltrées, nodulaires, situées de préférence autour des follicules pilaires. Ces nodules se ramollirent, devinrent pustuleux, et leur contenu s'évacua à l'extérieur ; des brûlures, des phénomènes douloureux accompagnaient ce processus inflammatoire aigu. Le parasite était le *Gypseum asteroides*. BELGODERE.

Sur un cas d'hypersensibilité au solarson, par Giacomo SERRA. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 4, avril 1932, p. 181, bibliographie.

Observation d'une malade qui, pour le traitement d'un psoriasis, fut soumise à une médication arsenicale, d'abord *per os*, au moyen de liqueur de Fowler, puis par des injections d'une spécialité arsenicale dite *Solarson*, qui est un heptin-chloro-arsinate mono-ammonique. On vit apparaître, au niveau de chacune de ces injections, des lésions nummulaires, érythémato-vésiculaires, à type eczématoïde, légèrement infiltrées et à surface légèrement desquamante.

L'auteur expose les diverses hypothèses qui pouvaient se présenter pour expliquer de semblables réactions, et conclut à leur nature allergique, à une intolérance spéciale de la malade pour le médicament utilisé.

Mais, il s'agissait de savoir si cette intolérance était localisée à la peau ou étendue à tout l'organisme, si elle représentait un état de sensibilisation ou un état idiosyncrasique. La discussion de ces différents problèmes permet à S. de conclure à une idiosyncrasie familiale (cuti-réaction positive chez la mère de la malade).

S. rappelle ensuite que les états d'hyperergie peuvent être ramenés à trois types différents : anaphylactiques, anaphylactoïdes, idiosyncrasiques ; et il rappelle les définitions données par Mariani de ces trois types de réactions allergiques et les hypothèses par lesquelles on a voulu en expliquer les caractères.

Il expose les différentes expériences qu'il a pratiquées : transport et Rajka, cuti-réactions avec liquide de Bulle, etc..., et ces expériences et Rajkaçuti, réactions avec liquide de bulle, etc..., et ces expériences le ramènent encore à la même conclusion : idiosyncrasie constitutionnelle de caractère familial.

Un autre point qui a été également discuté est celui de savoir si, dans ces réactions allergiques, les propriétés sensibilisantes ne devaient pas être attribuées seulement à l'un des composants de la substance

incriminée. Dans le cas de sa malade, les expériences pratiquées par S. lui permettent de conclure que l'allergène était représenté par tout le complexe moléculaire et non pas seulement par un de ses éléments.

BELGODERE.

Sur l'emploi du NaI dans le tabès et la paralysie progressive, par Luigi VERCELLINO. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 4, avril 1932, p. 195, bibliographie.

Divers auteurs ont montré que l'iode, dont l'action sur les accidents tertiaires de la syphilis est bien connue, était capable aussi de négativer la réaction de Bordet-Wassermann.

V. a pensé que les iodures, si on les employait par la voie intraveineuse, donneraient des résultats encore plus appréciables. Il a utilisé tout d'abord la technique de Clément Simon : injections intraveineuses de KI, mais il a dû vite y renoncer, à cause des réactions inflammatoires douloureuses de la paroi veineuse. Il a eu recours alors au NaI, qui a été au contraire fort bien toléré.

Une première série d'expériences fut pratiquée sur 37 syphilitiques de toutes catégories, qui reçurent ensemble 330 injections et dans cette première série, l'efficacité de la méthode sur la réaction de Bordet-Wassermann se trouva confirmée, et la négativation fréquemment obtenue.

Une seconde série d'expériences fut effectuée sur 7 malades atteints de tabès, paralysie générale et tabo-paralysie ; surtout dans le but de vérifier si le traitement ioduré apporterait quelque modification aux altérations du liquide céphalo-rachidien. L'injection était faite lentement, avec des doses de NaI dissoutes dans 50 à 100 centimètres cubes d'eau distillée et furent bien tolérées au point de vue local et général.

Les résultats ne furent pas mauvais au point de vue clinique, et on observa chez presque tous les malades des améliorations appréciables (diminution de la céphalée, de l'asthénie, des troubles mentaux, des douleurs, amélioration de la marche, etc...). Par contre, le traitement se montra tout à fait inactif sur les altérations du liquide céphalo-rachidien.

Du reste, V. fait remarquer qu'il est difficile de tirer des conclusions nettes de modifications du liquide céphalo-rachidien, attendu que celui-ci peut se modifier spontanément, en dehors de tout traitement, ainsi que l'a montré Sézary. Les améliorations cliniques suffisent à elles seules pour permettre de conclure à une certaine efficacité de la méthode ; en outre, il ne faut pas perdre de vue que les expériences ont été pratiquées sur des sujets en pleine évolution, atteints de lésions parenchymateuses, sur lesquelles on sait bien que le traitement n'exerce qu'une action des plus faibles.

Mais il en serait peut-être différemment si la méthode était appliquée tout à fait au début, à la période préclinique. BELGODERE.

Deux cas de favus de la peau glabre, par Gino Murero. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 4, avril 1932, p. 208, 3 fig., bibliographie.

Deux cas de favus du cuir chevelu, avec des localisations sur la peau glabre. Mais, parmi ces dernières, l'une d'elles d'un intérêt tout particulier : le bord ciliaire des paupières. Constatation du filament de l'*Achorion* dans les cils. Les lésions de la paupière avaient un caractère pityriasique desquamatif diffus ; on a déjà signalé la localisation du favus aux paupières, mais il y avait des godets. Leur absence, dans les deux cas étudiés, tient vraisemblablement à une localisation toute récente. Cette localisation aux paupières peut être favorisée par un état inflammatoire chronique, dont les paupières sont souvent le siège.

Belgodere.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Le tonus thermique cutané et le tableau thermique cutané dans les conditions normales et pathologiques, par Comel. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 2, avril 1932, p. 705, bibliographie.

Après une introduction où il expose des généralités sur le tonus thermique cutané et sur le tableau thermique, l'auteur étudie les méthodes d'examen de la température de la peau, et rapporte ses recherches personnelles.

Pour la mesure de la température cutanée en clinique dermatologique, c'est la méthode thermo-électrique qui convient le mieux, mais elle requiert certaines règles opportunes pour l'emploi des appareils et le traitement des sujets.

La méthode thermo-électrique de mesure de la température cutanée, rendue plus simple et rationnelle, se prête à des applications importantes dans l'étude de la peau malade : le modèle de l'appareil transportable et les couples thermo-électriques dermatologiques sont particulièrement commodes. L'étude des variations de la température cutanée, pratiquée dans diverses conditions normales et pathologiques, est susceptible d'apporter une contribution intéressante à la physio-pathologie de la circulation cutanée. En fonction de cette dernière, se produisent les variations du tonus thermique cutané, c'est-à-dire l'ensemble des variations vaso-motrices qui ont pour effet de régler la température de la peau. Ce tonus a un déterminisme principalement cutané, dont l'expression est le tableau thermique cutané, ou ensemble des températures des divers points cutanés. Le tableau thermique cutané peut subir des variations importantes dans diverses conditions physiologiques (stimulations cutanées diverses) ou pathologiques (modifications circulatoires et réactions inflammatoires par divers agents exogènes et endogènes). Ces variations peuvent être divisées essentiellement, selon leur extension, en totales ou générales, en partielles, et en locales.

Chacune de ces trois catégories de variations du tonus thermique

cutané se manifeste avec des caractéristiques diverses dans les différents cas, selon les facteurs qui les ont provoquées. Parmi les variations générales, on peut donner comme exemple celle qui est consécutive à une stimulation thermique intense et étendue de la superficie cutanée : alors, il se produit, entre certaines limites, une adaptation du tableau thermique cutané, par l'effet d'une augmentation non égale de la température de ses différents points, avec diminution consécutive des différences thermiques qui interviennent entre elles. Dans le cas de variations partielles du tableau thermique, on observe, au contraire, dans certaines conditions (par exemple dans l'acrocyanose), une augmentation de la différence entre la température cutanée moyenne du tronc et celle des membres. Les réactions inflammatoires locales cutanées sont accompagnées d'importantes augmentations thermiques locales. Celles-ci atteignent leur maximum d'intensité dans les zones qui sont manifestement intéressées par la réaction : mais ces variations thermiques s'étendent, avec des modalités diverses en rapport même avec l'évolution clinique, même à des zones limitrophes. Celles-ci entourent le foyer central de réaction, constituant autour de lui ce que l'on pourrait appeler « un halo de réaction latente ».

BELGODERE.

Variations de la température cutanée dans les réactions dermographiques, par COMEL et REDAELLI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 2, avril 1932, p. 727, bibliographie.

Les auteurs ont effectué des recherches dans le but d'éprouver les variations de la température cutanée dans la zone des réactions dermographiques. Chez différents sujets, ont été provoquées des dermographies planes simples, composées et élevées, en usant du dermographe de Comel. La température des différentes stries a été mesurée par la méthode thermo-électrique de Benedict, en faisant usage des couples thermo-électriques modifiés selon Comel (couples dermatologiques). Les conclusions que l'on peut tirer des recherches effectuées sont les suivantes :

a) Les réactions dermographiques sont accompagnées de réactions plus ou moins accentuées de la température cutanée. Celles-ci peuvent consister dans une diminution ou une augmentation thermique, dans la zone de la strie, par comparaison avec la température initiale. Les variations thermiques peuvent persister après que la réaction dermique s'est évanouie.

b) Il y a un rapport entre la variation de la température et l'intensité de l'excitation dermographique : la diminution s'observe dans des conditions de réactivité dermographique normale pour des excitations légères ou tout au plus dans la période initiale des réactions par excitation d'intensité moyenne. Les excitations intenses sont normalement suivies d'une augmentation de température pendant toute la durée de la réaction, et cette augmentation persiste après la disparition de la

réaction elle-même. Un comportement anormal (augmentation de la température pour des excitations légères et parfois diminution, dans une phase donnée de la réaction, pour des excitations intenses) s'observe chez des sujets qui présentent une réactivité dermographique « en plaques » et avec une réactivité vaso-constrictive élevée.

c) Il n'y a pas de rapport entre les variations de la température dans la zone de la réaction dermographique et la couleur des diverses stries. Dans les réactions composées de plusieurs stries (planes ou élevées) l'augmentation advient simultanément, soit dans la strie rouge centrale, soit dans la strie blanche latérale, soit dans la zone érythémateuse externe. Cette augmentation est passablement uniforme, ou bien il n'y a pas une diversité sensible et régulière dans les variations thermiques des diverses stries. Les faits constatés conduisent à admettre que, dans la plupart des réactions dermographiques (c'est-à-dire à l'exclusion de celles à stimulations légères), à côté de réactions capillaires, interviennent des réactions des artérioles, les premières exprimées essentiellement par la couleur des stries dermographiques, les secondes par les variations de leur température.

BELGODERE.

Sur l'angiokératome de Mibelli, par Francesco LISI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 2, avril 1932, p. 749, bibliographie.

L'auteur relate 5 cas typiques d'angiokératome de Mibelli, chez des sujets jeunes, dont 4 associés à une forme plus ou moins accentuée d'acrocyanose fonctionnelle.

L'examen général, mettant en relief une fréquente gracilité constitutionnelle des sujets, la donnée nouvelle de l'*habitus longiligne*, souvent à type asthénique, quelques signes d'évolution cardio-vasculaire incomplète et de disposition aux lésions dystrophiques des vaisseaux et des tissus mésenchymateux en général (varices, ptoses viscérales, tempérament lymphatico-asthénique) portait à admettre une faiblesse particulière, constitutionnelle, locale, tissurale, et circulatoire.

Du côté du système glandulaire endocrinien, il n'a pas été possible de mettre en évidence des particularités typiques endocrinopathiques, mais seulement de légers signes de dysergie endocrine complexe, d'arythmie neuro-endocrine (Pende) mal définissables en détail et difficiles à ramener, dans l'état actuel de nos connaissances, à un certain degré d'accentuation des variations individuelles biotypologiques.

L'exploration du tonus neuro-végétatif général, par l'étude des réflexes cutanés et viscéraux, des fonctions trophiques, thermiques, circulatoires, et des épreuves pharmaco-dynamiques, porterait plutôt à admettre un état complexe d'amphotonie chez ces sujets, ou un certain degré de dystonie vago-sympathique, dans lequel, parfois, on peut noter une très légère prédominance vagale et une légère hypotonie sympathique.

Au point de vue du tonus neuro-végétatif local des extrémités et de leur fonctionnalité vasale cutanée — étroitement liées entre elles — étudiées au moyen d'excitations variées, physiques (chaud et froid) chimiques (solution physiologique), pharmacodynamiques (adrénaline, pituitrine, caféine, histamine, morphine, acétylcholine), jusqu'alors d'une modalité d'action qui n'est pas encore bien établie, et d'interprétation complexe et non univoque, il semble qu'on puisse déduire la non-participation, ou une participation faible du système artériel local à l'acrocyanose et un état d'hypotonie capillaro-vénulaire.

La capillaroscopie, bien qu'elle ne démontre pas un type morphologico-fonctionnel particulier à la base de ce tableau complexe acrocyanotico-angiokératosique, cependant, par une certaine fréquence d'aspect tortueux, de congestion et de partielle dilatation de la portion veineuse de l'anse capillaire, et par l'étude des éléments angiectasiques tout à fait au début, porte à admettre pour origine de ceux-ci une dilatation circonscrite de la portion veineuse des capillaires des papilles, sans exclure que, dans quelques cas, la portion intermédiaire aussi soit le point de départ des mêmes altérations.

L'histologie, en confirmant le siège superficiel, papillaire, des ectasies capillaires circonscrites, met en outre en relief une participation, bien qu'inconstante, du réseau veineux sous-papillaire, sous la forme d'ectasies circonscrites, uniformes, et d'une légère sclérose des veines profondes. Elle porte à interpréter comme secondaires les ectasies du système lymphatique qui s'observent dans quelques cas, et à retenir le caractère contingent, d'association, et à mettre en rapport avec un terrain particulier, la possibilité de manifestations phlogistiques évidentes du derme et des vaisseaux, qui ont été décrites par quelques auteurs.

Pour toutes ces raisons, pour l'association fréquente bien connue avec des troubles circulatoires (cyanose) ou trophiques (engelures) locaux, auxquels l'auteur ne pense pas d'ailleurs que l'on puisse donner une valeur causale, et comme il n'est pas prouvé que la lésion puisse être classée dans le groupe de tuberculides, comme beaucoup l'ont soutenu, l'angiokératome de Mibelli serait à considérer, plutôt que comme un simple tableau nosologique, comme un syndrome propre à un type constitutionnel particulier, soumis à des influences étiopathogéniques complexes, le plus souvent de nature toxique (diathésique, endocrinienne, toxinique) caractérisée par une angiodystrophie capillaire dans la genèse de laquelle les traumatismes externes ont une influence indubitable.

Sur la base d'une telle conception générique, et des caractères cliniques parmi lesquels l'auteur met particulièrement en relief la possibilité d'une régression spontanée de la dermatose, et des critères capillaroscopiques et histologiques, apparaît justifiée la différenciation nosologique, mise en doute par certains, entre l'angiokératome de Mibelli et le tableau qui est désigné sous le nom d'angiokératome nævi-

forme ou type Fabry et aussi avec d'autres formes de soi-disant angiokératomes qui, par leur siège sur des portions distales de l'organisme (scrotum, langue, nez, oreilles) pourraient, au premier abord, être assimilées à la forme clinique de Mibelli. BELGODERE.

Contribution à l'étude du sarcome idiopathique multiple hémorragique de Kaposi, par Giacomo SANTORI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol LXXIII, fasc. 2, avril 1932, p. 782, 2 fig., bibliographie.

L'auteur décrit 4 cas de cette affection observée chez 4 hommes âgés. Il en fait une relation très détaillée, exposant les recherches méticuleuses pratiquées sur ces malades : examens du sang, réactions pharmacodynamiques, étude des capillaires par la capillaroscopie, examens histologiques, inoculations au cobaye, etc... Il en discute l'importance et la signification, confrontant les résultats qu'il a obtenus avec les diverses constatations enregistrées dans la littérature.

Quelles que soient les divergences que l'on peut relever entre les divers auteurs, il y a cependant une note commune : les différentes méthodes de recherche concordent pour établir que le sarcome de Kaposi est avant tout une affection due à une altération des vaisseaux capillaires. Pautrier et Diss considèrent cette maladie comme une dysgénésie des vaisseaux et de leurs annexes neuro-musculaires, la comparant à la maladie de Recklinghausen, qu'ils interprètent comme une dysgénésie des nerfs. Mais d'autres hypothèses ont été proposées : Mariani incrimine diverses affections vasculaires, telles que l'artériosclérose, les varices, la tendance aux hémorragies, l'alcoolisme chronique ; Nicolas et Favre estiment que la maladie de Kaposi est essentiellement une angiomatose de nature infectieuse.

Pour S., en se basant sur les altérations observées par l'étude des petits vaisseaux cutanés, dont il fait une description très étendue, et sur les rapports nombreux et étroits qui existent entre la maladie de Kaposi et l'appareil vasculaire, cette maladie (dont l'étiologie, pour le moment reste très obscure) apparaît et se développe, selon toute vraisemblance, sur la base d'un état de prédisposition particulière, congénitale ou acquise, des petits vaisseaux de tout l'organisme.

BELGODERE.

Sur un cas de dermatofibrome progressif récidivant de Darier à siège et à structure histopathologique peu communs, par PINETTI, *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 2, avril 1932, p. 811, 11 fig., bibliographie.

Cette affection, décrite pour la première fois par Darier, a tout d'abord été considérée comme très rare, mais cependant, P. a pu en réunir dans la littérature une quarantaine de cas.

Cliniquement : formation d'un nodule, ou d'une plaquette due à la confluence de petits nodules, puis formation d'une plaque fibreuse qui s'accroît lentement et sur laquelle apparaissent des boutons et des protubérances plus ou moins nombreuses et de volume variant d'un

pois à une orange. Le début peut remonter à la naissance ou à l'enfance, sous la forme d'un simple épaississement cutané, pour prendre très tard, vers 40 à 50 ans, l'aspect caractéristique. L'affection a les caractères d'une lésion locale bénigne, bien qu'elle puisse s'étendre par contiguïté ; elle présente cependant un caractère qui la rapproche des tumeurs malignes : la récidive presque constante après ablation chirurgicale.

Histologiquement : la néoplasie est constituée par un tissu conjonctif à type fibromateux, riche de substance collagène et relativement pauvre de cellules, qui alterne avec un tissu dont les caractères rappellent ceux du sarcome à cellules fusiformes.

L'auteur décrit un cas de cette affection qu'il a observé à la clinique de Cagliari, chez une femme de 35 ans. La tumeur était située à la face dorsale du pied (localisation très rare, la localisation la plus commune étant l'abdomen). Le début remontait à l'âge de 9 ans et il y avait eu plusieurs récidives à la suite d'ablations chirurgicales.

Ce cas différait des descriptions classiques par l'absence de plastron basal et par la structure histologique qui, sur certains points, était angiomateuse et angiomyxomateuse. BELGODERE.

Contribution à l'étude de l'urticaire par le froid. par PISACANE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 2, avril 1932, p. 821, bibliographie.

P. passe rapidement en revue les différentes formes de l'urticaire, dues aux aliments, aux médicaments, aux divers excitants chimiques, à des influences diverses : fatigue, émotions, chaleur, froid, etc...

Il distingue la forme spéciale dite urticaire factice ou dermographisme pomphoïde, dont le mécanisme permet d'entrevoir la pathogénie des différentes variétés. Cette pathogénie a donné lieu à des théories diverses : 1° altérations vasculaires ; 2° cause déterminante siégeant dans les tissus, avec participation du système vasculaire ; 3° cause uniquement tissulaire sans participation du système vasculaire ; 4° altération primitive agissant sur la perméabilité des vaisseaux, etc...

P. s'attache ensuite plus spécialement à l'étude de l'urticaire par le froid, dont il a pu observer et étudier 2 cas typiques et il en rapporte les observations. Dans ces 2 cas, les expériences effectuées démontrent que la poussée d'urticaire s'accompagnait d'une crise hémoclasique, et les épreuves pharmacodynamiques révélaient un état vagotonique.

Par diverses expériences, l'auteur démontre que l'urticaire factice ou dermographisme pomphoïde doit être rapproché des urticaires de cause externe, qu'il est de même nature que ceux qui sont dus à des excitants physiques, chimiques, etc..., et que le mécanisme en est identique.

L'auteur pense, d'après ces expériences, que les réactions cutanées dues à l'excitant physique « froid » sont tout à fait comparables aux

réactions cutanées par excitation mécanique, et peuvent être attribuées à la production locale, tissulaire, de substances que Lewis identifie à l'histamine.

Les phénomènes hématiques qui accompagnent ces réactions cutanées sont semblables à ceux que l'on obtient avec l'histamine et s'expliqueraient par l'introduction dans la circulation de substances analogues à l'histamine. BELGODERE.

Sur les conditions de développement des germes pathogènes sur les tissus morts, par Giovanni TRUFFI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 2, avril 1932, p. 839, Bibliographie.

L'auteur passe en revue les conditions qui règlent le développement des germes sur les tissus morts. Introduisant dans le péritoine de cobayes sains et de tritons des fragments d'organes d'animaux préalablement infectés avec l'*Achorion Quinckeanum*, et des fragments de moelle de sureau imprégnés du même champignon, il démontre que, tant que ces fragments demeurent dans la cavité, il n'y a aucune tendance au développement du parasite, alors qu'il suffit de les extérioriser pour voir se reproduire sur eux rapidement la colonie pure du champignon susmentionné.

Les expériences, répétées dans les conditions du pneumo-péritoine, aboutissent aux mêmes résultats.

L'auteur croit donc pouvoir conclure que la seule perte de vitalité d'un tissu ou d'un organe n'est pas par elle-même une condition suffisante pour en expliquer la transformation en véritables et propres terrains de culture, s'il n'intervient pas, en même temps, un ensemble de circonstances difficiles à identifier et qui ne se bornent pas seulement à des conditions d'aération et de température.

BELGODERE.

Les fractions protéiques du sérum dans les maladies cutanées et dans la syphilis, par P. CERUTTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilografia*, vol. LXXIII, fasc. 2, avril 1932, p. 858, Bibliographie.

Les recherches ont été effectuées sur 57 patients atteints de dermatoses variées et de syphilis primaire et secondaire. L'équilibre protéique du sang fut également étudié sur 9 individus parfaitement sains qui donnèrent les valeurs moyennes suivantes : protéines totales, 72,20 o/o ; albumine, 46,31 ; globuline, 25,89 ; rapport A/G : 1,78.

Chez un premier groupe de malades atteints de dermatoses diverses (sclérodermie, psoriasis, lichen ruber, érythème polymorphe), les données correspondent à la normale. Un cas d'urticaire montra un rapport A/G particulièrement bas (1,08) et un cas de *lupus excedens* de la face montra le même rapport légèrement abaissé.

Dans la pellagre, il y a diminution des protéines totales, qui reviennent à des valeurs normales en même temps que la dermatose s'améliore.

L'eczéma aigu diffus avec exsudation abondante et l'érythrodermie post-eczémateuse produisent en général une diminution assez marquée des protéines totales et un abaissement du rapport A/G. De tels phénomènes sont vraisemblablement dus à la gravité de la dermatose et à l'intensité de l'exsudation, de sorte que l'altération du rapport est due à une perte de l'albumine qui, plus facilement que les globulines, passe à travers les capillaires cutanés malades.

Dans le groupe des dermatoses bulleuses (pemphigus et dermatite herpétiforme de Dühring) les protéines totales sont diminuées parfois fortement, de même qu'est abaissé et parfois interverti le rapport A/G. Il est probable que de tels phénomènes sont en rapport avec l'état de maladie du tégument, et particulièrement de ses vaisseaux qui laissent transsuder le sérum et plus facilement les albumines que les globulines, ainsi qu'il a été dit déjà à propos de l'eczéma. Ce qui en fait foi, c'est l'altération de l'équilibre protéique plus grande en proportion de la gravité de la maladie, mais surtout de l'intensité des accidents bulleux.

Dans la lèpre on observe également très souvent un rapport A/G abaissé ou interverti, mais dans ce cas, les protéines totales, au lieu d'être diminuées sont le plus souvent augmentées ; ce n'est donc pas l'albumine qui diminue, mais bien la globuline qui augmente et le mécanisme de l'altération du rapport est par conséquent très différent de celui qui intervient dans l'eczéma et les dermatoses bulleuses. En outre, on constate une concordance assez régulière entre l'altération du rapport A/G et la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann et de la réaction de clarification de Meinicke : cela pourrait consolider l'hypothèse selon laquelle l'augmentation des globulines correspond à un processus de défense de l'organisme contre l'agent pathogène.

Dans la syphilis primaire et secondaire, on observe parfois une légère hausse des protéines totales. Le rapport A/G est contenu entre les limites normales ; deux fois seulement, au cours des recherches effectuées, il fut trouvé élevé (2,40 et 2,52). De telles constatations ne permettent de tirer aucune conclusion relativement à l'hypothèse d'une action des globulines en rapport avec le mécanisme de la positivité des réactions sérologiques. BELGODERE.

La seconde réaction de conglomération de Muller (M. B. R. II), par E. CHIALE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 2, avril 1932, p. 890, Bibliographie.

Sur plus de 3.000 sérums, dont 1.293 luétiques, a été effectuée la seconde réaction de conglomération de Müller (méthode fondamentale) en comparant à la réaction de Bordet-Wassermann et à la M. K. R. Après avoir exposé la technique de recherche, la littérature sur ce sujet, les résultats obtenus, l'auteur met en évidence les mérites de cette réaction qui s'est montrée simple, d'exécution rapide, facile à lire

et très sensible, même par comparaison avec la réaction de clarification de Meinicke : sa spécificité apparaît au contraire un peu inférieure à celle de la réaction de Bordet-Wassermann et de la M. K. R. Les pourcentages de positivité spécifique et aspécifique ont été respectivement : pour la réaction de Bordet-Wassermann, 61,4 et 1,5 (indice de sensibilité spécifique, 59,9) ; pour la M. K. R., 71,4 et 0,35 (71,5) ; pour la M. B. R., 72,8 et 2,2 (70,6).

L'auteur fait ressortir certaines particularités sur l'interprétation objective des résultats fournis par la réaction de conglomération et sur leur valeur clinique. Les trois épreuves ont leurs caractéristiques particulières : ainsi chacune d'elles concourt à rendre plus précise la recherche sérodiagnostique, en augmentant ses capacités de spécificité et de sensibilité.

Sur la leucocyto-réaction de Gouin dans la syphilis, par Filippo Castoldi. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, fasc. 2, avril 1932, p. 907, Bibliographie.

En se basant sur l'ensemble des faits sur lesquels est basée la réaction et sur ceux qui résultent de ses propres recherches, C. se croit autorisé à conclure :

1° L'injection intraveineuse de préparations mercurielles solubles, comme l'injection intramusculaire de préparations de Bi et d'arsénobenzol, provoque souvent chez les luétiques une leucocytose notable facilement constatable deux heures après l'injection.

2° La leucocyto-réaction, bien que souvent positive chez les luétiques, ne peut pas être considérée comme une expression spécifique de l'infection luétique, soit parce qu'elle ne se manifeste pas d'une manière constante chez tous les syphilitiques, soit parce qu'elle s'observe aussi chez des individus sûrement non syphilitiques.

3° La leucocyto-réaction présente une sensibilité notablement inférieure, aussi bien vis-à-vis de la réaction de Bordet-Wassermann que vis-à-vis de la M. T. R., se montrant souvent négative même chez les luétiques avec manifestations en activité.

4° La leucopénie consécutive à l'injection d'un remède déterminé n'est pas un critère suffisant pour juger de l'efficacité ou non d'une préparation antiluétique.

Partageant donc l'opinion déjà exprimée par de Blasio, Gregorio et Sierra, Swiatkiewicz et Varga, l'auteur ne croit pas que la leucocyto-réaction puisse constituer une réaction à caractère de spécificité, ni qu'elle puisse être considérée comme un moyen de recherche applicable au diagnostic de la syphilis et comparable aux épreuves communes de séro-diagnostic. Belgodere.

Acta Dermatologica (Kyoto).

Etude de la spirochétose expérimentale par inoculation sous-arachnoïdienne et de la perméabilité méningée dans la syphilis expérimentale par inoculation sous-arachnoïdienne chez le lapin, par Z. Ohya. *Acta Dermatologica*, t. XXXII, fasc. 1-2, 1932, p. 14 (édition internationale) (en français).

Conclusions : 1° Les anticorps hémolysine dans le sérum ne passent pas la barrière hémato-encéphalique chez les lapins syphilitiques.

2° Il y a une petite quantité d'hémolysine immunisée dans le liquide céphalo-rachidien du lapin syphilitique et du lapin témoin, malgré la présence d'un taux très élevé de ces anticorps antimouton hémolysine dans le sérum, après trois injections intraveineuses de globules rouges de mouton ; c'est-à-dire, il n'y a aucun changement de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalitique chez les lapins syphilitiques. Ch. Audry.

Sur la perméabilité méningée dans la syphilis expérimentale chez les lapins par inoculation par voie sous-arachnoïdienne (avec l'hémolysine immunisée), par Z. Ohya. *Acta Dermatologica*, t. XXXII, fasc. 1-2, 1932, p. 20 (édition internationale) (en français).

Conclusions : O. a montré qu'après injection intraveineuse d'émulsion salée de globules de mouton, et bien qu'il y ait un taux très élevé d'hémolysine dans la circulation générale, il n'y a pas sensiblement augmentation d'anticorps hémolytiques dans la cavité méningée du lapin syphilitique.

Si on injecte dans la cavité méningée de lapins syphilitiques et non syphilitiques des hématies de mouton, on constate que les anticorps hémolysine se produisent plus abondamment chez les syphilitiques que chez les autres. Et les anticorps hémolysine ainsi produits passent plus difficilement dans la circulation générale des lapins syphilitiques que chez les autres. Ch. Audry.

Vitesse de sédimentation sanguine dans la framboesie (Blutsenkungsgeschwindigkeit bei Framboesie), par H. Mizaizu *Acta Dermatologica*, t. XXXII, fasc. 1-2, 1932, p. 25 (édition internationale) (en allemand).

La vitesse de sédimentation des globules rouges est considérablement augmentée pendant la période précoce de la framboesie, mais non dans la période tardive. Ch. Audry.

Dermatite aiguë par la feuille d'Aongot (semicarpus venosa volkeus) (Fall von Dermatitis acuta durch « Aongot » Baum (semicarpus venosa volkeus)), par Iseki. *Acta Dermatologica*, t. XXXII, fasc. 1-2, 1932, p. 31, 3 fig. (en allemand).

C'est une anacardiasie qui cause une dermatite aiguë plus ou moins étendue, avec anorexie, insomnie, etc., chez les Indigènes des Iles Palau.

Cette dermatite ressemble beaucoup à celle causée par l'urushi, et est due probablement à une substance voisine de l'urushiol.

CH. AUDRY.

Sur l'érythème annulaire (Ueber das sog. annuläre Erythem), par ERIGUCHI et T. IMAKITA. *Acta Dermatologica*, t. XXXII, fasc. 1-2, 1932, p. 35 (5 fig.).

3 observations d'érythème annulaire multiple, débutant par des taches à progression excentrique. 2 fois sur 3, récidive. Siège : cou, poitrine, dos. Dans 1 cas, endocardite et sinusite ethmoïdale ; dans un autre, sciatique. Cuti-réaction faiblement positive dans 2 cas. Vagotonie ; éosinophilie légère dans 1 cas. Au microscope, infiltration péri-vasculaire, etc. Traitement par le calcium et les salicylates.

CH. AUDRY.

Un cas de pustule maligne (Ein Fall von Milzbrand), par S. TAKASABI. *Acta Dermatologica*, t. XXXII, fasc. 1-2, 1932, p. 37 (1 fig.).

Pustule maligne du menton d'origine inconnue (rasoir ?) chez un homme de 37 ans, heureusement traité par le salvarsan.

CH. AUDRY.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Les relations entre les nævi sébacés et l'épithélioma (Relations between nevus sebaceus and epithelioma) par L. SZODORAY. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 1, mars 1932, p. 1, 5 fig.

L'auteur apporte l'observation d'une tumeur exulcéreuse du crâne développée sur un nævus sébacé existant dès la naissance. L'examen histologique des parties centrales des masses tumorales montra la structure d'un *epithelioma adenoides cysticum*, et contenaient des amas de cellules sébacées. Ce cas confirme l'opinion que les nævi sébacés (type Balzer) augmentent la disposition à la formation des épithéliomas.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la cysticercose des méninges et de la peau (Ueber die meningeal-und Hautcysticerkose), par M. GRZYBOWSKI et B. STEPLEN. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 1, mars 1932, p. 6, 1 fig.

Observation d'un cas d'épilepsie jacksonienne apparu depuis 2 ans chez un homme de 55 ans. Éosinophilie du sang. Dans le liquide céphalo-rachidien la réaction de Nonne-Appelt fut positive, albumine 0 gr. 9 o/o, pléocytose 115 cellules par millimètre cube parmi lesquelles beaucoup de cellules éosinophiles. Sur le corps, de nombreux nodules sous-épidermiques, élastiques, mobiles sur les plans profonds. Ni douleurs, ni signes d'inflammation dans le voisinage. Vu toutes ces lésions, on posa le diagnostic de cysticercoce de la peau et du système nerveux central avec localisation probable dans le cerveau. L'examen histologique confirma le diagnostic, les nodules excisés contenaient des larves (*cysticercis*) de la *Tænia solium*. Cas rare et de diagnostic difficile. Bibliographie.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude des formes abortives des kératodermies gonococciques (Beitrag zur Kenntnis der Abortivformen der gonorrhoischen Keratodermien), par Armas Cederberg. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 1, mars 1932, p. 43, 4 fig

Bibliographie et observation d'un cas de la forme abortive de kératodermie gonococcique chez un homme de 23 ans, atteint d'une urétrite gonococcique non traitée. La kératodermie localisée sur le gland et les ongles n'occasionna aucune infection généralisée, c'est-à-dire ni arthrite, ni conjonctivite. Après la disparition des gonocoques des muqueuses, les lésions cutanées disparurent.

Olga Eliascheff.

Remarques sur l'histologie des cancers cutanés, par Charles Du-Bois. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIII, fasc. 1, mars 1932, p. 54, 13 fig.

La publication récente du Dr A. Nebel (de Lausanne) sur « Les cycles d'évolution des parasites du cancer humain » incite l'auteur à communiquer des faits qui ont été en partie exposés par lui (Société médicale de Genève, le 25 avril 1930).

En examinant les cancers cutanés au début de leur apparition, cancers fermés, l'attention de l'auteur fut attirée sur des éléments cellulaires nouveaux, des sphérules très régulières et de grandeur variable dans le stroma de plusieurs épithéliomas jeunes. Ces sphérules libres ou groupées par 3 ou 4 éléments, les unes plus grosses que des leucocytes, d'autres plus petites et même minuscules, paraissent maintenues dans une sorte de symétrie qui disparaît à mesure que les sphérules grandissent et se dispersent. Elles prennent les colorations basiques habituelles et fortement le Gram. Elles se trouvent en dehors des travées néoplasiques, parfois en plein foyer inflammatoire, mais aussi dans le tissu conjonctif sans réaction de voisinage. Ces éléments cellulaires figurés n'ont rien de commun avec les corpuscules de Aussel ou les sporozoaires de Bone. L'auteur les a classés provisoirement dans la catégorie des corps étrangers juxta-néoplasiques. Nebel donna des images absolument superposables à celles trouvées par l'auteur et provenant de différents cancers. Il les considère comme l'agent pathogène du cancer ; il les a pu cultiver et inoculer aux animaux de laboratoire, ce que prouverait leur spécificité. Pour Nebel, il existe dans les tumeurs malignes (cancer, sarcome) plusieurs espèces de parasites auxquels il donne le nom générique de « onkomyxa ». L'auteur, qui poursuit depuis quatre années ses recherches, n'y ajoute pour le moment aucun commentaire sur l'origine, la nature et le rôle des granulations que l'on trouve dans le stroma de certains cancers de la face.

Olga Eliascheff.

Ceska Dermatologie (Prague).

L'œdème lymphatique cutané, par Fr. Samberger. *Ceska Dermatologie*, 13e année, no 6, janvier 1932, pp. 282-284.

L'auteur distingue deux groupes d'œdèmes lymphatiques cutanés. L'un, la *lymphostase mécanique*, est causé par un obstacle mécanique dans l'appareil circulatoire de la lymphe. Dans ce cadre entrent tous les éléphantiasis, quelle que soit leur origine. L'autre groupe, la *lymphostase fonctionnelle* est dû à une parésie ou une paralysie des capillaires lymphatiques cutanés. L'insuffisance thyroïdienne, les troubles de l'innervation, les altérations des capillaires par des toxines, par des poisons, par la fatigue, en sont les causes les plus fréquentes.

La lymphostase fonctionnelle peut s'ajouter à une inflammation cutanée. Dans ce cas-là, il se produit un tableau clinique particulier, et l'affection en résultant diffère considérablement, au point de vue clinique et histologique, de l'inflammation simple. Cette affection, c'est pour S. la dermatite exfoliative de Wilson, qui a un double substratum anatomo-pathologique : l'inflammation et la lymphostase fonctionnelle.

Karel Gawalowski.

Maladie de Meige-Milroy, par Emil Petracek. *Ceska Dermatologie*, 13e année, no 6, janvier 1932, pp. 285-291.

Un garçon de 17 ans, dont la mère et la sœur souffrent de la même maladie, aux jambes, montre du trophœdème typique, de l'hypothyroïdisme, caractérisé par un métabolisme basal diminué de 27 o/o, et par la tolérance augmentée au glycose, par l'excitabilité abaissée du sympathique. La biopsie montre un épiderme normal, une hypertrophie des faisceaux conjonctifs et les vaisseaux lymphatiques élargis dans le derme. L'auteur suppose que l'hypertrophie du tissu conjonctif est due à la lymphostase fonctionnelle, chronique et modérée, dont la cause est l'insuffisance de la fonction thyroïdienne, primaire dans ce cas, secondaire peut-être dans d'autres cas, où une dysendocrinie pluriglandulaire en serait responsable. Dans la littérature, l'auteur retrouve quelques cas qui lui servent d'appui pour son hypothèse, liée étroitement aux idées de Samberger (voir l'analyse précédente).

Karel Gawalowski.

Quelques remarques théoriques sur le traitement des brûlures étendues, par Ian Kabelik. *Ceska Dermatologie*, 13e année, no 7, février 1932, pp. 313-316.

Du 1er au 5e jour environ, quand le tableau clinique des brûlures est dominé par l'intoxication générale — ce qu'on peut exprimer physico-chimiquement par le terme « dyscolloïdité du plasma sanguin » — il est indiqué de traiter par des préparations eucolloïdales, légèrement alcalines, contenant si possible des ions SH' et bien équilibrées quant à la tension osmotique. Le thiosulfate de soude à 10 o/o, appliqué par

la voie intraveineuse, répond à toutes ces conditions Il est bon d'ajouter de la glucose qui nourrit le muscle cardiaque et fortifie le foie. En même temps, on a soin de rendre au malade l'eau perdue. Par contre, le chlorure de sodium doit être défendu, parce qu'il pourrait fatiguer les reins altérés. Les méthodes de traitement local appliquées aujourd'hui, principalement SH' — (préparations « ichtoxyl ») et Mg'' — (préparations « polysan ») sont théoriquement très bien indiquées.

Dans la 2e phase, il est nécessaire d'empêcher la résorption des poisons provenant des tissus nécrotiques. Alors il est utile de joindre au traitement local du tanin, et d'essayer l'application intraveineuse de « Cuprumdevenan « (préparation contenant du cuivre lié au thiosulfate de soude), dont l'action favorable dans la septicémie est bien connue (Barnet, Trapl). KAREL GAWALOWSKI.

Sur la séro-réaction de la blennorragie, par Ian OBRTEL. *Ceska Dermatologie,* 13e année, no 7, février 1932, pp. 317-321.

Le pouvoir antigène de la plupart des vaccins gonococciques est très variable ; leur sensibilité est si faible, qu'il faut employer au moins 3 vaccins différents, pour découvrir tous les sérums en réalité positifs. L'auteur a essayé d'utiliser l'antigène gonococcique de Cohn (Inst. Koch, Berlin), fabriqué exclusivement pour l'usage sérologique. Cet antigène remplace bien les trois vaccins. KAREL GAWALOWSKI.

Quelques questions sur la pathogénie de l'eczéma. par Alfred PERUTZ. *Ceska Dermatologie,* 13e année, no 8, février 1932, pp. 329-344.

L'auteur distingue deux groupes d'eczémas professionnels : 1° les toxicodermies, où l'agent chimique provoque des lésions caractéristiques selon ses propriétés chimiques, physico-chimiques ou pharmacologiques ; 2° les allergodermies, où la réaction comporte, outre la réaction « spécifique » chimique ou physiologique, une réaction de caractère allergique. L'auteur a réussi à obtenir la transmission passive dans quelques allergodermies.

Pour la térébenthine, l'auteur a pu montrer que parmi les hydrocarbures, seuls ceux qui ne sont pas saturés, sont capables de provoquer une dermatite. Le métal agit d'une manière très complexe, car c'est par un ferment que son action sur la peau est déclanchée ; l'action de ce ferment peut être supprimée par la narcose locale. Enfin, l'influence du rapport sel/eau dans l'organisme eczémateux est démontrée par des expériences ayant porté sur l'urticaire provoqué par NaCl.
KAREL GAWALOWSKI.

L'influence de la glande thyroïde sur les alopécies du cuir chevelu, par Vlasta RIHOVA. *Ceska Dermatologie,* 13e année, no 8, 1932, pp. 345-347.

Communication d'une fiche généalogique de 5 générations où les alopécies thyréogènes prédominent dans le cadre des altérations de la glande thyroïde. L'arrière grand-père de la malade avait un goitre. Le

grand-père montrait une alopécie prématurée, sa sœur une alopécie diffuse et un goitre. Les 3 sœurs de la malade souffraient l'une du diabète, la 2e de diabète basedowien, la 3e d'un goitre. Les 4 frères, dont l'un était diabétique, sont atteints d'alopécie prématurée, ainsi que tous les fils de ces frères. La mère de la malade montre des signes de myxœdème avec alopécie diffuse. La malade elle-même présente de l'alopécie diffuse thyréogène, ses cousins de l'alopécie prématurée. Un autre cousin, fils de la sœur atteinte de goitre et de diabète, est un imbécile alopécique depuis sa 17e année. La sœur de la malade, atteinte de troubles ovariens, a fait 3 fausses couches. La malade a eu 2 enfants ; l'un est venu mort-né, l'autre est mort au bout de 3 semaines ; on a trouvé une thyréoplasie congénitale.

L'auteur explique l'influence constitutionnelle de la glande thyroïde altérée sur les cheveux d'une façon très intéressante. Dans l'alopécie diffuse des femmes, dans l'alopécie prématurée et dans l'alopécie séborrhéique (si l'on admet avec Brocq, que l'alopécie est coordonnée et non subordonnée à la séborrhée, opinion reprise nouvellement par Stein), on peut concevoir deux idées différentes sur l'influence des moments constitutionnels. L'une, que le nombre des régénérations possibles prédéterminées constitutionnellement est épuisé rapidement, si la fonction de la glande thyroïde est altérée. Mais, cette hypothèse n'explique que l'abréviation de la vie de chaque cheveu, sans considérer le fait que les cheveux repoussant sont toujours plus minces. L'auteur soutient alors l'autre opinion : il ne s'agit pas d'une consommation précipitée des matériaux donnés, mais d'un trouble des matériaux. La vitalité des cellules épithéliales étant diminuée à la suite des troubles thyroïdiens, il s'est produit une déchéance de l'appareil pilaire.

KAREL GAWALOWSKI.

Quelques expériences sur la vitalité des spermatozoïdes, par Josef HYNIE. *Ceska Dermatologie*, 13e année, n° 9, mars 1932, pp. 349-354.

En contrôlant la méthode anticonceptionnelle de Lewy-Lenz au vinaigre, l'auteur a recherché les conditions les plus favorables pour les spermatozoïdes. Il a trouvé qu'une solution de 4 gr. 3 de glucose et 0 gr. 2 de bicarbonate de soude dans 100 grammes d'eau distillée, ayant le *p*H de 8 environ, permet de maintenir la vitalité des spermatozoïdes à la température de la chambre. Et, sur 6 cobayes femelles fécondées artificiellement par les spermatozoïdes pris dans l'épididyme et mis dans cette solution, 4 femelles ont eu des petits.

KAREL GAWALOWSKI.

Erytheme exsudatif multiforme erythemato-vesiculeux recidivant neurogène, par Marie RUNTOVA. *Ceska Dermatologie*, 13e année, n° 9, mars 1932, pp. 354-362.

Chez un homme de 44 ans, l'érythème polymorphe apparut 4 fois, toujours après une grave émotion psychique. Très peu de temps après,

le malade éprouva des démangeaisons torturantes aux endroits où l'éruption éclata par la suite : la région sous-maxillaire droite, mains, moitié droite du scrotum et de la verge, et l'orifice de l'urèthre sont atteints. La constipation habituelle, dont souffre le malade, ne semble pas être la cause de l'éruption, mais un symptôme de plus d'un syndrome de troubles neuro-végétatifs. Le malade montre de l'acrocyanose, de l'hypothermie, de l'hyperhidrose ; le signe de Chvostek est positif, celui d'Oppenheim faiblement positif à droite ; la pression sur les nerfs provoque des douleurs. Tous ces symptômes dévoilent l'altération de l'équilibre neuro-végétatif dans le sens de la vagotonie.

KAREL GAWALOWSKI.

Chancre mou extragénital, par Milada BEZECNA. *Ceska Dermatologie,* 13e année, nº 10, avril 1932, pp. 365-369.

Rapport de 2 cas. Chez un homme de 20 ans, atteint d'un chancre mou de la verge, un nouveau chancre, dont le pus contient des bacilles de Ducrey, se développe sur le 2e doigt de la main droite. — Une blanchisseuse âgée de 24 ans, partageant la chambre de 8 (!) prostituées, dort dans leurs lits. Elle montre une ulcération typique avec des bacilles de Ducrey sur la peau du genou. En même temps elle est atteinte d'une syphilis floride maculo-papulo-condylomateuse, mais ni chez elle, ni chez l'homme qui lui a communiqué la syphilis, il n'y a trace de chancre mou. L'infection indirecte par le linge est donc très vraisemblable.

KAREL GAWALOWSKI.

L'influence des facteurs exogènes sur l'exanthème syphilitique, par F. FRENZL. *Ceska Dermatologie,* 13e année, nº 10, 1932, pp. 369-373.

Dans un cas d'exanthème syphilitique, les lésions sont aggravées sur les parties du corps brûlées par l'insolation. L'auteur cite dans la littérature des cas semblables et aussi des cas contraires, où différents agents physiques ou chimiques ont diminué et même effacé l'exanthème syphilitique. Il trouve l'explication de ces faits contradictoires dans cette supposition, que les doses minimes peuvent renforcer la vitalité de la peau et supprimer ainsi les manifestations morbides, tandis que les doses fortes, étant nuisibles, les aggravent par sommation des effets.

KAREL GAWALOWSKI.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE BIOLOGIQUE DES INTRADERMO-RÉACTIONS A LA STREPTOTOXINE

Par P. REYMOND,

Clinique dermatologique universitaire, Lausanne
(Dir. Prof. Dr Rameł)



INTRODUCTION

La pathologie du streptocoque a limité son domaine durant une longue période à certaines streptococcies bien définies au point de vue clinique et comprenant entre autre l'érysipèle, les lymphangites et les septicémies post-traumatiques et cryptogénétiques. La découverte du streptocoque causal de l'érysipèle par Fehleisen en 1888, puis les travaux de Koch et Petruschky démontrant la possibilité, pour un même streptocoque, de provoquer chez l'animal de laboratoire (lapin) toute la gamme des streptococcies cliniques : érysipèle, septicémie, péricardite, affirmaient en fait l'unité étiologique de ces streptococcies. Ces expériences en outre semblaient conférer au streptocoque une virulence aussi constante que spécifique. Cette opinion toutefois était prématurée et fut infirmée par de nombreux travaux ultérieurs. Ceux-ci, en effet, ont montré la très grande fréquence des streptocoques, non seulement dans le milieu extérieur, mais aussi dans les organismes humains indemnes de streptococcies avérées ou atteints tout au moins d'affections ne présentant avec le streptocoque aucune corrélation obligée de cause à effet. L'importance de ce parasitisme latent a été diversement appréciée en fonction des méthodes utilisées pour sa démonstration.

Remlinger dit avoir isolé le streptocoque huit fois sur cinquante examens de peau saine. Mais ce pourcentage, comparé à celui des recherches similaires, paraît très inférieur à la réalité : si l'on en

juge en particulier d'après le travail récent de P. Jordan, le parasitisme streptococcique tend à l'ubiquité. Grâce à la technique des cultures en bouillons-pipettes, innovée par Sabouraud, Jordan démontre la présence du streptocoque à la surface des téguments cliniquement sains chez 148 des 159 personnes examinées, soit une proportion de 98 o/o. Il démontre par là-même, une fois de plus, après Sabouraud, que la culture seule est incapable de démontrer l'origine streptococcique d'une lésion cutanée. Widal était déjà arrivé à une conclusion semblable après examen par la méthode des cultures de la salive de sujets atteints d'affections streptococciques telle que l'érysipèle et celle des sujets normaux ou présentant des maladies sans rapport étiologique avec la streptococcie. Chez les 36 sujets de son expérience, Widal a trouvé des streptocoques en abondance. Et ceux-ci éprouvés et par l'expérience *in vitro* et sur l'animal ne présentaient d'un cas à l'autre, aucun caractère constant de virulence ou de spécificité. On a longtemps considéré comme un dogme la proposition de Lingelsheim, pour lequel les streptocoques pathogènes d'origine humaine se distinguent par le fait de former dans les cultures en bouillons des chaînettes comprenant plus de huit éléments d'où leur nom de streptocoques longs par opposition aux saprophytes dont les chapelets comprenaient toujours un nombre inférieur à huit éléments. Mais la règle de Lingelshein n'a plus aujourd'hui la valeur absolue que lui attribuait son auteur.

Elle est d'autant moins probante que les streptocoques saprophytes humains peuvent subir des mutations imprévisibles les transformant en souche virulente. D'autre part, le caractère considéré jusqu'ici comme le témoin le plus certain de la virulence, la production d'hémolysines, n'est pas non plus, comme on l'a cru, une propriété spéciale aux streptocoques pathogènes pas plus que la façon dont ceux-ci se comportent à l'égard des animaux de laboratoire, la souris blanche et le lapin. Si bien qu'à l'heure actuelle, les méthodes bactériologiques pures, que ce soient la culture, la détermination *in vitro* des anticorps ou l'inoculation des animaux d'expérience, se révèlent impuissantes à donner la solution définitive des problèmes pathogéniques engendrés par le streptocoque. Et l'incertitude qui règne sur ce point apparaît en toute évidence dans le domaine de la dermatologie. De nombreuses dermatoses, en effet, différant entre elles et du point de vue morphologique et du point

de vue pathogénique ont été rapportées en tout ou parties à l'étiologie streptococcique. Or nous avons déjà vu plus haut combien la contingence du streptocoque sur le tégument normal rendait difficile l'interprétation pathogénique de ce même germe dans les lésions cutanées si diverses où on le rencontre. Seuls, l'impétigo de Tilbury-Fox et les streptococcies équivalentes, telles que l'ecthyma, sont considérées aujourd'hui, à juste titre, comme des infections cutanées streptococciques essentielles, au même titre que l'érysipèle. L'impétigo streptococcique en effet remplit les trois conditions exigées par Koch : non seulement le streptocoque est l'hôte constant des efflorescences primitives mais il est encore inoculable et reproduit l'image clinique de l'impétigo. Pour toutes les autres lésions cutanées où nous rencontrons le streptocoque, la loi de Koch est en défaut ; seule la présence constante et en abondance du germe incriminé constitue un argument de probabilité en faveur de l'étiologie streptococcique. Or, les dermatoses en question n'éveillent pas au point de vue clinique l'idée d'une infection cutanée, mais correspondent dans leur majorité au groupe de faits cliniques classés sous le nom d'eczéma. Les auteurs français distinguent en particulier : l'eczématisation, l'eczéma impétiginé et surtout l'intertrigo rétroauriculaire, considéré par Sabouraud comme le type de la streptococcie eczématiforme. En outre, il y a lieu d'englober dans cette classification les dermatoses figurées, dénommées eczématides par Darier, parakératose psoriasiforme par Brocq et auxquelles Gougerot réserve le nom significatif de dermo-épidermite streptococcique. Milian, d'autre part, attribue également aux streptocoques certaines dysidroses, or la dysidrose traduit en clinique le type vésiculeux le plus pur du syndrome « eczéma ». Toutes les lésions constituant ce premier groupe de faits présentent le caractère commun d'être eczématiformes, c'est-à-dire de présenter jusqu'à un certain point l'aspect morphologique de l'eczéma. Aussi, sont-elles à l'origine de la conception « microbienne » de l'eczéma dont Unna, au début de ce siècle, a défendu un des premiers l'idée. On sait que cette doctrine, tendant à faire de l'eczéma une infection de surface des téguments, provoquée par un germe spécifique unique, n'a plus cours aujourd'hui. L'eczéma, au contraire nous apparaît de nos jours comme une réaction cutanée, traduisant une réaction du type allergique, dont le dernier Congrès international de

Copenhague a consacré toute la valeur. A la lumière de cette doctrine, développée récemment par Darier (*Presse Médicale* du 10 décembre 1929) l'eczéma n'est que l'expression clinique d'une interréaction entre un antigène déterminé et ses anticorps spécifiques. Il s'agit, à vrai dire, d'une modalité spéciale, en l'occurrence de l'allergie, dont les anticorps, dans le cas de l'eczéma, sont fixés au tégument et manifestent leur contact avec l'antigène spécifique, au point de vue anatomo-clinique, par la formation de vésicules et de l'état spongoïde correspondant. Or ces caractères morphologiques qui constituent l'essence même de l'eczéma, ne sont point ceux d'une infection de surface et paraissent d'autant mieux infirmer la doctrine microbienne émise par Unna que le contenu des vésicules eczémateuses, non encore ouvertes, dans les eczémas dits diathésiques, eczémas par excellence, se révèle parfaitement stérile à l'examen bactériologique. Aussi, Jadassohn, dans son rapport au Congrès de Copenhague, n'hésite-t-il pas à séparer de l'eczéma vrai les pyodermites eczématoïdes. Cet auteur attribue, et avec lui la majorité des dermatologues, aux microbes banaux, tels que les staphylocoques et les streptocoques trouvés sur les placards eczémateux, le rôle d'un simple parasitisme ou d'une simple infection secondaire sans corrélation directe avec les processus eczémateux proprement dit. Ainsi s'explique-t-il la genèse des eczémas dits « impétiginés ». De même Scholtz, qui s'est beaucoup occupé de la doctrine microbienne de l'eczéma, considère celle-ci comme désuète et refuse également aux pyocoques de la peau toute action directe dans l'étiologie de l'eczéma. Cette opinion toutefois, pour plausible qu'elle puisse paraître, est trop exclusive et doit être modifiée en suite des récents travaux de Ravaut et de Ramel sur les dermatoses oïdiomycosiques. Ces travaux démontrent en effet qu'il est possible de concevoir un eczéma d'origine microbienne sans sacrifier pour cela la doctrine allergique, dont s'inspire actuellement — et avec raison — la conception pathogénique de l'eczéma. En effet, pour qu'un eczéma puisse être considéré à l'heure actuelle comme microbien, il faut et il suffit, par définition, qu'un antigène d'origine microbienne ait des propriétés eczématogènes, c'est-à-dire puisse reproduire, à l'exclusion de tout traumatisme sur la peau saine, une réaction eczémateuse locale se manifestant du point de vue histologique par un état spongoïde et du point de vue clinique par la

vésicule eczémateuse typique. C'est ce que Ramel a démontré récemment en reproduisant chez des sujets sensibilisés aux oïdiomycètes, le véritable eczéma papulo-vésiculeux par application de la méthode des tests eczématogènes (Jadassohn, Bloch, Jæger) au moyen de cultures tuées d'oïdiomycètes. Ravaut, de son côté, a noté la transformation des cutiréactions positives à la levurine en eczématides. On conçoit dès lors l'intérêt des études biologiques tendant à établir le rôle joué par des microbes tels que le streptocoque, dont la présence à la surface cutanée est si fréquente qu'elle en devient synonyme d'ubiquité (Jordan).

Les méthodes biologiques, les cutiréactions spécifiques en particulier, devraient pouvoir nous indiquer jusqu'à quel point le streptocoque peut être considéré comme un simple saprophyte dans les processus cutanés, où sa présence n'implique point *a priori* un rôle étiologique. Tel est le but que nous nous sommes proposé d'atteindre, en recherchant systématiquement chez 395 malades atteints d'affections cutanées diverses, l'état de leur réactivité cutanée à l'égard de l'endotoxine streptococcique (antivirus streptococcique). Nous nous sommes adressés d'une part à des patients atteints d'affections streptococciques primitives, que celles-ci soient à point de départ cutané (impétigo, érysipèle, lymphangite) ou profond (thrombo-phlébite, sepsis). Ce groupe forme naturellement le premier terme d'une comparaison. Dans un second groupe, nous avons rangé les sujets de contrôle, indemnes au point de vue clinique de toute lésion cutanée et dont nous devrions attendre *a priori* une cutiréaction négative à la toxine streptococcique. Un troisième groupe, plus disparate, comprend les lésions bien définies et dans lesquelles le streptocoque ne jouant sûrement aucun rôle de détermination directe, ne constitue qu'un germe surajouté. Telles sont les plaies de toute nature et en particulier les ulcères de jambe, d'autres dermatoses cliniquement bien définies et d'étiologie discutée, telles que les érythèmes noueux et polymorphes, les acnés juvéniles, etc. Enfin, dans un dernier groupe, nous avons classé les syndromes cutanés de nature eczémateuse, relevant d'une sensibilisation allergique. Ce groupe comprend non seulement les eczémas vrais, mais encore les eczématides ou parakératoses psoriasiformes dont les relations avec l'eczéma ont été si longtemps discutées. Celles-ci méritent d'autant plus de retenir notre attention que les

travaux récents de Ravaut paraissent les assimiler, sinon les superposer aux eczémas « microbiens » au sens défini par Ramel. Nous nous sommes demandé tout spécialement, au cours de cette étude, quelle serait la réactivité cutanée des malades atteints d'eczémas et d'eczématides à l'égard de la toxine streptococcique ; nous avons recherché ensuite si dans les cas positifs la réaction locale influencerait le cours de la dermatose eczémateuse et s'il était possible de reproduire non seulement par l'intradermo-réaction, mais encore par l'application de tests eczématogènes à la toxine streptococcique, un eczéma vrai. Cette étude nous paraissait d'autant plus indiquée que le rôle joué par le streptocoque dans les dermatoses du type de l'eczéma a été l'objet jusqu'ici de plusieurs travaux dont les conclusions, comme on le verra, sont loin d'être concordantes : un des premiers, Walter a pratiqué systématiquement l'injection intradermique du vaccin streptococcique dans les dermatoses. Cet auteur a eu recours aux toxines streptococciques et staphylococciques ainsi qu'au vaccin de Delbet. Ces recherches lui ont montré qu'il existait une allergie cutanée spécifique non seulement dans les cas d'impétigos et de dermo-épidermites, de furonculose et de sycosis, mais aussi dans la dermatite de Dühring ainsi que dans de nombreux cas de lupus érythémateux. En revanche, il déclare n'avoir jamais observé, dans les mêmes conditions, des réactions positives chez les malades atteints d'eczéma. A propos de cette conception, Rajka conclut, sur la foi d'intradermo-réactions pratiquées au moyen des autovaccins microbiens, que les germes pathogènes peuvent déclancher, en dépit de leur rôle secondaire de surinfection, un phénomène allergique chez les eczémateux et que leur importance est certaine dans l'évolution, sinon dans la détermination primitive de l'eczéma. Hudelo, Chêne et S. Sigwald ont également constaté le caractère positif d'intradermo-réactions aux vaccins streptococciques et staphylococciques au cours des épidermites microbiennes eczématiformes du type décrit par Sabouraud sous le nom d'épidermo-épidermites streptotoxiques. Ces auteurs tirent ces arguments du résultat positif des intradermo-réactions pour admettre la participation microbienne au processus évolutif de ces éruptions. Enfin, dans une publication récente (5 mai 1930) Ravaut, Rabeau et Longhin ont rapporté l'observation d'une malade atteinte de dermite eczématiforme suintante du cuir chevelu présentant en

outre des lésions semblables localisées dans l'aisselle gauche, l'ombilic et le pli interfessier. Il s'agissait d'une malade de 36 ans dont les lésions primitives duraient, par intermittence, depuis plus de dix ans, lorsque les plaques d'eczématides et de parakératose sèche apparurent sur la surface antérieure du thorax et sur la région interscapulaire. L'examen bactériologique des lésions montrait une flore microbienne abondante et variée au niveau des lésions intertrigineuses contrastant avec l'état presque stérile des eczématides. Une intradermo-réaction pratiquée avec un antigène streptococcique donna une réaction très fortement positive sous forme d'un grand placard ovalaire mesurant 4 sur 6 centimètres, rouge violacé, hémorragique et centré par un gros nodule. Cette réaction a persisté pendant cinq jours consécutifs, s'accompagnant le soir de l'injection, d'un état fébrile et d'une réaction locale très nette au niveau des lésions cutanées préexistantes. Quelques jours après l'injection, les plaques d'eczématide avaient diminué spontanément, sans que le moindre traitement local ait été mis en œuvre. Des intradermo-réactions à la streptotoxine répétées à titre thérapeutique durant les semaines consécutives, ont donné des résultats positifs, mais de plus en plus discrets. Les auteurs, s'appuyant sur l'intensité de l'intradermo-réaction à la streptotoxine, sur la constatation d'une réaction de foyer et d'une réaction générale, attribuent un rôle pathogénique aux streptocoques constatés dans les foyers intertrigineux et voient dans les eczématides apparues spontanément chez leur malade, des lésions secondes, relevant d'une sensibilisation allergique. Ils affirment, par là-même, la nature microbienne des eczématides et montrent qu'elles peuvent relever aussi bien des toxines streptococciques que des levures. Ces auteurs étayent leur conception d'une seconde observation presque superposable à la première. Ils confirment ainsi l'opinion clinique de Milian, qui, sur la foi des observations cliniques, attribue aux streptocoques, depuis plusieurs années, la pathogénèse des parakératoses diffuses ou en plaques, ainsi que certaines dysidroses infectieuses. Dans le temps même où Ravaut et ses collaborateurs présentaient leurs premières observations de streptococcides eczématiformes, Lortat-Jacob et Bidault rapportaient des faits similaires étudiés dans les mêmes conditions biologiques, démontrant la nature streptotoxique d'eczématides apparues à la suite d'un foyer

primitif d'intertrigo rétroarticulaire riche en streptocoques. Lortat-Jacob donne à ces eczématides le nom de *dermanaphylatrose*, pour désigner ces lésions secondes sous la dépendance d'un foyer primitif infectieux. Jausion, Cot et Sohier acceptent également la nature microbienne des eczémas séborrhéiques et des parakératoses psoriasiformes dont ils expliquent le mécanisme par une sensibilisation allergique aux toxines microbiennes. Ils motivent leur conception par l'effet thérapeutique favorable sur ces lésions au moyen de leur claso-vaccin, déchets dérivés des pyocoques constatés à la surface des lésions cutanées eczématiformes.

Comme on le voit, les résultats donnés par les cutiréactions à la toxine streptococcique sont contradictoires et leur divergence apparaît surtout profonde dans la question si importante de l' « eczéma microbien ». Car les conclusions de Walter d'une part, de Ravaut et de Lortat-Jacob de l'autre, s'excluent totalement. Il est d'autant plus difficile, en effet, de tirer des conclusions fermes de cutiréactions positives à la toxine streptococcique que celles-ci traduisent simplement une sensibilisation de l'organisme à la toxine streptococcique et ne permettent pas d'affirmer le caractère streptotoxique direct des eczématides, tant que l'on n'aura pas reproduit la lésion eczémateuse par simple application cutanée directe non traumatique de la streptotoxine, on ne pourra pas admettre comme prouvée la nature streptococcique d'un eczéma. C'est là, en effet, le critérium absolu qui permet de démontrer de façon irréfutable le caractère eczématogène d'un antigène microbien (Ramel). En outre, d'autres dermatoses, indépendantes de l'eczéma, le pityriasis rosé de Gibert, entre autre, font preuve d'une sensibilisation à la toxine streptococcique, ainsi que le démontrent les recherches de Périn. Cet auteur a pratiqué l'intradermo-réaction au vaccin streptococcique chez vingt malades atteints de cette affection et n'a observé chez aucun de résultats négatifs. Les réactions, toutes positives, se sont manifestées sous la forme d'un placard érythémateux, rouge ou rose uniforme, des dimensions d'une pièce de 20 centimes dans le cas de réactions faiblement positives et sous la forme d'un placard franchement inflammatoire du diamètre égal ou supérieur à celui d'une pièce de 5 francs dans le cas de réactions fortement positives. Un cas même, particulièrement intense, a été marqué par un soulèvement bulleux au centre du placard. Les réactions se

sont montrées positives d'emblée dans la plupart des cas, mais dans quelques-uns, l'intradermo-réaction, négative lors d'une première injection, n'est devenue positive qu'au cours d'injections ultérieures.

TECHNIQUE DE L'INTRADERMO-RÉACTION A LA STREPTOTOXINE

Pour estimer et mettre en évidence la réactivité de la peau humaine vis-à-vis du streptocoque pathogène, nous avons choisi comme antigène l'antivirus streptococcique préparé selon la méthode de Besredka (1) et ne contenant en suspension aucun corps microbien. Cet antivirus streptococcique, que nous dénommerons pour plus de commodité au cours de notre exposé sous le terme de streptotoxine, est un bouillon-vaccin filtré, obtenu par ensemencement de streptocoques hémolytiques et non hémolytiques sur bouillon (2). Cette culture, conservée à l'étuve pendant huit à dix jours, est filtrée sur bougie de porcelaine et stérilisée. Le filtrat, ainsi obtenu, contient les produits d'échange entre le bouillon et les streptocoques et constitue en fait un antigène. Sa conservation est illimitée en ampoules scellées. Ce produit s'est montré supérieur par ses résultats aux autres antigènes de notre expérience, tels que la toxine de Dick et le streptoyatren (3).

Méthode d'injection et dose d'antivirus utilisée.

La méthode des inoculations que nous avons adoptée consiste en premier lieu à saisir le bras droit en son milieu, à pleine main et de maintenir ainsi la peau de la face interne de cette région tendue : on y introduit alors l'aiguille exactement sous l'épiderme, en évi-

(1) Préparé selon la méthode de Besredka par la « Biothérapie Paris », S. A. Paris.

(2) C'est un bouillon de viande de bœuf mélangé à parties égales avec du bouillon Martin. Il est glucosé dans la proportion de 1 o/oo. Son pH est de 7,5.

(3) Nous pouvons, en effet, déclarer maintenant que ces derniers produits ne présentent pas au point de vue intradermo-réaction une valeur aussi bonne que l'antivirus streptococcique de Besredka.

tant de pénétrer dans l'espace cellulaire sous-cutané. Si, par inadvertance, l'aiguille pénètre plus profondément que le derme, la réaction est faussée ; celle-ci présente alors une intensité plus faible, mais, par contre, elle est plus étendue, par diffusion de l'antivirus streptococcique dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'aiguille est donc introduite horizontalement de quatre à cinq millimètres sous l'épiderme, parallèlement à la surface de celui-ci, de telle manière qu'on puisse apercevoir son trajet par transparence. L'injection est poussée de façon à provoquer une petite boule d'œdème blanc, des dimensions d'une papule plane surélevée, arrondie, de 8 millimètres de diamètre en moyenne. Au moment de l'inoculation, le malade ressent une légère douleur et, 10 à 20 minutes plus tard, il y a apparition d'un halo rouge rose réactionnel, dû uniquement au traumatisme provoqué par l'aiguille et à l'introduction dans l'organisme d'une substance étrangère à la peau. Cette réaction n'a rien à voir avec l'intradermo-réaction dont nous nous occupons.

Chez tous les malades examinés, nous avons injecté en moyenne 0,2 centimètre cube d'antivirus streptococcique. Nous avons utilisé à cet effet une seringne de 2 centimètres cubes et une très fine aiguille, à biseau long, permettant de pénétrer facilement sous l'épiderme. Pour être certain que la réaction ne soit pas influencée d'une façon défavorable par des facteurs secondaires, nous avons pris la précaution de laisser séjourner les aiguilles et les seringues dans de l'alcool absolu, et avant d'en faire usage de les stériliser en les maintenant immergées 5 à 10 minutes dans de l'eau bouillante. Le lieu choisi pour pratiquer l'intradermo-réaction a été nettoyé au préalable à l'aide d'un tampon de coton imbibé d'alcool. L'antivirus streptococcique de Besredka a été utilisé sans dilution, c'est-à-dire tel qu'il nous a été fourni par l'Institut Sérothérapique et vaccinal suisse de Berne. Pour faciliter l'emploi, nous l'avons réparti dans des ampoules scellées de 1 centimètre cube.

Témoins.

Avant d'enregistrer les signes objectifs des intradermo-réactions réalisées par l'antivirus streptococcique, il fallait s'assurer que ceux-ci pouvaient être le fait de facteurs non spécifiques. On pouvait en effet se demander si l'introduction brusque dans le derme

d'un corps étranger, constitué dans le cas de notre antivirus par le bouillon de culture, véhicule de l'antivirus, n'était pas susceptible de provoquer en soi une cutiréaction positive. A cet effet, et à titre de contrôle, nous nous sommes servi en premier lieu — au début de nos recherches — d'eau physiologique stérile. Celle-ci fut injectée à la même dose que l'antivirus streptococcique, soit 0,2 centimètre cube et à la même hauteur sur le bras gauche que l'antivirus sur le bras droit. Cette méthode de contrôle nous a parfois donné des réactions douteuses, très fugitives. Pour nous placer dans les conditions de comparaison les meilleures, nous avons substitué à l'eau physiologique, le véhicule lui-même de l'antivirus, soit le bouillon de culture neuf et stérile. Cette méthode s'est constamment montrée fidèle et ne s'est dans aucun cas montrée positive, en dehors de la réaction traumatique primaire.

Aspect de la réaction et évolution de celle-ci.

L'évolution chronologique de l'intradermo-réaction positive comporte trois phases. Tout d'abord, on remarque l'apparition dans les 5 à 15 minutes consécutives à l'inoculation, d'un halo rouge rosé, plus ou moins nettement dessiné correspondant par son intensité à la valeur I de l'échelle d'appréciation que nous avons établie plus bas. Cette réaction ne manque pour ainsi dire jamais. Tous nos malades l'ont présentée, même les individus qui se sont trouvés négatifs 24 heures après l'injection. Pour cette raison, nous n'avons pas tenu compte de cet érythème réactionnel, celui-ci étant d'ordre inflammatoire, traumatique, provoqué par l'introduction dans le derme d'un corps étranger : bouillon de culture neuf et stérile, eau physiologique stérile, etc. Cette réaction disparaît peu à peu pour devenir nulle au bout de 12 à 24 heures dans le cas de témoins ou des malades ne présentant pas de sensibilité cutanée spéciale vis-à-vis du streptocoque pathogène. Dans les réactions positives, cette rougeur fait place dans les 24 heures à l'érythème réactionnel véritable, d'intensité variable. L'érythème définitif subsiste pendant 2 à 3 jours, rarement au delà, puis il s'évanouit graduellement pour être remplacé par une légère teinte brun violacé, accompagnée dans la plupart des cas, en particulier chez les eczémateux, d'une fine desquamation furfuracée, pityriasiforme ou pou-

dreuse, siégeant exactement sur l'emplacement de la réaction éteinte. Au delà d'une semaine, on peut encore constater parfois la présence d'une pigmentation brune, plus ou moins nette selon que la réaction s'est manifestée plus ou moins intensément. La desquamation, elle aussi, peut subsister pendant quelques jours. Chez quelques rares sujets, principalement les eczémateux, on peut constater l'établissement d'une eczématisation, d'une lichénification locale nettement marquée : la peau est dans ces cas sèche, rugueuse et présente une exagération notable du quadrillé normal de l'épiderme.

Dans quelques cas seulement, nous avons vu apparaître une vésiculation au centre de la zone réactionnelle, semblable à celle survenant sur le territoire des intradermo-réactions pratiquées avec la trychophytine dans les cas de sycosis parasitaires. En outre, dans les deux cas concernant des eczémateux, nous avons constaté des réactions de foyer très nettes, manifestées par la poussée d'une éruption eczématiforme du visage avec œdème, suintement, puis desquamation. Enfin, chez un malade atteint de phlébite, l'intradermo-réaction très positive a été suivie d'un réveil douloureux d'un noyau phlébitique en voie de guérison.

Intensité des réactions.

Il est difficile et fort malaisé d'évaluer le degré d'intensité des intradermo-réactions, le passage d'un degré de l'échelle au suivant étant progressif. Aussi, en pratique, avons-nous relevé le résultat des intradermo-réactions 24 heures après l'inoculation, en notant séparément la qualité de l'intensité et les dimensions de l'érythème.

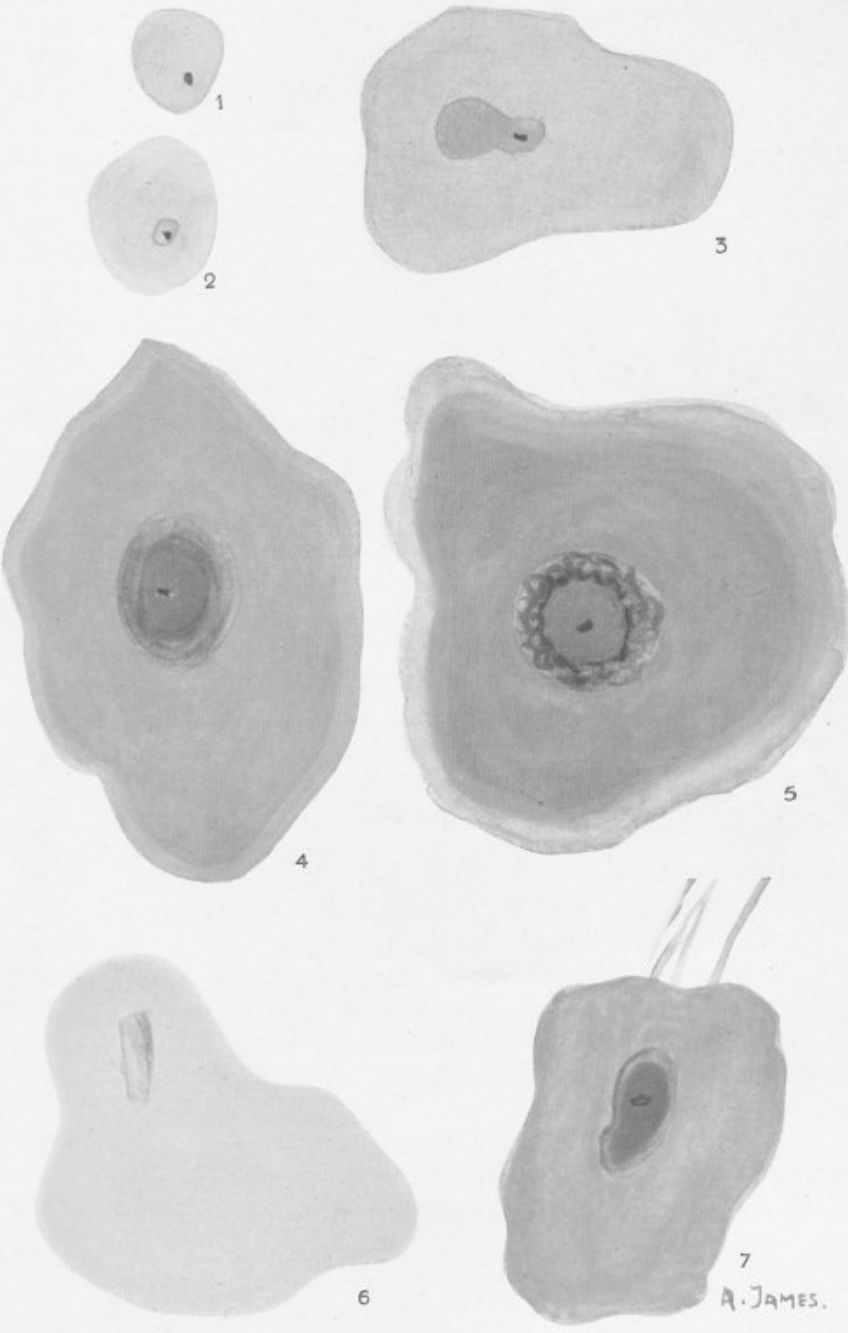
LÉGENDE DE LA PLANCHE I

Figure semi-schématique des intradermo-réactions à l'antivirus streptococcique.

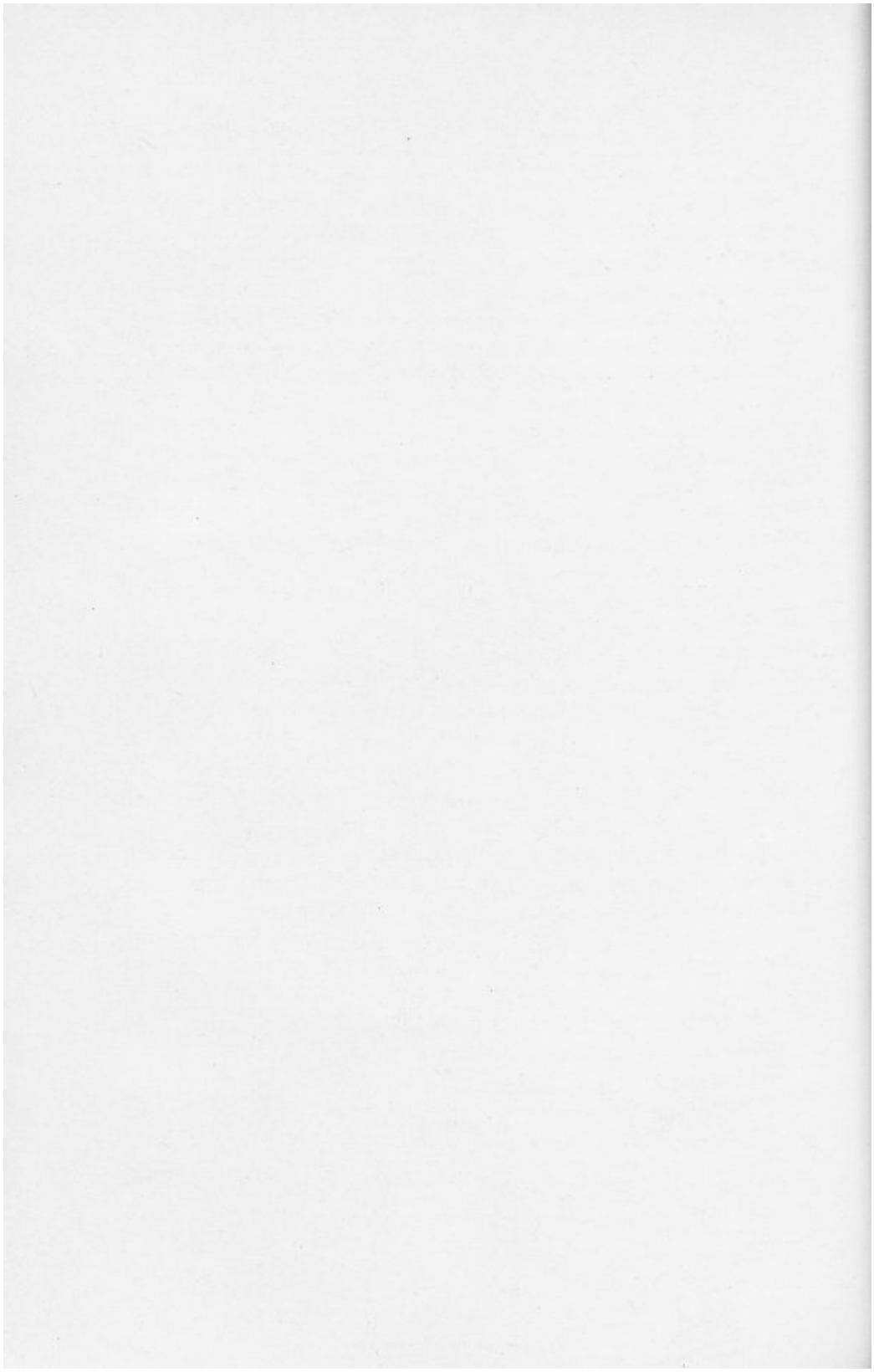
Fig. 1. — Intensité 0-1. Dim. : 1,2 sur 1,4 cm.
Fig. 2. — Intensité 0-1. Dim. : 1,7 sur 2,2 cm.
Fig. 3. — Intensité 2 Dim. : 3,7 sur 5 cm.
Fig. 4. — Intensité 3 Dim. : 4,6 sur 7,3 cm.
Fig. 5. — Intensité 4 Dim. : 6 sur 6 cm.
Fig. 6. — Intensité 1 Dim. : 5 sur 5 cm.
Fig. 7. — Intensité 3 avec réaction lymphangitique.

ANNALES DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE
VII^e Série, Tome III, N° 10, Octobre 1932

PLANCHE I
(Mémoire P.-Ed. Reymond)



MASSON ET C^ie, ÉDITEURS



Le degré d'inflammation manifestée par la réaction nous est apparue comme le signe de beaucoup le plus important pour l'appréciation des résultats. Aussi avons-nous classé ceux-ci, après 24 heures, selon une échelle allant de 0 à 4. Nous distinguons :

1° *Réactions d'intensité 0* (fig. 1-2). — Aucune réaction à l'antivirus streptococcique ne peut être relevée ou la réaction ne comporte qu'un très léger halo rouge entourant le point d'inoculation et ne présentant au maximum que 2 centimètres de diamètre ;

2° *Réactions d'intensité 0-1 ou 1* (fig. 1, 2, 6). — On constate une zone rosée, d'étendue variable, mais ne dépassant en aucun cas 3 ou 4 centimètres. La teinte de la réaction est à peine plus colorée que la peau normale. Ces érythèmes rappellent beaucoup du point de vue morphologique les érythèmes post-traumatiques (fig. 6) dont ils diffèrent surtout par leur plus longue durée. Aussi pour éviter toute confusion avons-nous considéré les réactions de cette intensité comme négatives ;

3° *Réactions d'intensité 2* (fig. 3).— Ces réactions comportent une zone franchement érythémateuse, d'un rouge framboise. L'érythème de la réaction se détache nettement sur le fond de la peau normale. Son étendue est au minimum de 3 centimètres dans les deux diamètres principaux ;

4° *Réactions d'intensité 3* (fig. 4). — La peau est localement très rouge. La palpation révèle une infiltration nette du derme : la peau est très infiltrée sur toute l'étendue de la réaction. Toutefois, on ne constate pas de nodule surélevé, souvent hémorragique au point d'inoculation. Le malade se plaint parfois de légères douleurs au bras ;

5° *Réactions d'intensité 4* (fig. 5). — Ce sont les réactions les plus fortes. Il y a un érythème intense et la zone est plus ou moins surélevée sur la peau saine et nettement délimitée. La zone inflammatoire présente l'image de l'érysipèle : les téguments sont œdématiés, très chauds, infiltrés, douloureux spontanément et à la pression. En outre, le malade peut ressentir quelques malaises généraux se traduisant par l'apparition, vers le soir qui suit l'injection, d'un léger état subfébrile, ou, ce qui est plus rare, d'un véritable accès de fièvre, de l'insomnie, des céphalées et enfin l'anorexie.

Chez un malade que nous avons classé dans le groupe 3, nous avons pu noter la présence d'une traînée lymphangitique partant de

la zone réactionnelle et se dirigeant vers le creux de l'aisselle (fig. 7). Un autre, patient atteint d'une phlébite aux deux jambes, présentait également une traînée lymphangitique établie entre la cutiréaction et le creux de l'aisselle. On palpait nettement un ganglion douloureux dans le creux axillaire qui put nous faire croire tout d'abord à une infection secondaire. Mais après 48 heures, l'engorgement ganglionnaire avait disparu ; il s'agissait donc d'un phénomène réactionnel d'hypersensibilité allergique et non pas d'une infection.

Nous aurions voulu tenir compte, des dimensions des placards réactionnels dans l'appréciation de l'intensité de tous nos résultats. Toutefois nous avons dû y renoncer, parce que l'étendue totale des cuti-réactions est loin d'être proportionnelle à l'intensité de l'inflammation. Nous avons trouvé, en effet, des réactions d'intensité 2 mesurant jusqu'à 10×12 centimètres, tandis que des réactions d'intensité 4, accompagnée de réaction de foyer, présentaient des dimensions maximales ne dépassant pas 5×6 ou 6×7 centimètres.

Dans l'impossibilité de faire concorder ces deux facteurs, dans l'appréciation de nos résultats, nous avons dû négliger des deux le moins important et le plus susceptible de variation, c'est-à-dire la dimension et tenir surtout compte de l'intensité selon l'échelle indiquée plus haut. A titre d'indication nous donnerons plus loin en parallèle les valeurs respectives réalisées par l'intensité et la surface de nos réactions dans différentes catégories de malades.

RÉSULTATS DES INTRADERMO-RÉACTIONS

Nos recherches ont porté sur 395 malades atteints d'affections cutanées ou profondes. Parmi ces 395 malades, 266 se sont montrés positifs, 129 furent trouvés négatifs, comprenant d'une part des individus n'ayant pas du tout réagi et d'autre part des malades ayant présenté une cuti-réaction trop faiblement positive (0-1) pour être considérés en pratique comme sensibilisés aux toxines streptococciques. Comme il a été indiqué à la fin de l'introduction, nous avons classé nos malades comme suit :

A) Sujets atteints d'affections streptococciques primitives ;
B) Sujets-contrôles, cliniquement sains ;
C) Dermatoses surinfectées par le streptocoque ;
D) Les eczémas et dermites eczématiformes.

A. — *Malades atteints d'affections streptococciques primitives, cutanées ou profondes.* — Nous avons fait rentrer dans ce groupe les affections suivantes : les impétigos de Tilbury-Fox, les érysipèles, les sepsis et les pyodermites aiguës.

	Affections	Négatifs 0 et 0,1	Positifs 2	3	4
59	impétigos	16	17	23	3
18	érysipèles	2	9	3	4
8	phlébites	3	3	1	1
85		21			

Les 16 cas d'impétigo qui sont restés négatifs à la cuti-réaction sont principalement des cas relevant du staphylocoque. Les 2 cas négatifs d'érysipèle étaient des érysipèles sans gravité et peu étendus en surface, en outre ces 2 malades étaient en voie de guérison.

Le groupe des streptococcies cutanées essentielles, au nombre de 85 cas, examinés dans les phases les plus diverses de leur évolution, constituait le terme le plus important de notre comparaison : en effet, il s'agissait de malades atteints de pyodermite, d'impétigo, d'érysipèle ou de phlébites aiguës dont l'origine streptotoxique peut être considérée aujourd'hui comme démontrée. Pour la plupart des malades, les lésions cutanées étaient en pleine activité, un petit nombre se trouvaient en voie de guérison, quelques-uns enfin étaient guéris cliniquement depuis plusieurs jours lorsque nous avons pratiqué la première intradermo-réaction. Du point de vue théorique, nous étions en droit d'attendre de tous ces malades une réaction fortement positive, or, il n'en fut rien, puisque 1 malade sur 4 (21 au total) a présenté une réaction négative. Cette première constatation établit l'instabilité de la sensibilisation cutanée à l'égard de l'endotoxine streptococcique dans les dermatoses pour lesquelles le streptocoque joue un rôle essentiel, puisqu'elle se traduit par une cuti-réaction négative dans une proportion de 25 o/o. En ce qui concerne l'érysipèle, prototype de la streptodermie, la cuti-réaction n'a été négative que 2 fois sur 18 et, dans les 2 cas,

il s'agissait de malades cliniquement guéris. *La sensibilisation à la streptotoxine peut donc s'éteindre peu après la disparition des phénomènes cliniques. Il convient de relever cette particularité de la toxine streptococcique qui nous fait comprendre la propension de l'érysipèle aux récidives.*

La différence entre cette hypersensibilité, si fugitive à la streptotoxine et la stabilité si durable de l'allergie à la trichophytine est frappante. Dans le cas de la trichophytie animale cette allergie est pratiquement synonyme d'immunité. Dans le cas des streptodermies, au contraire, l'allergie streptotoxique s'évanouit en dépit de la persistance du germe dont nous avons dénoncé plus haut l'ubiquité. Ceux-ci passent, sous l'effet de causes encore très mal connues, par des états alternant entre l'indifférence et la virulence dont nous trouvons le témoignage dans le résultat de la cuti-réaction.

B. — *Malades témoins : sujets indemnes de lésions cutanées.* — De nos 20 malades témoins, 12 seulement ont donné une cuti-réaction négative. Les 8 autres sujets donnaient une réaction positive explicable, pour 5 d'entre eux, par la présence de nombreux streptocoques agissant à la façon d'une « focal infection ».

Le nombre de nos sujets témoins est sans doute restreint. Il suffit toutefois, pour expliquer la présence de réactions positives, d'apparence paradoxale, survenant chez des sujets qui de prime abord ne présentaient aucun signe de streptococcies cutanées ou profondes. Il démontre que dans des conditions très variées, les streptocoques ubiquitaires et saprophytes de l'organisme humain peuvent exalter leur virulence et provoquer la sensibilisation momentanée de l'organisme, sans qu'il soit besoin pour cela que celui-ci présente des signes cliniques d'infection.

C. — *Malades présentant des lésions cutanées bien définies dans lesquelles les streptocoques ne constituent que des germes surajoutés.* — Ce groupe est constitué par les affections suivantes ; ulcères et plaies de jambe, érythème noueux, érythème polymorphe, acné, intertigos mycosiques, *pityriasis capitis*, pityriasis rosé de Gibert, maladie de Dühring, psoriasis, complexus variqueux (pigmentation érythémato-purpurique, sclérose et atrophie cutanée, varices), soit en tout 157 cas dont 112 furent trouvés positifs et 45 négatifs.

	Affections	Négatifs	Moyennement positifs	Fortement positifs
100	ulcères variqueux cicatrisés ou non.	26	27	47
9	*pityriasis capitis*	2	3	4
6	érythèmes polymorphes	0	4	2
13	psoriasis	4	5	4
5	intertigos	1	3	1
3	acnés	1	1	1
1	Dühring	0	0	1
2	pityriasis rosé Gibert	2	0	0
7	érythèmes noueux.	2	3	2
11	varices	7	1	3
157		45	47	65

Dans toutes ces dermatoses où le streptocoque ne joue qu'un rôle épisodique, nous avons fait les cuti-réactions dans le but de rechercher jusqu'à quel point une sensibilisation par le streptocoque peut influencer une maladie de causalité indépendante.

Les malades atteints d'ulcères chroniques des jambes ont retenu spécialement notre attention, du fait de l'ignorance où nous sommes encore du mécanisme pathogénique de cette affection si commune. En effet, le rôle joué par les varices ne suffit pas à expliquer les lésions inflammatoires chroniques si caractéristiques que l'on observe dans le syndrome dit variqueux. Cette affection très particulière est manifestée par une induration et une sclérose de l'ensemble des téguments, par une pigmentation brun cuivre d'origine hématique; l'infiltration rouge violacé, lie de vin, de caractère purpurique (Favre et Chaix), complète enfin le tableau clinique de ce processus que Dind a désigné d'une façon très heureuse par le terme de « symphyse de l'articulation cutanée ». Cet auteur fait remarquer, avec raison, que ces troubles trophiques, que nous admettons d'ailleurs sans preuves évidentes, ne sauraient à eux seuls réaliser cette étape de l'inflammation chronique interstitielle sur lesquelles se développent les ulcères de jambes. Ceux-ci ont déjà été imputés, en tout ou en partie, aux streptocoques que Sabouraud a trouvé très fréquemment à la surface de ces lésions érosives. C'est ainsi que ce dernier auteur a pu dire que l'ulcère de jambe est un véritable chancre streptococcique chronique. Dind étend de même le rôle du streptocoque pathogène à l'étiologie des varices. Pour cet auteur, en effet, les varices sont consécutives à un état inflammatoire chronique. Celui-ci aurait pour point de départ

les *vasavasorum* d'où il provoquerait une ectasie lente et progressive des veines. Cette dégénérescence est susceptible dès lors de manifester ses effets dans deux directions :

a) Elle peut agir en profondeur et retentir sur les veines dont elle produit l'état variqueux ;

b) Elle évolue vers la périphérie et retentit sur le tissu conjonctif cutané dont l'altération se traduit par la « symphyse de l'articulation cutanée » avec son tableau clinique caractéristique.

Reste à expliquer, enfin, la pathogénèse de la localisation primitive de ce processus infectieux. Dind émet sur ce sujet l'hypothèse d'une véritable infection dans les *vasavasorum*, consécutive aux impétigos de la première enfance. Cette infection cutanée, d'origine streptococcique, si commune à cet âge de la vie, serait susceptible, selon Dind, de provoquer au cours de sa propagation hématogène les lésions discrètes de *vasavasorum* indiquées.

Quoi qu'il en soit, nous avons trouvé en fait les résultats suivants : 74 malades ont eu une intradermo-réaction positive qui chez 47 d'entre eux révélait une intensité particulière. 26 n'ont donné aucun résultat avec la streptotoxine. Parmi ces 26 malades, 16 étaient atteints d'ulcères variqueux tandis que chez les 10 autres le complexus variqueux ne comportait pas d'ulcération au moment de notre observation.

Le fait que chez 26 malades à cuti-réaction négative nous avons eu affaire à des malades atteints aussi bien de complexus variqueux ulcérés que cicatrisés, nous fait prévoir *a priori* les mêmes divergences dans les résultats obtenus chez les 74 patients présentant une intradermo-réaction positive. Nous avons recherché si le pourcentage des intradermo-réactions positives était plus élevé chez les sujets porteurs d'ulcères que chez les sujets atteints de complexus variqueux cicatrisés ou non encore ouverts. On pouvait, en effet, s'attendre à la première éventualité si nous voyons avec Sabouraud dans l'ulcère variqueux un véritable chancre streptococcique.

Résultats :

Affections	Négatifs	Moyennement positifs	Fortement positifs
85 complexus variqueux ulcérés . .	16	25	44
15 » » non ulcérés	10	2	3
11 varices.	7	1	3

Nous avons constaté en réalité une différence nette en faveur des sujets atteints de complexus variqueux présentant une ou plusieurs ulcérations. Ceux-ci ont présenté une réaction cutanée positive particulièrement forte dans les cas d'ulcères variqueux. Ces résultats soulignent donc l'importance de la surinfection streptococcique des ulcères de jambe.

Pour des raisons déjà mentionnées plus haut, nous avons relevé les résultats des cuti-réactions chez quelques sujets porteurs de varices simples. Il s'agissait, en effet, de rechercher si la survivance biologique de l'infection primitive d'origine streptococcique susceptible d'expliquer, selon la conception de Dind, le développement des varices se manifesterait par une cuti-réaction positive particulièrement intense. Là encore nous avons obtenu des résultats non concordants. En effet, sur 11 cas de varices simples, sans complications cutanées, 7 sujets furent trouvés absolument négatifs et 4 positifs, parmi lesquels 1 sujet moyennement positif et 3 malades fortement positifs. Mais ici encore, pour tenir compte des sujets à cuti-réactions positives, il faut invoquer la présence toujours possible de streptocoques latents mais plus ou moins pathogènes dans les cavités de l'organisme.

Nous avons également étudié avec soin les résultats obtenus chez les malades atteints d'éruptions cutanées dites jusqu'à maintenant idiopathiques. Nous voulons parler de *l'érythème polymorphe et l'érythème noueux*. Le rôle joué par le streptocoque dans ces deux affections présente en effet une importance doctrinale, puisque pour l'école anglaise (Barber) l'érythème exsudatif multiforme de Hébra constituerait le type classique de la streptococcide, ainsi que l'érythème noueux. Ces streptococcides seraient le témoin, par voie hématogène d'une « oral sepsis ». Celle-ci est constatée soit par des granulomes, soit par la pyorrhée alvéolo-dentaire, refuge habituel du streptocoque. On pourrait réfuter cette théorie en relevant le fait que dans ces streptococcides il y a absence quasi-constante de streptocoques dans les lésions ; mais les partisans de cette streptococcide admettent que celle-ci n'est pas le fait du streptocoque *in situ*, mais bien des streptotoxines. Quoi qu'il en soit, la recherche de la sensibilisation cutanée envers le streptocoque était indiquée, d'autant plus qu'il s'agissait d'éruptions brusques, rapides dans leur évolution, et l'on était en droit d'attendre une cuti-réaction positive particulièrement intense.

Résultats obtenus chez 7 malades atteints d'érythèmes noueux.

Malades	Strepto-cocciques	Staphylo-cocciques	Hémoculture	Pirquet	Résultats des inoculations au cobaye : Urine	Sang	Efflorescences
1. Mlle L. D.	7/8 f. 3.	—	—	++	in. +	in. +	—
2. Mlle A. H.	7/7 f. 2.	—	strept. nég.	+	» +	» +	—
3. Mlle G. K.	6/8 f. 3.	—	—	o	» +	» —	—
4. M. M. G. .	Négatif.	—	strept. nég.	++	» +	» +	—
5. Mlle S. Dé.	3/4 f. 2.	6/6 f. 2.	—	++	» —	» —	—
6. Mlle A. G. .	5/8 f. 2.	8/10 f. 2.	strept. nég.	o	» +	» +	—
7. M. Aeg. .	Négatif.	Négatif.	—	++	» —	» —	—

Résultats obtenus chez 6 érythèmes polymorphes.

1. Mlle G. .	3/5 f. 2.	—	—	o	in. +	in. +	—
2. Mme R. .	6/6 f. 3.	—	strept. nég.	o	» +	» —	—
3. M. P. . .	5/6 f. 2.	—	—	+	» —	» +	—
4. M. Sch. .	4/4 f. 2.	—	—	+	» —	» —	in peau et sputum. +
5. M. F. . .	5/7 f. 2.	—	—	+	» —	» +	—
6. Mme B. (1).	5/6 f. 3.	—	strept. nég.	+	» +	» +	—

De nos 7 malades atteints d'érythèmes noueux, 2 seulement nous ont donné une cuti-réaction très positive (valeur 3) à la streptotoxine, 3 autres ont fourni une cuti-réaction moyennement positive de telle façon qu'ils ne nous permettent aucune conclusion. 2 enfin, sont franchement négatifs : l'un d'eux, il est vrai, était un patient guéri depuis 10 jours d'un érythème noueux idiopathique dont les symptômes généraux et locaux avaient été très atténués. Chez l'autre, en revanche, la cuti-réaction a été pratiquée dans les premiers jours de la maladie, à un moment même où les lésions éruptives étaient en pleine poussée.

Le nombre des sujets d'expérience est sans doute petit et ne prête guère à conclusion. Toutefois, le résultat le plus clair des cuti-réactions est ici aussi leur divergence. Nous la retrouvons presque semblable d'ailleurs chez les 6 sujets porteurs d'érythème polymorphe. De ces derniers, 2 seulement, 2 femmes, nous ont donné une réaction très positive (cas nos 2 et 6) à la streptotoxine. Toute-

(1) Erythème noueux et polymorphe.

fois, chez l'une d'elles (malade n° 6), la cuti-réaction a été faite au moment d'une mastoïdite intercurrente, qui nous explique d'une façon plausible une cuti-réaction positive à la streptotoxine, sans aucun rapport direct avec l'érythème polymorphe concomitant. D'ailleurs, chez cette malade, l'inoculation de l'efflorescence du sang et de l'urine a déterminé la tuberculose chez le cobaye. Notre tableau indique, en outre, la présence de bacilles de Koch dans le sang et les urines de la plupart des sujets dans le temps même où nous avons examiné leur sensibilité cutanée à la streptotoxine. On connaît d'ailleurs les recherches de Ramel tendant à démontrer la nature typhobacillaire des érythèmes polymorphes et noueux. Un autre point important en faveur de la thèse de Ramel : l'hémoculture faite dans 5 cas n'a révélé aucune trace de streptocoque dans le sang des malades en pleine poussée. Cette hypothèse plaidant en faveur de l'origine tuberculeuse de ces lésions est d'ailleurs confirmée dans le cas particulier, cependant que les résultats des cuti-réactions à la streptotoxine permettent tout au plus d'affirmer qu'au cours des érythèmes noueux et polymorphes, il est possible de constater une sensibilisation épisodique à la streptotoxine, au cours de ces érythèmes, comme l'effet d'une sensibilisation secondaire, surajoutée, compliquant au cas échéant l'étiologie bacillaire, condition *sine qua non* de ces érythèmes idiopathiques.

D. — *Syndromes cutanés relevant d'une sensibilisation allergique : eczémas diathésiques, eczémas professionnels et eczématides.* — Nos recherches ont porté sur 133 cas d'ezéma comprenant 9 eczématides, 25 cas de dermites eczématiformes d'origine post-traumatique, et 99 eczémas de cause indéterminée appartenant pour la plupart à la classe des eczémas dits « diathésiques » ou « eczémas-maladies ». Le résultat des réactions spécifiques streptococciques s'est manifesté par 55 cas négatifs, 45 moyennement positifs (intensité 2) et 33 cas fortement positifs (intensités 3 et 4).

La constatation d'une cuti-réaction positive dans une proportion dépassant 50 o/o chez nos malades atteints d'eczéma, nous démontre bien la fréquence de la surinfection microbienne au cours de tout processus eczématique. Nous avons examiné à part la catégorie des eczémas professionnels où, d'après ce que nous avons dit, la surinfection streptococcique apparaît dans toute son importance. On a vu en effet que ces eczémas, plus que les autres, ont tendance

à l'impétiginisation. De nombreux auteurs, d'autre part, ont remarqué que les dermites professionnelles survivent souvent pendant un temps prolongé à la cause spéciale qui les a déterminées. C'est ainsi que l'on peut observer des eczémas professionnels engendrés par le ciment dont l'évolution se prolonge pendant de nombreuses semaines, quoique tout contact entre le patient et le ciment ait été suspendu. On était donc en droit de se demander, pour expliquer cette anomalie apparente, si la surinfection microbienne, en se greffant sur une dermite professionnelle de cause connue, n'évoluait pas dès lors pour elle-même, puisque engendrée par un germe vivant, cause susceptible de se renouveler indéfiniment sur la peau humaine. Cette hypothèse paraît confirmée par nos recherches, puisque sur 25 cas de dermites professionnelles, nous avons eu 22 réactions positives dont 13 étaient même particulièrement intenses. Sur 8 dermites eczématiformes engendrées par les ciments, nous avons eu 5 cuti-réactions fortement positives (intensité 3 et 4).

Nous avons recherché si les cuti-réactions donneraient des résultats très différents selon qu'elles fussent pratiquées chez les sujets atteints d'eczémas secs ou au contraire chez les malades porteurs d'un eczéma suintant. Nous avons trouvé en fait des résultats à peu près équivalents dans ces deux catégories de malades. En effet, sur 55 eczémas secs, nous avons relevé 16 cas négatifs, 38 cas moyennement positifs et 1 fortement positif. Sur 59 eczémas suintants, 18 furent négatifs, 35 moyennement positifs et enfin 6 fortement positifs (intensité 3 et 4).

La sensibilisation allergique des placards eczémateux par la streptotoxine nous apparaît donc comme un phénomène fréquent, si l'on en juge par le nombre des cuti-réactions positives obtenues au cours de nos recherches. Nous devions logiquement rechercher si cette toxine microbienne était aussi capable de manifester cette sensibilisation allergique selon le mode eczématogène. Nous avons vu dans notre introduction, que Ravaut et ses collaborateurs ont affirmé les premiers la nature microbienne intrinsèque de certaines eczématides. Ravaut a observé notamment la transformation du placard réactionnel de l'intradermo-réaction positive à la levurine en une lésion reproduisant l'aspect clinique de l'eczématide ou de la parakératose psoriasiforme. Le même auteur, ainsi que Lortat-Jacob et Bidault ont attribué un rôle analogue aux streptocoques dans

l'eczématide que l'on voit apparaître à distance des foyers primitifs d'intertigo streptococcique. Ces faits sont très intéressants et nous montrent des voies nouvelles. Toutefois ils ne permettent pas d'affirmer d'une façon péremptoire que la toxine microbienne soit la condition *sine qua non*, en d'autres termes, le facteur déterminant direct de l'eczématide.

Les lésions érythémato-squameuses et d'aspect eczématiforme que l'on voit apparaître au décours et sur l'emplacement de placards réactionnels de l'intradermo-réaction à la levurine ou streptotoxine peuvent être interprétés, en effet, comme l'eczématisation banale d'un tégument prédisposé par un *locus minoris resistentiæ*. Pour que l'on puisse affirmer, sans contestations possibles, la propriété eczématogène d'un antigène microbien, il suffit et il faut que cette toxine microbienne produise sur la peau cliniquement saine dans les 24 heures consécutives à son contact, un eczéma papulo-vésiculeux local en tout point comparable aux tests eczématogènes réalisés selon la technique de Jadassohn, Bloch et Jæger. Cette démonstration a été faite par Ramel et Benziguer dans le cas d'eczémas oïdiomycosiques. Nous avons voulu tenter la même expérience, dans des conditions semblables, avec la streptotoxine. Nous avons appliqué celle-ci sous la forme de tests eczématogènes chez 20 sujets dont l'intradermo-réaction préalable était très positive. Or, chez aucun de ces individus le test eczématogène à la streptotoxine n'a été positif. Cette divergence entre les résultats démontre l'absence de parallélisme entre les modalités d'expression de la sensibilité allergique. Nous constatons qu'une toxine microbienne peut déterminer une sensibilisation allergique très intense, sans pour cela l'exprimer sous la forme de l'eczéma. Le pouvoir eczématogène des toxines microbiennes allergiques varie, d'autre part, selon les espèces considérées. Il paraît être développé chez les levures à un plus haut degré que chez toute autre espèce microbienne.

Nos tests eczématogènes à la streptotoxine ont donné tous un résultat négatif. Mais ces essais sont, il est vrai, trop peu nombreux pour nous permettre d'en tirer des conclusions définitives. Ces résultats négatifs s'expliquent, d'autre part, jusqu'à un certain point par la résistance naturelle que présente la peau normale aux germes saprophytiques. Nous avons vu, en effet, le rôle essentiel du traumatisme initial dans la surinfection streptococcique au cours

des eczémas professionnels. Nous avons voulu en conséquence remplacer le test eczématogène sur la peau normale par un test appliqué sur une peau scarifié au préalable, aux fins de nous rapprocher d'aussi près que possible des conditions naturelles de l'eczématisation microbienne. Nous avons donc appliqué ce test eczématogène scarifié chez 21 de nos malades porteurs d'une intradermo-réaction très positive (intensité 3 et 4) partant très sensibles à la toxine streptococcique. Nous avons appliqué dans ces conditions la technique suivante : on pratique avec un couteau scarificateur, sur une peau saine, des lésions superficielles sous la forme de trois traits verticaux et de trois traits horizontaux se coupant à angle droit, distant les uns des autres de 5 millimètres environ, puis on applique sur cet emplacement, maintenu par de la toile imperméable et du sparadrap, pendant 24 heures, un petit carré de toile imprégnée de streptotoxine. Nous avons obtenu les résultats suivants : sur 21 malades examinés, 11 furent absolument négatifs, ne présentant aucune trace de réaction autour des traits de scarification, 8 présentèrent une très faible rougeur et infiltration localisée seulement autour des lésions linéaires ; 2 seulement provoquèrent une rougeur diffuse avec infiltration des téguments de toute la zone cutanée lésée par la scarification. Dans aucun des cas positifs, nous n'avons pu relever de vésiculation, en d'autres termes, aucune eczématisation n'a été appréciable macroscopiquement.

D'autre part, nous n'avons observé que dans un seul cas, la transformation locale d'une intradermo-réaction très positive à la streptotoxine en un placard d'eczématisation. Nous avons pu constater, en l'occurence, l'apparition dans les 24 heures de fines vésicules, se transformant ensuite en vésiculo-pustules. L'image était celle d'un placard érythémato-squameux un peu lichénifié.

Devrons-nous conclure de ce qui précède que l'endotoxine streptococcique soit dépourvue de propriétés eczématogènes ? Nous ne nous sentons pas en mesure de l'affirmer actuellement, vu l'état encore insuffisant de nos recherches sur ce point. Certes, le pouvoir eczématogène de la toxine streptococcique ne paraît pas très développé. Toutefois nous ne pouvons pas l'exclure *a priori*, car l'observation clinique suivante démontre l'apparition à distance d'un eczéma érythémato-squameux à la suite d'une intradermo-réaction très positive à la streptotoxine. Cet eczéma s'est reproduit à deux reprises dans les mêmes conditions déterminantes.

Observation I. — Mme A..., 50 ans, ménagère, entre à la clinique dermatologique de Lausanne pour un ulcère de la jambe droite. Comme maladies d'enfance, elle a eu la rougeole et la scarlatine. En 1914, elle fait une poussée d'érysipèle aux deux jambes, suivie après un certain temps d'une rechute. Dans les années qui suivent elle est atteinte d'une phlébite à la jambe droite. En 1927, elle subit une nouvelle poussée phlébitique à la même jambe. A son entrée, au mois d'août 1930, notre malade présente à la jambe droite, un peu au-dessus de la malléole interne, un placard de la grandeur d'une paume de main constitué par une zone érythémateuse et violacée, légèrement squameuse. En haut de ce placard, on constate une ulcération de la grandeur d'une pièce de 5 francs, dont les bords sont taillés à pic. Ce bord est infiltré, œdématié, surplombant de quelques millimètres le niveau de la peau normale. Le fond de cette perte de substance est rouge. On remarque en bordure de la lésion une zone très rouge et infiltrée, présentant tous les caractères de l'érysipèle. La malade n'a pas de fièvre. L'examen du sédiment urinaire révèle une flore microbienne abondante, parmi lesquels beaucoup de streptocoques. Une intradermo-réaction à l'anti-virus streptococcique est pratiquée au milieu de la face interne du bras droit. Vingt-quatre heures après l'inoculation, nous relevons une vive réaction d'intensité 3 mesurant 5 × 7 centimètres. Quarante-huit heures après la cuti-réaction, l'intensité est très forte (valeur 4) et les dimensions sont 5 × 6 centimètres. Quatre jours après l'inoculation, la malade présente subitement à la face une poussée érythémato-squameuse et vésiculeuse. La peau du visage est nettement infiltrée, chaude au toucher et légèrement suintante. Pendant les jours qui suivent, le visage enfle, devient boursouflé, les yeux sont recouverts par des paupières tuméfiées. Une semaine plus tard, le syndrome éruptif a disparu, cependant que l'on ne constate plus trace de l'intradermo-réaction. La patiente quitte le service le 10 septembre en état de guérison clinique.

Elle est hospitalisée de nouveau vers la fin de janvier 1931, pour rechute de son complexus variqueux. Un ulcère s'est développé à la suite d'un léger traumatisme. Au-dessus de la malléole interne de la jambe droite, on constate une érosion à fond sagneux recouvert d'un enduit grisâtre, sale. La perte de substance est peu profonde, elle mesure 4 à 5 centimètres de diamètre. Les téguments avoisinants sont tendus, luisants, et présentent une teinte rouge cuivre. Le dos du pied correspondant est fortement œdématié. L'examen direct de la flore microbienne prélevée sur l'ulcération ne révèle pas de streptocoques. Le reste des téguments n'offre aucune altération, on ne constate en particulier pas trace d'eczéma. On pratique à nouveau une intradermo-réaction à la streptotoxine au niveau de la première injection. Non seulement la réaction locale est fortement positive (intensité 3 et dimensions 6 × 8 centimètres), mais nous constatons dans les 24 heures, une nouvelle poussée eczémateuse de la face, principalement localisée sur le front, les régions malaires, la racine du nez et empiétant un peu sur

les régions naso-géniennes. La peau rouge rosée, chaude, tendue, est semée de fines vésicules et est recouverte par places de fines squames pityriasiformes. La malade ressent de vives démangeaisons et accuse une sensation désagréable de cuisson sur tout le visage. Trois jours après l'inoculation, les paupières sont un peu enflées, mais la desquamation et la vésiculation ont beaucoup diminué. Une semaine après ces accidents, tout rentre dans l'ordre et la malade quitte le service.

En résumé, nous voyons à deux reprises chez une même malade l'apparition d'un véritable eczéma œdémato-vésiculeux localisé au visage à la suite d'une intradermo-réaction très positive à la streptotoxine. — Cette dermite eczématiforme, apparue à distance de l'emplacement de l'intradermo-réaction, doit être considérée comme une véritable réaction de foyer, se manifestant sous la forme d'eczéma. Il est intéressant de noter les différences dans la période de la durée d'incubation de ces deux poussées éruptives de l'eczéma. Celle-ci a atteint la première fois 4 jours au moins, la seconde fois elle est survenue après 24 heures déjà. Si l'on considère la grosse valeur que l'on accorde, avec raison, aux réactions de foyer dans toutes les maladies allergisantes nous devons en reconnaître ici la valeur spécifique. Nous devons admettre ici comme streptococcique la nature de ces deux poussées d'eczéma. Celles-ci sont assimilables aux trichophytides, du type du lichen trichophytique, que déclanche, chez les porteurs de trichophytie profonde, les cuti-réactions à la trichophytine. A la différence de celles-ci, les éruptions dans notre cas, se sont manifestées sous la forme d'eczéma qui n'est qu'une des modalités cliniques de la sensibilisation allergique. Du point de vue de leur pathogenèse nous devons admettre, par raison d'analogie avec ce qui se passe dans la trichophytie, que les streptocoques des foyers primitifs de l'ulcère de jambe ont été mobilisés par voie hématogène à la suite d'une intradermo-réaction à la streptotoxine.

Variation de l'intensité et de l'étendue de la cuti-réaction après 24 heures et 48 heures.

Dans la grande majorité des cas, l'intensité de la réaction diminue après 24 heures, c'est pour cette raison que nous avons classé les résultats obtenus un jour après l'inoculation de l'antivirus. En effet, dans 188 cas, nous avons constaté que chez 34 malades l'intensité restait stationnaire et qu'elle était diminuée ou nulle dans

126 cas. Par contre si l'intensité de nos cuti-réactions tend à diminuer ou à s'effacer le second jour après l'inoculation, les dimensions des réactions ne suivent pas la même loi, en effet, sur 192 malades, 44 voient les dimensions de la cuti-réaction augmenter sensiblement, 47 restent stationnaires et 59 seulement présentent une diminution notable de la zone réactionnelle.

Modification de la réactivité à la streptotoxine à la suite d'injections répétées dans un même point (réactions homéotopes). — L'instabilité de la cuti-réaction streptococcique que nous avons constatée dans tous les groupes de malades expérimentés nous a incité à étudier de plus près l'effet de cuti-réactions répétées, soit au point inoculé pour la première fois, soit en d'autres surfaces non encore éprouvées du tégument. Il était intéressant, en effet, de tenter la désensibilisation au moyen d'intradermo-réactions répétées chez des sujets en état d'allergie très positive. Nous avons eu d'autre part l'idée de comparer les réactions répétées sur un même point de la surface cutanée pour reprendre, dans le cas de la streptotoxine, l'expérience faite par Weiss avec la tuberculine. Cet auteur a désigné sous le nom de réaction *homéotope* la réaction pratiquée sur un point déjà éprouvé par la même substance antigénique. Il pratique la réaction homéotope sous la forme d'une deuxième injection, 8 jours en moyenne après la primo-réaction et pratique en outre une injection de contrôle — injection hétérotope — dans une région correspondante. Weiss a constaté que la réaction homéotope à la tuberculine était supérieure à la primo-réaction dans les cas où celle-ci avait donné un résultat positif. Reprenant la technique de Weiss, toutes choses égales d'ailleurs, nous avons pratiqué des cuti-réactions homéotopes avec l'antivirus streptococcique chez 18 sujets qui tous avaient réagi positivement à la primo-injection de streptotoxine. L'intervalle séparant la primo-réaction des réactions homéotopes atteignait au moins une semaine au minimum.

Les résultats sont les suivants : chez 12 malades la réaction homéotope s'est montrée inférieure à la primo-réaction ; 6 fois seulement nous avons constaté une augmentation d'intensité lors de la réinjection de la substance antigénique au même lieu. Il semble donc que la sensibilité à l'égard de l'endotoxine streptococcique ne

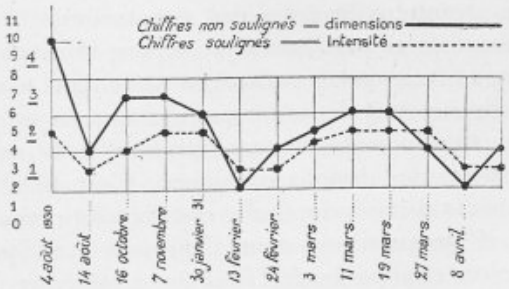
suit pas les lois qui sont applicables à la cuti-réaction tuberculinique. Cette divergence en soi n'est pas pour nous surprendre ; si l'allergie, en effet, est un mécanisme biologique d'un ordre très général, des exemples nombreux nous montrent que ses modalités cliniques sont très variées et reflètent jusqu'à un certain point les particularités de l'antigène en cause.

Est-il possible d'admettre, d'autre part, une augmentation exclusive de la réaction locale dans les cas où la réaction est supérieure à la primo-réaction ? Nous ne le pensons pas, car des 6 sujets dont les réactions homéotopes l'emportent en intensité sur la primo-réaction nous avons pratiqué chez 5 d'entre eux une cuti-réaction de contrôle en peau saine (cuti-réaction hétérotope). Or dans les 5 cas, la réaction hétérotope était également supérieure à la primo-réaction. Nous sommes donc en droit de conclure que l'intensité supérieure des réactions hétérotopes n'est pas le seul fait d'une sensibilisation locale. Elle peut provenir tout aussi bien d'un accroissement de la réactivité générale des téguments. Les mêmes déductions peuvent s'appliquer, toutes choses égales d'ailleurs, aux réactions homéotopes dont l'intensité était inférieure à celle de la primo-réaction. Cette éventualité s'est présentée 12 fois, soient les deux tiers des cas. Or chez ces 12 patients une intradermo-réaction hétérotope parallèle à la réinoculation homéotope indiquait une intensité inférieure à celle de la primo-réaction.

Ces recherches, encore peu nombreuses, suffisent déjà à confirmer, si besoin en était, les variations déconcertantes de la sensibilisation allergique à l'égard de l'endotoxine streptococcique. Celle-ci apparaît bien en évidence dans l'observation clinique suivante portant sur plusieurs mois et concernant une malade atteinte de streptodermie au sens de Sabouraud.

Observation II. — M^lle W..., âgée de 17 ans, entre à la clinique dermatologique le 1^er août 1930 pour un eczéma chronique de la tête, avec dermite rétro-auriculaire bilatérale. Comme maladies d'enfance, nous retenons le fait qu'elle a eu la rougeole à 2 ans, la scarlatine à 7 ans et la petite vérole à 13 ans. En outre, elle a souffert pendant longtemps de bronchite et d'angine. L'affection actuelle dure depuis 6 ans. Elle a débuté dans la région rétro-auriculaire gauche par un placard de la grandeur d'une pièce de 5 francs, prurigineux et très suintant. Ce placard primitif s'est peu à peu étendu et a gagné la région temporale et pariétale gauche, puis toute la tête, le cou et les épaules.

A son entrée, la malade présente dans la région auriculaire, des deux côtés, une peau très rouge, recouverte de croûtes mellicériques, suintantes, laissant couler le long du cou une sérosité jaunâtre. La lésion a envahi les deux pavillons rétro-auriculaires et pénètre dans le conduit auditif externe. Le cuir chevelu présente les lésions les plus intenses. La peau est œdématiée, infiltrée, recouverte par places de croûtes jaunâtres agglutinant les cheveux. Ceux-ci sont clairsemés et se détachent facilement. Dans la moitié supérieure de la face, surtout dans les régions pré-auriculaires, on constate les mêmes lésions, mais la peau est cependant plus sèche, recouverte de squames fines, pityriasiformes. La nuque présente une lichénification nette avec rugosité de la peau, exagération du quadrillé normal de l'épiderme. La teinte du tégument est violacée et celui-ci présente une desquamation farineuse. A la base du cou et au haut du thorax et du dos, on constate en bordure de la lésion principale, un essaimage de lésions élémentaires.



Cette courbe nous montre un parallélisme très poussé entre l'intensité et la surface de la réaction ; elle révèle, en outre, une alternance de sensibilisation et de désensibilisation. Cette alternance est, en somme, le reflet biologique de la variabilité de l'état clinique ; depuis le début de notre observation clinique, en effet, cette malade passe par des phases d'améliorations et d'exacerbations en dépit de tous les traitements tentés. A noter le fait intéressant d'une réactivation brusque des phénomènes cliniques survenue à plusieurs reprises au moment des périodes.

L'examen de la flore pharyngée nous montre de nombreux streptocoques à chaînettes de 6 éléments.

Nous avons pratiqué une série d'intradermo-réactions successives, homéo- et hétérotopes.

Nous avons vu l'apparition progressive sur l'emplacement des réactions homéotopes d'une pigmentation brun chamois, bistre, persistant plusieurs mois. En outre, une eczématisation fugace s'est développée à une ou deux reprises au même lieu et au décours des phénomènes inflammatoires. Le caractère de dermite rétro-auriculaire de streptodermie a été confirmé par la constatation d'une flore riche en streptocoques dans les sillons rétro-auriculaires. Ceux-ci se sont développés au bout de 12 heures déjà dans le bouillon de culture.

Conclusions

1° L'antivirus streptococcique de Besredka constitue un antigène diagnostique appréciable, sous forme d'intradermo-réaction, aux streptococcies cutanées;

2° Nos recherches, portant sur 395 malades atteints d'affections cutanées diverses, montrent que, non seulement la cuti-réaction est positive chez les sujets atteints de streptococcies essentielles (érysipèle, impétigo), mais encore qu'elle donne également un résultat positif dans nombre de dermatoses dans lesquelles le streptocoque ne joue qu'un rôle épisodique de surinfection ;

3° On ne constate pas de différence dans l'intensité des réactions cutanées à la streptotoxine entre les streptococcies vraies et les dermatoses compliquées par les streptocoques. Dans un cas comme dans l'autre, nous trouvons des réactions présentant tous les degrés d'intensité. Celle-ci paraît dépendre pour chaque sujet d'abord de la capacité constitutionnelle de sensibilisation à la streptotoxine puis de l'intensité des lésions cliniques. C'est ainsi que, chez 18 malades atteints d'érysipèle, les 2 cas négatifs concernaient des malades en voie de guérison, dont l'affection avait présenté des caractères fugaces et superficiels. D'une façon générale, nous avons toujours trouvé une réaction fortement positive chez les sujets porteurs d'un foyer streptococcique en activité, qu'il soit primitif (érysipèle) ou secondaire (ulcère de jambe surinfecté);

4° L'ubiquité du streptocoque, saprophyte de l'épiderme humain, explique la constatation d'intradermo-réaction positive chez des sujets, choisis comme témoins, parce qu'ils ne présentaient aucune lésion clinique. Des 20 témoins, 12 seulement présentaient une cuti-réaction négative. La constatation chez 5 des 8 sujets à réaction positive, de nombreux streptocoques dans des lésions de pyorrhée ou dans les cryptes amygdaliennes nous donnait une explication plausible de ces cuti-réactions positives en apparence paradoxales ;

5° Dans 157 cas de dermatoses d'étiologie indéterminée ou sans rapport avec le streptocoque, 112 ont montré une sursensibilisation à la toxine streptococcique. Ce résultat montre combien à l'heure actuelle il est irrationnel de conclure à l'étiologie streptococcique d'une dermatose d'étiologie encore indéterminée (psoriasis par

exemple) en se basant sur la concomitance d'une cuti-réaction positive à la streptotoxine ;

6° Appliquée à l'étude de 133 cas d'eczéma, de toute nature, l'intradermo-réaction nous a donné un résultat positif chez 78 d'entre eux. A noter la proportion très considérable de réactions positives dans les dermites professionnelles : 22 réactions positives sur 25 cas examinés indiquent l'importance de la surinfection microbienne dans l'évolution de ces dermites.

A noter toutefois, que les tests eczématogènes simples appliqués au moyen de la toxine streptococcique ont toujours donné un résultat négatif. D'autre part, dans 1 seul cas nous avons observé la transformation d'une intradermo-réaction très positive en une plaque d'eczéma craquelé. Nous devons donc conclure que dans le cas de la streptotoxine à résultat positif, on ne constate aucun parallélisme entre le pouvoir eczématogène et l'intensité allergique manifestée par l'intradermo-réaction. Dans aucun cas, en effet, il n'a été possible de reproduire un eczéma professionnel au moyen d'une application d'un test eczématogène simple. Toutefois, à défaut de cette épreuve cruciale, nous avons noté à deux reprises, chez un malade atteint d'ulcère de jambe, l'apparition d'un eczéma papulo-vésiculeux dans les 24 heures consécutives à l'intradermo-réaction streptococcique positive. Cette réaction eczémateuse à distance permet de concevoir un eczéma microbien de nature streptococcique ;

7° La variabilité des intradermo-réactions homéotopes à la streptotoxine confirme l'instabilité des propriétés immunisantes du streptocoque.

UN CAS DE FAVUS GÉNÉRALISÉ DE LA PEAU AVEC PRÉSENCE D' " ACHORION SCHŒNLEINI " DANS LES CULTURES DU SANG ET DU SUC DES GLANDES LYMPHATIQUES

Par

le professeur A. G. LOURIER, Médecin-consultant du fav-dispensaire. et M. G. REIFF, Médecin-adjoint de la Maison pour les enfants faveux.

L'intérêt manifesté ces derniers temps pour les affections mycologiques mérite une attention spéciale. Cet intérêt peut être expliqué d'un côté par l'apparition d'un grand nombre de dermatomycoses chez nous en U. R. S. S. et en Europe à la suite de la grande guerre et de l'évacuation et d'un autre côté par les formes cliniques rares que l'on rencontre maintenant plus souvent. A la fin du XIX^e^ siècle et au début du XX^e^ la pensée scientifique se fixait beaucoup sur ce problème, et un grand nombre de recherches furent consacrées à l'étude des dermatomycoses du point de vue des données modernes, c'est-à-dire de leur systématisation, de la sérologie et de l'immunité. En résultat on ne peut plus continuer à considérer le favus et la trichophytie comme des lésions locales et lorsqu'on trouva le parasite dans le sang, les os, les muqueuses, les glandes lymphatiques, etc., une nouvelle ère s'inaugura dans l'étude des dermatomycoses : l'affection mycosique est considérée comme une affection générale.

L'école de Jadassohn et de ses élèves a fourni beaucoup de données montrant l'existence d'une réaction générale de l'organisme dans les dermatomycoses, comme dans la syphilis, la tuberculose, etc.

Quoique le problème de l'immunité dans les affections mycosiques ne soit pas encore complètement élucidé, on a déjà néanmoins beaucoup fait dans ce domaine.

Certains investigateurs comme Br. Bloch, Massini, Neisser, Plato, Sabouraud, Bruns et autres ont obtenu des résultats con-

ANN. DE DERMAT. — VII^e^ SÉRIE. T. III. N° 10. OCTOBRE 1932.

tradictoires quant à la persistance et à la durée de l'immunité vis-à-vis des différentes variétés des parasites.

Cependant on a déjà prouvé que l'immunité cutanée ainsi que l'immunité générale existent dans des formes profondes des dermatomycoses ; on a prouvé aussi la présence des anticorps dans le sang et la sensibilité exagérée de la peau à l'action du parasite mycosique et de ses toxines.

Les cas de favus et de trichophytie généralisés s'accumulent peu à peu dans la littérature universelle.

Déjà en 1884 Kaposi le premier décrivit un cas de favus chez un homme de 40 ans, chez lequel non seulement le cuir chevelu fut atteint à partir de l'âge de 10 ans, mais aussi les voies digestives et intestinales dans les muqueuses desquelles il découvrit les mycéliums typiques d'*Achorion Schœnleini*.

Le docteur Glouchovtzev, de la clinique du professeur Bogolepov (Tomsk), a décrit en 1924 un cas de favus de la tête et des ongles avec lésion de l'articulation du genou. A l'autopsie de ce malade, mort de tuberculose miliaire, on a découvert des granulomes dans les poumons, le foie, la rate, où parmi les cellules géantes on trouva le parasite du favus.

Le docteur Choumakov, de Leningrad, décrit un malade avec un favus du cuir chevelu, dans l'expectoration duquel il y a avait des mycéliums d'*Achorion Schœnleini*. Après la mort de ce malade, causée par une crise cardiaque, on trouva le même parasite dans le pus d'un abcès pulmonaire.

Le travail du docteur Tschernogoubov, qui comporte la description d'une trichophytie chronique familiale compliquée de lésions des muqueuses, des os et des glandes lymphatiques, présente un intérêt tout à fait exceptionnel. La communication des docteurs Hiesco et Longin, de l'hôpital militaire de Bucarest, dans laquelle ils décrivirent en 1927 un cas de favus généralisé de la peau et des muqueuses mérite aussi un grand intérêt. Dans le cas du docteur Nobl le favus du cuir chevelu était accompagné d'une lésion de l'articulation du genou avec présence du filament mycélien dans les os et les matières fécales. Le docteur Ambrosoli a publié en 1927 un cas de favus du cuir chevelu. A la culture sur milieu de Sabouraud du sang de ce malade on trouve *Ach. Schœnleini*.

Les données extraites de la littérature de cette question ci-dessus

citées prouvent que les cas de favus généralisé ne sont pas si nombreux. C'est pourquoi nous croyons que chaque nouveau cas pareil confirme les idées modernes sur cette affection et nous avons cru le nôtre digne d'être communiqué.

F. A..., fillette de 14 ans, entrée dans la maison des enfants faveux en décembre 1929. En été de la même année, la malade fut soumise au traitement par les rayons X pour favus du cuir chevelu ; mais, comme le traitement antiparasitaire ne put être appliqué (malade perdue de vue) la Rœntgenthérapie ne produisit pas l'effet désiré.

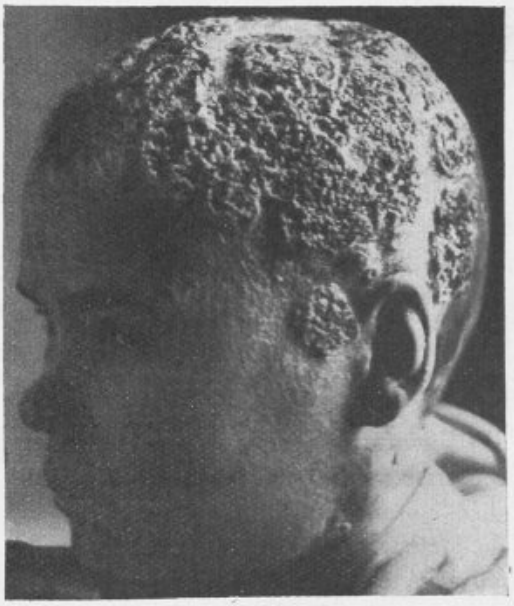


Fig. 1. — Favus avant la Rœntgenthérapie.

Status præsens. — La malade est de taille moyenne, bien faite, de nutrition au-dessous de la moyenne, la peau et les muqueuses sont pâles. Les caractères sexuels secondaires sont absents. Pas de menstrues. Presque tout le cuir chevelu, à l'exception de petites parties sur le vertex et l'occiput, est couvert d'une épaisse croûte jaune, composée de godets faviques typiques confluents. Sur le vertex : atrophie cicatricielle due au processus favique précédent. Sur la nuque, les cheveux sont conservés décolorés, ternes ; entre eux, des placards isolés atteints du processus morbide. Sur la joue gauche, au niveau de l'oreille, un foyer, atteignant les dimensions d'une pièce de 5 kopecks, est composé

de godets confluents. Deux godets isolés siègent sur la paupière gauche supérieure. Les ganglions sous-maxillaires sont augmentés sans confluer complètement. Les ganglions rétro-auriculaires durs et douloureux sont augmentés au point d'atteindre les dimensions d'une prune. Les pavillons des oreilles sont épaissis, leur peau est infiltrée et couverte de squames épaisses et grises. La peau du corps et des extrémités est couverte par places de petites squames argentées. Sur la surface antérieure du tronc, on trouve des papules isolées de la dimension d'un grain de millet, couvertes d'exfoliations analogues. Sur la moitié droite du bas-ventre, ces papules sont groupées en forme d'anneau de la dimension de la paume de la main. Sur les fesses, il y a une éruption de petites plaques, isolées, d'une forme ronde, irrégulière, couvertes aussi de squames argentines. Les ongles des doigts auriculaires sont altérés, amincis, au-dessous d'eux existe une masse épaisse qui s'émiette facilement. L'ongle du 3e doigt de la main gauche est épais, plus convexe que d'ordinaire avec des fossettes jaunâtres punctiformes.

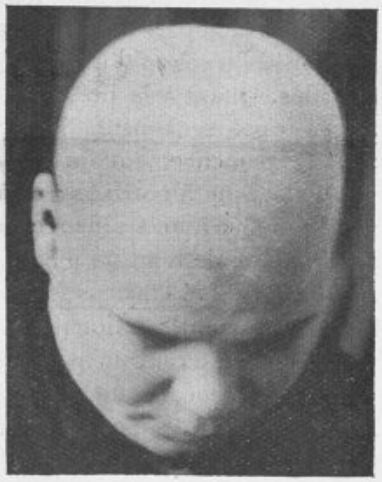


Fig. 2.
Favus après la Rœntgenthérapie.

L'état général de la malade est satisfaisant, la température entre 37°5-37°8. L'urine est normale ; réaction de Bordet-Wassermann (—). L'analyse qualificative du sang n'a pas démontré de divergences de l'état normal. Pirquet négatif.

Une série d'examens microscopiques des godets, des cheveux, des ongles et des éléments cutanés démontra partout la présence du mycélium d'*Achorion Schönleini*. L'ensemencement des mêmes éléments sur milieu de Sabouraud, pomme de terre, carotte, betterave, donna les mêmes résultats. Mais ce qui mérite le plus grand intérêt chez notre malade, c'est la présence de ce même parasite lors de l'ensemencement sur milieu de Sabouraud du Sang et du suc des ganglions sous-maxillaires. Avec cela, il faut noter que, contrairement à l'opinion d'Ambrosoli, sur la courte durée du séjour du parasite dans le sang, nous avons constaté que l'ensemencement répété au cours de deux mois a donné des résultats positifs.

Ainsi nous avons le tableau du favus généralisé, puisque non seulement les téguments mais aussi les systèmes sanguin et lymphatique sont envahis. Ce qui est particulièrement intéressant et impor-

tant dans ce cas, c'est que le tableau clinique, qui nous a amené à supposer que nous avions affaire à un procès généralisé d'origine mycosique a été confirmé par les résultats positifs de l'ensemencement par la présence d'*Ach. Schœnleini* dans le sang et dans le suc des glandes lymphatiques. On ne découvre pas souvent la présence du parasite dans le sang et dans le système lymphatique. Dans toute la littérature sur ce sujet dont nous disposons nous avons noté que le docteur Ambrosoli, dans 392 ensemencements de sang sur milieu nutritif, a obtenu seulement une fois des résultats positifs dans le cas d'un favus du cuir chevelu. Avec la trichophytie les résultats positifs sont plus fréquents.

On trouve le parasite dix fois dans les cas de trichophytides, deux fois dans la trychophytie profonde et une fois dans le cas de microsporides. Quant à la présence du parasite dans les glandes lymphatiques c'est seulement Sutter en 1920 qui a obtenu le parasite dans l'ensemencement du suc de la glande lymphatique. La thérapie biologique à notre regret n'a pas pu être appliquée. La malade a été soumise à un traitement par rayons X, du cuir chevelu et à des applications de teinture d'iode. Les ongles atteints furent ôtés chirurgicalement et le corps fut enduit avec un *unguentum Wilkinsoni*. Toutes les manifestations de la maladie disparurent, les ganglions seulement restèrent un peu augmentés de volume.

Les ensemencements du sang et du suc ganglionnaire une année après (au mois de janvier 1931) donnèrent des résultats négatifs.

BIBLIOGRAPHIE

Sabouraud. — *Les teignes.*
Br. Bloch. — *Handbuch der Haut- und Geschlechtkrank.*
Glouchovtzev. — *Russki vestnik dermatologuii*, 1927, v. 4.
Tchernogoubov. — *Russki vestnik dermatologuii*, janvier-février-mars 1926.
Choumakov. — *Russki vestnik dermatologuii*, 1928, v. b.
Lourier et Rabinovitch. — Les trychophyties, *Matières des affections mycosiques.*
A. Rabinovitch. — L'immunité dans les trichophyties, *ibid.*
Podvisotzka. — Les dermatomycoses, *ibid.*
Ambrosoli. — *Refer. in Zentralblatt.*, bb. XXIV.
Kummer. — *Handbuch der Haut- und Geschlechtkrank.*
Golay. — *Annales de dermatol. et syphil.*, juin 1928.
Hiesco et Longin. — *Annales de dermatol. et syphil.*, avril 1930.

VASTE ULCÉRATION GANGRÉNEUSE SOUS-MAXILLAIRE D'ORIGINE LYMPHO-GRANULOMATEUSE (PALTAUF-STERNBERG)

Par J. GADRAT
(Travail de la Clinique de Dermato-Syphiligraphie de l'Université de Toulouse : Prof. Ch. Audry).

Tout le monde sait qu'au cours de la lymphogranulomatose vraie (de Paltauf-Sternberg), les altérations de la peau sont fréquentes et importantes. Dans cette note nous négligeons complètement la lymphogranulomatose cutanée, autochtone, ulcéreuse ou non. De même, nous laissons de côté les cas relativement assez fréquents où l'on voit les ganglions malades, lorsqu'ils sont assez superficiels, se ramollir et se vider à l'extérieur par des fistules ; il en existe un assez grand nombre de cas (Liebmann, Klein, Hitschmann et Stross, Hecht, Umber etc.... cités par Schoenhof). M. Weissmann en a publié récemment une bonne observation (*Soc. méd. Hôp. Paris*, 10 juillet 1931, p. 1443).

Nous nous occupons ici seulement des grandes ulcérations que la maladie peut engendrer dans des conditions parfois un peu indéterminées, mais qu'on rapporte le plus habituellement à une propagation cutanée du granulome ganglionnaire. On sait, en effet, que si, par définition, la lésion type de Paltauf-Sternberg est contenue à l'intérieur de la capsule du ganglion, les cas sont assez fréquents où le tissu pathologique ayant rompu cette capsule se propage dans les tissus ambiants, cellulaires, musculaires, osseux, cutanés, à la façon d'un vulgaire néoplasme.

Les observations de grandes ulcérations lymphogranulomateuses de la peau sont assez rares.

ANN. DE DERMAT. — VII[e] SÉRIE. T. III. N° 10. OCTOBRE 1932.

Observation

P..., Jean, entre dans le service de M. le professeur Audry, le 30 décembre 1931. Agé de 52 ans, chevrier, il n'a jamais quitté le département du Gers. On ne relève rien de particulier dans ses antécédents.

Sa maladie a débuté au printemps 1930 : à cette époque, apparait insidieusement dans la région sous-maxillaire gauche une tumeur superficielle, indolente qui, après avoir atteint la dimension d'une petite noix environ, régresse partiellement au point de ne plus attirer l'attention du malade pendant une dizaine de mois.

L'année suivante, la tumeur qui n'avait jamais entièrement disparu reprend peu à peu son développement, devient de plus en plus volumineuse et superficielle ; la peau s'amincit de jour en jour et finalement s'ulcère donnant issue à des débris sphacélés, bourbillonneux, plutôt qu'à du pus franc. Dans les semaines qui suivent, cette évacuation pseudo-gommeuse continue ; l'ulcération ainsi créée s'agrandit rapidement en surface et en profondeur. Un traitement d'épreuve par l'acétylarsan reste sans effet. Une biopsie est alors pratiquée par le médecin traitant ; elle montre l'absence de lésions tuberculeuses ou néoplasiques et la présence sur les coupes de quelques filaments ramescents qui en imposent pour un mycélium : une thérapeutique iodurée intensive restant inefficace, le malade vient à la consultation et rentre dans le service le 30 décembre 1931.

Son état général est assez bien conservé, malgré qu'une aggravation nette se soit manifestée entre sa première venue à l'hôpital et son entrée. Il n'a pas de fièvre ; il accuse un certain amaigrissement. On est tout de suite frappé par l'existence d'une dyspnée marquée, d'apparition toute récente : la respiration est à la fois pénible et bruyante. Il n'existe pas de douleurs à proprement parler.

La région sous-maxillaire gauche est occupée par une considérable ulcération circulaire de 7 centimètres de diamètre, exhalant une odeur nauséabonde ; cette perte de substance est limitée sur la totalité de son pourtour par un petit bourrelet saillant, continu, légèrement hyperkératosique. L'ulcération est profonde de 3 centimètres environ ; elle ne saigne pas ; ses parois sont assez irrégulières, obliques en entonnoir ; le fond est occupé par un tissu jaunâtre, nécrosé, abandonnant sur les pansements un liquide sanieux mêlé de quelques débris sphacélés. En somme l'aspect morphologique est celui d'un *ulcus rodens* géant.

A la palpation, on constate une infiltration très accentuée communiquant aux tissus avoisinants une consistance ferme ; il n'est pas possible dans cette masse dure, mais non douloureuse, d'identifier des ganglions. Il n'existe ni sur la langue, ni sur la muqueuse buccale la moindre lésion susceptible d'expliquer des adénopathies sous-maxillaires. L'exploration du pharynx, l'examen laryngoscopique ne montrent rien d'anormal. Les différentes zones ganglionnaires superficielles sont

libres ; pas plus dans les régions sous-maxillaire et carotidienne droites que dans les régions axillaires ou inguinales, on ne décèle le moindre ganglion pathologique. La rate est nettement augmentée de volume, non palpable, mais percutable sur 5 travers de doigts.

Sur le tégument on ne constate rien de particulier ; il n'existe aucun prurit. Indépendamment de la dyspnée déjà signalée, une toux incessante entraînant une expectoration muco-purulente assez abondante attire l'attention sur l'appareil respiratoire. A l'auscultation, la respiration est légèrement soufflante dans la région latéro-vertébrale droite ; on constate l'existence de râles humides disséminés, sans foyers nets.

Le cœur est normal. La tension artérielle est de 13-9 (Pachon-Gallavardin). Le foie, un peu douloureux déborde nettement le rebord costal ; il est dur et régulier ; les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Il n'existe aucun trouble du système nerveux.

L'examen hématologique donne :

Globules rouges.	4.216.000
Globules blancs.	9.000

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles. . .	74 o/o
Polynucléaires éosinophiles. . .	1 »
Grands mononucléaire.	6 »
Moyens mononucléaires	10 »
Lymphocytes.	9 »

La réaction de Wassermann est négative. Deux biopsies sont pratiquées dont on verra les résultats un peu plus loin.

L'examen des crachats montre une flore polymicrobienne abondante, mais pas de bacilles de Koch. La radiographie décèle, contre toute attente, de grosses masses opaques hilaires, polylobées, débordant largement à droite et à gauche l'ombre cardio-aortique ; des images de tramite émergent de ces ombres hilaires et parcourent le parenchyme en sens radié ; il existe en outre une légère réaction pleurale de la base droite avec déformation de l'hémidiaphragme homologue.

Le lendemain de l'entrée, 1er janvier 1932, la température s'élève à 39°, l'expectoration diminue, le cornage et la gêne respiratoire deviennent plus intenses. Pendant les jours qui suivent la fièvre est capricieuse, oscillant entre 37°5 et 39°, les signes d'encombrement pulmonaire s'accentuent, la dyspnée progresse de plus en plus, le malade se cyanose et meurt en pleine asphyxie le 7 janvier au soir.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax les poumons sont congestionnés et anthracosiques. Il existe quelques adhérences pleuro-pariétales et pleuro-diaphragmatiques du côté droit. Les deux poumons sont fermes et densifiés. A la coupe, on voit sourdre des bronchioles un mélange d'œdème et de séro-pus ; le parenchyme est uniformément violacé mais ne présente aucun nodule caractéristique.

Dans le médiastin postérieur, les ganglions trachéo-bronchiques forment une masse considérable du volume d'une tête de fœtus, se continuant en haut avec les ganglions profonds de la chaîne carotidienne et s'étendant vers le bas jusqu'au diaphragme. Au niveau des deux hiles pulmonaires, les adénopathies semblent s'insinuer dans le parenchyme le long des gros conduits bronchiques. Au toucher on parvient à identifier les différents ganglions cimentés entre eux par une gangue épaisse et fibreuse qui les fait aussi adhérer aux organes du médiastin.

A la coupe, l'aspect de ces ganglions est loin d'être uniforme : certains sont considérablement anthracosiques, d'autres présentent un aspect blanchâtre, légèrement humide, d'autres enfin paraissent nécrosés, jaunâtres dans leur partie centrale.

Dans la région sous-diaphragmatique, on constate une augmentation considérable des ganglions lombo-aortiques qui forment une masse du volume du poing réunie aux adénopathies médiastinales par une chaîne ganglionnaire ininterrompue. Les ganglions mésentériques sont gros et durs, et viennent former dans la région sous-pylorique un troisième volumineux paquet adhérent au duodénum et aux anses grêles.

A la coupe, ces adénopathies abdominales sont tantôt blanchâtres et succulentes, tantôt formées d'une partie jaune centrale séparée de la périphérie plus blanche par un liseré festonné de couleur rouge.

La rate est volumineuse ; elle pèse 490 grammes. Sa capsule fibreuse est épaissie. Son aspect est relativement homogène et rouge sauf en quelques rares points où la pulpe prend une apparence granitée et jaune.

Le foie est gros (1.950 grammes), lisse et uni ; sa capsule est épaissie et résistante, on trouve sur sa face supérieure un petit nodule blanchâtre ayant les dimensions d'une lentille. A la coupe l'organe est assez dur, un peu granuleux en certaines zones, mais surtout congestif et rappelant le foie muscade.

Les reins et les autres viscères ne présentent rien de spécial. On n'a pas pu enlever les centres nerveux.

En résumé. — Au point de vue macroscopique : adénopathies profondes considérables de type Hodgkinien, formant une chaîne continue mais conglomérée en trois masses distinctes : l'une médiastinale, l'autre lomboaortique, la dernière sous-pylorique ; rate grosse mais nullement caractéristique. Foie de type congestif. Poumons congestionnés avec bronchite purulente expliquant les manifestations cliniques terminales.

ETUDE HISTOLOGIQUE (due à l'obligeance de M. le professeur NANTA)

1° *Biopsie sous-maxillaire du fond de l'ulcération.* — Le fond de l'ulcération atteint la glande sous-maxillaire dont les tubes glandulaires sont parfaitement reconnaissables. Intacts par endroits, ils sont dissociés ailleurs par quelques filaments conjonctifs et une infiltration cellulaire

abondante : en ce cas certains éléments sécrétants sont atrophiés réduits, à une mince couche protoplasmique et finissent par disparaître en laissant une logette vide. En d'autres régions, le remaniement du tissu glandulaire est encore plus marqué : il persiste à peine quelques éléments au milieu d'un lacis de fibres fines ou d'une nappe de gros trousseaux fibreux.

En général, la nappe d'infiltration qui forme le fond de l'ulcère est cependant séparée du tissu glandulaire par une large bande de sclérose sauf en quelques points où les cellules granulomateuses fusent dans la glande à travers des mailles scléreuses moins denses.

Les cellules qui forment la nappe ne sont pas très polymorphes : ce sont surtout des éléments à petit noyau sombre, des cellules lymphoconjonctives tuméfiées, des cellules de type histiocytaire et quelques-unes assez semblables à des cellules épithélioïdes. Dans des points où cette nappe d'infiltration est encore mêlée à des cellules d'origine glandulaire, l'aspect est extrêmement panaché. Nulle part dans le fond de l'ulcération on ne voit de cellules de Sternberg typiques.

Il apparaît donc là que la tumeur de type granulomateux a infiltré et dissocié les éléments glandulaires à la manière d'une tumeur maligne comme cela a été signalé dans quelques cas de maladie de Hodgkin, et précisément en ces points la cellule de Sternberg fait défaut.

2° *Biopsie du bord de l'ulcération.* — Au voisinage de l'ulcération, immédiatement en dehors de la pseudo-membrane formée par une agglomération de leucocytes et un exsudat fibrineux se voit une nappe celluleuse qui n'est particulièrement riche ni en néo-vaisseaux ni en cellules d'infiltration mais semblable en tous points au tissu pathologique situé un peu plus loin.

La nappe de cellules qui compose la lésion est formée d'éléments tassés les uns contre les autres et qui dans l'ensemble ont un gros noyau réniforme ou allongé à réseau chromatinien délicat et pourvu d'un nucléole acidophile. Les figures de mitose sont assez nombreuses. Dans quelques points où l'infiltration est moins dense il semble que ces éléments soient en rapport avec des cellules réticulaires.

L'épiderme présente une hypertrophie des colonnes interpapillaires très accusée au voisinage de l'ulcération avec une couche génératrice bien dessinée, un corps muqueux formé de 10 à 12 assises homogènes et une granuleuse accusée et bourrée de grains de kératine.

Dans l'ensemble, l'altération caractéristique est la papillomatose telle que M. Nanta l'a déjà signalée dans un ulcère lymphogranulomateux de la joue en 1922 (*Premier Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue Française*, Paris, juin 1922, p. 212). Il est à remarquer cependant qu'il n'existe, pas de cellules de Sternberg visibles dans la nappe cellulaire dermique et sous-dermique.

3° *Rate.* — Extrêmement congestionnée, elle est parsemée de foyers nécrotiques et de zones scléreuses. Elle paraît formée d'un tissu extrêmement dense grâce à l'abondance des globules rouges extravasés. L'endo-

thélium des sinus a desquamé presque entièrement en ne laissant plus de topographie distincte entre les cordons de Billroth extrêmement pauvres en cellules et leur cavité gorgée de sang et de débris cellulaires.

Les éléments blancs reconnaissables de-ci, de-là sont formés de cellules réticulaires volumineuses, très claires, d'un petit nombre de lymphocytes et de quelques foyers de prolifération lymphoïde à gros éléments lymphoblastiques. On peut distinguer en très petit nombre quelques cellules de Sternberg, quelques plasmocytes ; il n'y a pas d'éosinophilie. La sclérose est marquée sur certains points.

On identifie quelques corpuscules de Malpighi, encore volumineux, généralement dépourvus de centre clair. Sur quelques trajets artériels, il persiste une sorte de gaine lymphoïde formée de cellules lymphocytaires de divers types.

En résumé : rate congestionnée, œdémateuse, parsemée de foyers nécrotiques très nombreux avec persistance des corpuscules de Malpighi et de tissu lymphoïde périartériel sans transformation granulomateuse accentuée malgré la présence de quelques cellules de Sternberg et d'îlots de granulomatose discrète.

4° *Ganglion lombo-aortique.* — Nécrosé en grande partie sous forme de travées d'affinités colorantes incertaines découpant un tissu d'îlots lymphoïdes encore intacts. L'architecture du ganglion est absolument méconnaissable du fait que la nécrose frappe en masse indistinctement tantôt la région corticale, tantôt la médullaire sans qu'on puisse distinguer dans les débris soit au centre, soit à la périphérie, la structure des sinus centraux.

Il existe de nombreux pigments, tantôt sous forme de granulations plus réfringentes filamenteuses ou agglomérées qui répondent à du pigment ocre tantôt sous forme de poussière noire généralement intra-cellulaire et répartie sur des groupes de cellules agminées et qui font figure de cellules à poussière : on pourrait donc parler d'anthracose.

Les éléments cellulaires intacts appartiennent surtout au type des lymphocytes et des grands mononucléaires ; il existe aussi quelques polynucléaires neutrophiles mais point d'éosinophiles. En certains endroits de la région sous-capsulaire où la structure ganglionnaire est cependant conservée par exception, on voit un tissu d'infiltration un peu œdémateux formé en majeure partie de cellules de type lymphoïde, d'histiocytes bourrés de pigment noir et de nombreuses cellules de Sternberg. Il n'y a pas trace de sclérose.

La capsule elle-même est infiltrée par une masse de cellules anthracosiques qui obscurcissent le champ et par des suffusions hémorragiques qui débordent la capsule dans un tissu cellulo-graisseux lui-même fortement infiltré. •

En somme, lymphogranulomatose maligne typique avec nécrose presque totale du ganglion et infiltration de la capsule.

5° *Ganglions trachéo-bronchiques.* — La capsule, extrêmement épaisse, est formée de strates conjonctives dissociées par des traînées d'infiltra-

tions cellulaires et de petits vaisseaux congestionnés. En dessous on voit un mince liseré de tissu lymphoïde dans lequel la formation des sinus est difficile à reconnaître.

Tout le reste du ganglion est transformé en une vaste nappe de nécrose dans laquelle subsistent à peine quelques îlots un peu œdémateux et des débris nucléaires mieux formés ou même un manchon périvasculaire de cellules lymphoïdes. La richesse du ganglion en pigment noir est considérable en certains endroits. Dans les îlots sous-capsulaires il existe quelques cellules de Sternberg bien reconnaissables.

6° *Foie.* — En dégénérescence graisseuse accusée par endroits, avec foyers d'infiltration cellulaire entre les travées hépatiques (lymphocytes, polynucléaires neutrophiles et macrophages) très marquée sur certains lobules. On peut même, malgré l'abondance des éléments d'infiltration, l'œdème et la congestion qui ont pour ainsi dire remplacé le parenchyme, reconnaître quelques îlots de granulomatose.

Généralement les espaces portes sont entourés de travées hépatiques un peu moins altérées que les veines sus-hépatiques. C'est autour de ces dernières que prédominent l'œdème et la congestion si bien que le foie fait un peu figure de foie cardiaque. La surcharge pigmentaire des cellules est extrême en certains points. Quant aux cellules hépatiques dans les travées les mieux conservées elles présentent des altérations nucléaires et protoplasmiques (noyau chiffonné, irrégulier) qui, compte tenu des altérations cadavériques, ne font pas de doute qu'il existe aussi une hépatite diffuse.

En somme, au point de vue histologique il s'agit d'une lymphogranulomatose authentique, avec cellules de Sternberg prédominant dans les ganglions, et manifestes dans quelques îlots spléniques.

Une granulomatose à tendance envahissante a provoqué une destruction étendue des téguments et du tissu sous-cutané jusqu'en pleine glande sous-maxillaire. Cette destruction ne paraît pas relever du même processus de nécrose massive qu'on peut observer dans les ganglions trachéaux et lombo-aortiques étant donnée l'abondance de l'infiltration qu'on relève sur les bords et dans le fond de l'ulcère. Il est impossible, en tous cas, de trouver dans le fond de l'ulcération des lésions vasculaires qui auraient pu commander cette nécrose étendue. Nulle part sur les coupes de la peau ou des organes profonds nous n'avons vu d'infection bactérienne tuberculeuse ou autre qui permette d'attribuer les nécroses étendues des ganglions et l'ulcération cutanée à une infection secondaire.

En résumé : Il s'agit d'un homme de 52 ans qui présente depuis quelques mois une vaste plaie de la région sous-maxillaire gauche

de la largeur de la paume de la main et assez profonde pour avoir dénudé la glande sous-maxillaire.

Tout le fond de cette plaie est manifestement gangréneux et fétide et donne l'impression d'une métastase épithéliomateuse vulgaire ; mais l'examen de la bouche et du pharynx ne montre aucune tumeur non plus que des biopsies répétées ne laissent découvrir aucune structure épithéliomateuse de la plaie.

A l'autopsie, on trouve des masses ganglionnaires considérables lombo-aortiques, sous-pyloriques et médiastinales, ces dernières se prolongeant avec la chaîne ganglionnaire du cou, une altération marquée de la rate et une lésion très circonscrite du foie.

L'examen histologique (M. Nanta) montre qu'il s'agit bien d'une lymphogranulomatose type Paltauf-Sternberg. Conformément à l'habitude, les lésions cutanées ont une structure non caractéristique, et le fond de la plaie est en partie nécrosé.

De tels cas ne sont nullement inconnus mais restent exceptionnels.

Il y a d'abord une observation souvent reproduite de Artz d'un homme qui présentait une énorme plaie végétante de la nuque et de la région occipitale droite. Ce cas de Artz n'est pas d'une interprétation très facile : on ne sait pas exactement s'il s'agit d'un vaste infiltrat lymphogranulomateux ulcéreux ou d'une propagation d'un lymphogranulome ganglionnaire. Il en est de même pour l'observation de Ziegler.

Au contraire, il existe un cas de Meyeringh où une large plaie de l'aisselle laissait saillir des masses végétantes provenant des ganglions de la région. Saalfeld a fait connaître une observation du même genre dans laquelle la moitié droite de la poitrine était le siège d'une ulcération profonde pénétrant jusqu'au niveau du plexus brachial et des gros vaisseaux. Linser a vu une lésion du même genre superposée à des ganglions cervicaux et axillaires. Un second cas de Artz est très comparable à celui-là. Enfin Yamasaki a décrit une ulcération du côté droit du cou s'étendant vers la nuque et ressemblant à un sarcome rongeant. Il faut du reste savoir qu'on a signalé (Artz encore) des cas où une vaste tumeur thoracique, grosse comme une tête d'enfant mais non ulcérée, faisait corps avec un lymphogranulome du médiastin ; Kückens a rap-

porté l'observation d'une tumeur indolente semblable à une tumeur du sein et qui avait son point de départ dans les ganglions axillaires et infra-claviculaires.

Chez ces malades comme chez le nôtre, tout porte à croire que ces vastes pertes de substance ont bien les ganglions comme origine, et que ceux-ci ont littéralement versé leur infiltrat lymphogranulomateux dans les couches profondes de la peau ; ultérieurement celle-ci s'est détruite par un processus nécrotique. L'existence tout à fait frappante d'un processus nécrotique et même gangréneux dans le fond de la plaie sous-maxillaire de notre malade est caractéristique.

Il reste à se demander si de pareils accidents sont dus à une complication extérieure ou s'ils résultent purement et simplement du processus morbide. Puisqu'on sait que le ganglion peut se ramollir spontanément, il semble plus sage d'admettre que toute la perte de substance résulte du processus lymphogranulomateux. Parti du ganglion celui-ci s'est répandu sous la peau et l'a détruite, exactement comme ailleurs il détruit des muscles ou des os.

On retrouve là l'ensemble des caractères particuliers d'une maladie qui réunit des altérations de type inflammatoire et néoplasique dans un complexe tout à fait singulier et caractéristique. On n'a plus de peine à comprendre comment, dans un grand nombre de cas, la lymphogranulomateuse de Paltauf-Sternberg a pu être prise pour un néoplasme.

Pour la Bibliographie. — Cf. Siegmund Schoenhof. — Dit lymphogranulomatose der Haut. *Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten* (Jadassohn), tome VIII, 1re partie, 1929, pages 271 et suivantes.

SUR L'IMPORTANCE DE L'EXAMEN ULTRAMICROSCOPIQUE EN CAS D'ACCIDENTS SUSPECTS DE SYPHILIS PRIMAIRE

Par le docteur URBAIN THIRY, assistant.
(Travail de l'Institut d'Hygiène et de Bactériologie de l'Université de Gand.
Directeur : Prof.-Dr A. BESSEMANS).

Les cas ne sont pas rares de lésions non syphilitiques, diagnostiquées cliniquement et traitées comme étant des accidents spécifiques primaires, alors qu'un examen ultramicroscopique soigneux, effectué dès le début, aurait pu éviter l'erreur. Mais, alors même que l'ultra révèle la présence de Tréponèmes, l'analyste doit se rappeler qu'il existe de tels Spirochétidés, qui sont parfaitement étrangers au germe de Schaudinn. C'est ainsi qu'il nous a été donné récemment l'occasion d'observer le cas suivant :

P... Marcel, 33 ans, machiniste de bord. Blennorragie pendant la guerre, avec persistance à l'heure actuelle d'une goutte matinale. En plus, depuis 7 ans, malaria non guérie. Rapports suspects il y a un mois à Constantinople, avec usage d'un condom. Prend immédiatement le large et ne sacrifie plus à Vénus que 17 jours plus tard à Dunkerque, cette fois sans précaution aucune. Ressent depuis trois jours de légères douleurs au gland et aperçoit, en décalottant, dans le sillon balano-préputial, une dizaine de petites ulcérations qui l'inquiètent; constate, au surplus, la présence de nodosités ganglionnaires dans les plis inguinaux. A l'hôpital civil de Gand, où il vient d'entrer, on porte le diagnostic d'herpès, mais on nous envoie le sujet pour examen de laboratoire.

Nous remarquons dans le sillon balano-préputial, à la face supérieure, deux ulcérations grandes comme la section d'un pois, à bords violacés et à centre blanc jaunâtre, sans induration. A la face inféro-interne gauche, quelque peu en arrière du sillon, nous trouvons deux lésions semblables aux précédentes (voir photo). Le malade nous dit avoir présenté six autres ulcérations analogues, disposées de façon à former

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 10. OCTOBRE 1932.

avec les présentes un véritable collier, mais spontanément guéries depuis quelques heures. A part des soins de propreté, le patient s'est abstenu de tout traitement. Au niveau de l'aine, de chaque côté, la palpation décèle deux ganglions indurés et non douloureux, l'un de la grosseur d'une fève, l'autre de celle d'un pois.

Nous examinons à l'ultra la sérosité prélevée à chacune des quatre ulcérations. Partout nous trouvons la présence de nombreux Spirochétidés de longueur variant entre 6 et 15 microns (1), comptant de 4 à 11 spires, presque tous immobiles, les autres doués d'une mobilité fort réduite. Chez la plupart d'entre eux, les spires sont larges et irrégu-

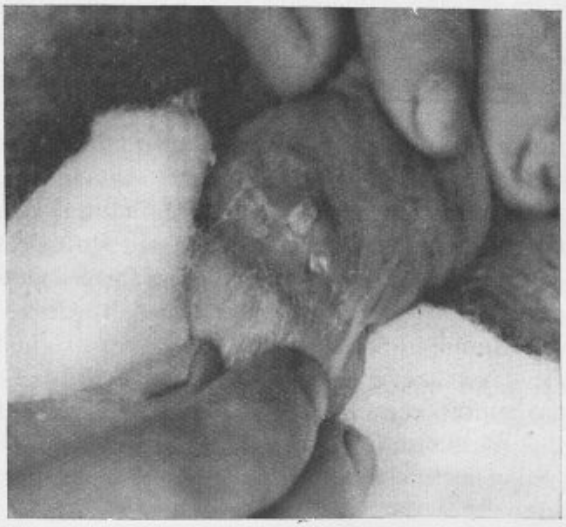


Fig. 1.

lières comme chez les Spironèmes ; les autres montrent des spires semblables à celles du Tréponème pâle, pourtant moins serrées et d'épaisseur plus marquée.

(1) Il y a peu de temps nous avons mesuré, d'une façon très précise, 50 *Treponema pallidum* vivants, provenant d'un syphilome de lapin expérimentalement infecté. Nous avons trouvé que leur longueur, exprimée en dixièmes de micron, variait de 102 à 170. De même, nous avons examiné à l'ultra 50 *Treponema cuniculi* vivants (lésions péri-anales de lapin) et nous avons observé que les formes extrêmes allaient de 85 à 187 dixièmes de micron. Dans nos conditions expérimentales, *Treponema cuniculi* a donc présenté une plus grande variabilité de longueur que le Tréponème de Schaudinn.

Quoique le malade ne puisse pas nous dire si le mal a débuté sous forme de vésicules, nous estimons, étant donné l'aspect clinique des lésions ainsi que l'épaisseur et le relâchement des spires tréponémiques, que nous avons affaire à de l'herpès ulcéré.

Aucun traitement n'est institué. Le sang, prélevé le lendemain, donne un Wassermann négatif. Le deuxième jour, une des quatre ulcérations a disparu et les ganglions inguinaux ont diminué de volume ; leur produit de ponction est inoculé dans les testicules d'un lapin.

Puis le patient disparaît, pour nous revenir quinze jours plus tard. A ce moment, il ne présente plus rien d'anormal et nous dit que, dès le cinquième jour après notre premier examen, ses lésions avaient disparu, quoiqu'il ne les eût saupoudré qu'une seule fois de dermatol.

Le lapin inoculé reste apparemment indemne durant quatre mois. Nous transférons alors ses ganglions poplités dans les testicules d'un lapin neuf. Celui-ci à son tour ne présente aucune lésion spécifique.

Somme toute, dans ce cas, l'examen ultramicroscopique aurait pu troubler quelqu'un de peu familiarisé avec la méthode. Mais l'importance de cette dernière ressort surtout du fait que si, au lieu d'y recourir, nous avions examiné les sérosités en frottis colorés, nous n'aurions certainement pas pu différencier les formes tréponémiques que nous avons rencontrées. Car, s'il est un fait que les meilleures méthodes de coloration, telles que le Mühlpfordt original ou modifié, conservent relativement bien la forme des Spirochètes (1), il n'en est pas moins certain qu'elles les déforment suffisamment pour ne plus permettre de reconnaître un Tréponème de Schaudinn de Tréponèmes analogues dans le genre de ceux que nous venons de signaler.

Nous avons rencontré d'autres fois encore des formes tréponémiques dans des lésions suspectes, dont seul l'examen ultramicroscopique a pu diagnostiquer la nature. Notamment nous nous souvenons de deux marins étrangers, faisant partie de l'équipage d'un même navire et se présentant à nous le même jour, au début de 1930, porteurs d'ulcérations balano-préputiales semblables à celles du machiniste P... Nous leur trouvâmes à tous deux des

(1) Voir Bessemans (A.) et Van den Berghe (L.), Procédés simples et rapides de coloration pour Tréponèmes et Leptospires, *C. R. Soc. de Biol.*, séance belge du 27 juin 1931, t. CVII, p. 1571.

Van den Berghe (L.), Valeur comparative de divers procédés rapides de coloration pour la mise en évidence des Tréponèmes et des Leptospires dans les frottis, *Rev. belge des Sc. médic.*, nov. 1931, t. III, n° 9, p. 994.

Spirochètes nombreux et mobiles, à spires assez serrées et tellement régulières que nous avons failli les prendre pour de vrais Tréponèmes pâles. Ce n'est qu'en constatant, par l'observation prolongée, que l'épaisseur de leurs spires était par trop accentuée et surtout en les comparant avec des Tréponèmes fraîchement prélevés dans un syphilome testiculaire de lapin, que nous avons pu établir qu'il ne s'agissait pas du germe de Schaudinn, ceci d'ailleurs en concordance avec l'aspect clinique bien particulier des lésions qui les hébergeaient.

Dans le même ordre d'idées, nous avons eu notre attention attirée sur les dimensions des divers Tréponèmes pâles véritables, que nous avons pu observer à l'état frais chez l'homme, et nous avons l'impression que leur longueur et surtout leur épaisseur peuvent varier au point qu'il est possible d'établir différentes catégories, par exemple : une première, groupant les formes élégantes, très fines et très longues, douées habituellement de mouvements rapides; une deuxième, comprenant des formes nettement plus trapues, plus courtes et surtout plus épaisses que les précédentes comme aussi moins vives dans leurs divers mouvements; une troisième enfin, où l'on pourrait classer les formes intermédiaires entre celles des autres groupes. Nous avons même pensé remarquer que, chez l'homme, à la suite d'un traitement antisyphilitique local ou général, des formes de la première catégorie peuvent se transformer au bout de peu de jours en celles de la deuxième et de la troisième (1). Nous avons également été frappé du cas d'un malade qui, porteur d'un chancre où ne grouillaient que des Tréponèmes pâles de la première catégorie, contamina sa compagne, celle-ci ne présentant à son tour, lors de son propre examen, que les mêmes formes tréponémiques. Nous insistons sur le fait que, malgré leur diversité, les catégories de Tréponèmes pâles, que nous avons pensé pouvoir reconnaître, se distinguent avec suffisamment de netteté des Tréponèmes non spécifiques pour ne pas rendre aux biologistes avertis leur différenciation malaisée. Au surplus, nous n'attachons pas

(1) Le phénomène ne doit pas être confondu avec celui de la modification que nous avons signalée autant chez les Tréponèmes que chez les Leptospires, dès qu'on parvient à les cultiver *in vitro* (THIRY (U.), *Archives intern. de Méd. expérim.*, 1931, vol. VI, fasc. 4, p. 513) : en ce cas, en effet, les formes s'épaississent et s'allongent en même temps.

à ces catégories une importance que ne peut justifier qu'un nombre plus grand d'observations soigneuses, estimant toutefois que la question mériterait d'être envisagée et étudiée de façon systématique.

Quoi qu'il en soit, les cas rapportés ci-dessus font ressortir une fois de plus l'importance de l'examen ultramicroscopique dans le diagnostic de la syphilis. En particulier, ce n'est pas sur un frottis coloré, mais uniquement au fond noir, que l'on peut déceler avec un maximum de chances et reconnaître avec une certitude quasi-absolue le vrai *Treponema pallidum* de Schaudinn. Seulement, l'examen doit être effectué par un spécialiste, habitué à regarder les Spirochètes à l'état vivant. Encore pourra-t-il rencontrer des cas embarrassants, dans lesquels il fera bien de procéder par comparaison en recourant, à titre de témoins, à des Tréponèmes provenant d'un cas humain indiscutable ou d'un animal expérimentalement infecté.

Quant aux divers Spirochètes obtenus *in vitro* par quelques auteurs sous la dénomination *Treponema pallidum*, nous nous demandons si parfois dans ces cas le produit initial ne renfermait pas, à côté du virus syphilitique, des Tréponèmes analogues mais non spécifiques, voire non pathogènes, et si ce ne sont pas ces derniers qui se sont mis à pulluler, le vrai Tréponème pâle n'ayant ainsi jamais été cultivé jusqu'à présent.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juin 1932.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Sur la IIe conférence de Copenhague (1928) pour le séro-diagnostic de la syphilis, par O. Sciarra. *Annales des Maladies Vénériennes,* 27e année, nº 6, juin 1932, p. 405.

De telles conférences ne peuvent tirer de conclusions de leurs travaux parce qu'il leur manque des contrôles cliniques et sérologiques prolongés ou un traitement d'épreuve dans les cas douteux. S. critique les résultats de la Conférence de Copenhague de ce point de vue. Les prochaines conférences doivent étudier aussi :

a) la syphilimétrie scientifiquement considérée : quand doit-on suspendre et recommencer le traitement ?

b) la valeur thérapeutique des remèdes contre la syphilis en rapport avec leur influence sur les réactions.

Il faut aussi donner à la conférence la possibilité d'examiner directement plusieurs fois les cas douteux qui présentent une discordance entre la clinique et le résultat sérologique. Pour cela, il faudrait examiner seulement les sérums de sujets de la ville siège de la conférence et la présence d'éminents cliniciens.

Ainsi on pourrait déterminer la valeur exacte des diverses réactions et établir les bases d'une prophylaxie rationnelle et énergique de la syphilis. H. Rabeau.

Sur les altérations de l'arrière-faix dans la syphilis, par T. E. Olin. *Annales des Maladies Vénériennes,* 27e année, nº 6, juin 1932, p. 415.

O. a examiné les diverses altérations de l'arrière-faix. Pour lui le poids du placenta n'a pas une valeur diagnostique absolue. Ce poids varie suivant les pays. Dans les pays scandinaves, le poids est relativement plus considérable que la normale indiquée. De même le rapport existant entre le poids de l'arrière-faix et celui du fœtus, dit quotient placentaire. Un quotient peu élevé ne prouve pas que l'enfant a échappé à l'infection. Il examine les diverses altérations histologiques du placenta et montre combien les altérations sont moins nombreuses dans les cas traités. Le traitement donné aux mères pendant la grossesse empêche dans une proportion considérable l'apparition et le développement des altérations histologiques de l'arrière-faix. Aucune de ces

altérations ne permet de faire un diagnostic de syphilis, mais doit inciter à la suspicion. S'il y a plusieurs altérations prononcées de l'arrière-faix, avant tout l'hyperplasie villeuse typique, les « abcès » villeux miliaires et une inflammation du second degré dans le cordon, on peut presque sûrement affirmer la syphilis. H. RABEAU.

Sur le traitement de l'orchi-épididymite blennorragique par les injections de vaccin dans la muqueuse urétrale, par P. CHEVALLIER, R. MORICARD et J. PAUCHARD. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 6, juin 1932, p. 431.

Les auteurs ont étudié le procédé de vaccination régionale par la porte d'entrée décrit par Basset et Poincloux, dans l'orchi-épididymite blennorragique. Cette méthode de vaccination leur paraît douée habituellement de propriétés curatives certaines encore qu'incomplètes. Elle est spécifique car elle exige un vaccin préparé avec l'espèce microbienne qui infecte le malade, son action ne dépend pas d'un mécanisme spécifique, elle est semblable à celle de médicaments non spécifiques comme le lait qui donne des résultats semblables et encore meilleurs. Le choc semble jouer un rôle prépondérant. Le dépôt du vaccin dans un tissu inflammé ou richement vascularisé est nécessaire, mais il n'est pas démontré que la zone d'activité thérapeutique soit forcément celle où a pénétré le microbe infectant. Il n'y a aucun parallélisme entre la réaction locale et les réactions générale et curative ce qui permet de mettre en doute que ce soit l'action locale du vaccin qui déclanche l'effet recherché. H. RABEAU.

Etude de la sensibilité de la réaction de Kahn, par V. Anduani CONSTANTIN. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 6, juin 1932, p. 452.

1.200 réactions de Bordet-Wassermann, Hecht, Desmoulières, faites parallèlement à la réaction de Kahn pour étudier la sensibilité de celle-ci :

1° cas où les réactions étaient concordantes : 62,5 o/o ; aucune discordance clinique ;

2° 11,5 o/o des cas où le Bordet-Wassermann était négatif et les autres réactions positives ;

3° 20,9 o/o des cas où Bordet-Wassermann et Hecht étaient négatives, Desmoulières et Kahn étaient positives ;

4° 5,5 o/o où seule la réaction de Kahn était positive ;

5° 1,9 o/o où la réaction de Desmoulières était positive, les 3 autres étant négatives. H. RABEAU.

Gangrène localisée de la langue fuso-spirillaire et simulant une gomme syphilitique rapidement guérie par le 914, par GOUGEROT, R. COHEN et P. DECOURT. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 6, juin 1932, p. 453 (1 fig.).

Un homme fait une chute, se mord la langue superficiellement. Cette petite plaie d'abord ne le gêne pas, puis s'agrandit, devient dou-

loureuse, tuméfiée, recouverte d'une eschare blanche et noirâtre. Il consulte 8 jours après ; on constate une ulcération du bord gauche s'étendant jusqu'à 1 centimètre de la pointe, mesurant 4 centimètres de long sur 2 cm. 5 de large ; à bords saillants, à pic, décollés en certains points, irréguliers et découpés ; le fond est nu, irrégulier, granuleux, bourgeonnant en certains points ; en d'autres, il est occupé par une masse nécrosée, blanchâtre en profondeur, noirâtre en surface, adhérente, de consistance mollasse. L'ulcération est infiltrée et repose sur une base œdémateuse. Pas d'adénopathie. Présence de nombreux fuso-spirilles, absence de bacilles de Koch, réaction de Bordet-Wassermann négative. Guérison en 15 jours par application locale de poudre de 914. H. RABEAU.

Maladie de Nicolas-Favre observée avant l'établissement des poradénites ; guérison presque complète après biopsie d'un ganglion sans autre traitement, par L. DANEL. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 6, juin 1932, p. 456.

Malade présentant une lymphogranulomatose inguinale subaiguë ; une biopsie comprenant l'énucléation d'une petite masse ganglionnaire est faite le 15 décembre. Le malade, revu le 29 février 1931 est amélioré, la péri-adénite a diminué, une réaction de Frei faite à ce moment est très positive. Revu le 27 mars, la masse adénitique est considérablement diminuée et l'adénopathie silencieuse de la fosse iliaque plus encore. H. RABEAU.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Chéloïdes et cicatrices chéloïdiennes ; leur signification, par G. SOLENTE. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nº 5, mai 1932, pp. 267-281.

Revue générale clinique, anatomo-pathologique et pathogénique dont la conclusion est que « la chéloïde résulte du fléchissement de l'action antagoniste de l'épiderme envers la prolifération du derme ». Nombreuses indications bibliographiques. A. BOCAGE.

Polynévrite généralisée par le tréparsol chez une malade atteinte de maladie de Dühring, par G. MILIAN. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nº 5, mai 1932, pp. 282-287.

Diabétique obèse, atteinte de maladie de Dühring avec infection streptococcique secondaire. 11 grammes de stovarsol, puis 49 grammes de tréparsol par voie buccale améliorèrent considérablement la poussée bulleuse, mais déterminèrent une polynévrite généralisée, suivie de mort au milieu de phénomènes infectieux.

Diabète, maladie de Dühring, infection cutanée et pulmonaire furent les éléments prédisposant à l'intoxication par l'arsenic pentavalent.
A. BOCAGE.

Nodosités juxta-articulaires (gommes syphilitiques sous-cutanées juxta-articulaires), par G. Milian et Baussan. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, n° 5, mai 1932, pp. 288-289.

Courte observation de nodosités situées au contact du cubitus au voisinage du coude, durant depuis deux ans chez un homme porteur de petites syphilides cutanées en grains de plomb. Guérison rapide par le traitement. A. Bocage.

Archives de l'Institut Prophylactique (Paris).

Le chiffre donnant le point de passage de la courbe d'activité à la date du ..., par A. Vernes. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. IV, n° 2, 2e trimestre 1932, p. 117.

Pour avoir une image exacte de l'évolution de la maladie, il faut une répétition appropriée des prélèvements. Un prélèvement isolé ne peut pas rendre compte d'un mouvement. La seule manière d'observer un mouvement est d'en enregistrer les variations quantitatives dans le temps, au moyen d'un instrument capable de fournir à chaque prélèvement le chiffre donnant le point de passage de la courbe d'activité.

H. Rabeau.

Notes sur la réaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic des ulcérations génitales, par Querangal des Essarts. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. IV, n° 2, 2e trimestre 1932, p. 193.

A la période du chancre, on observe souvent chez les sujets non tuberculeux une surfloculation *passagère* du sérum en présence d'une solution de résorcine dans les conditions expérimentales fixées pour le séro-diagnostic de la tuberculose. Cette surfloculation est spéciale au chancre syphilitique et ne se trouve dans aucune autre ulcération génitale. Elle n'est pas constante. Elle montre que la distinction en période sérologique et présérologique de la syphilis est une vue de l'esprit, puisque cette surfloculation à la résorcine vient extérioriser les troubles précoces dans les propriétés physico-chimiques du sérum. Cette surfloculation peut être d'un appui sérieux dans les cas difficiles pour le diagnostic, à condition que le malade ne soit pas tuberculeux, qu'il n'ait reçu aucune médication pyrétogène, que la courbe soit passagère, caractérisée par une élévation en flèche et une descente rapide.

H. Rabeau.

Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale (Paris).

Sur l'histologie de la sarcomatose de Kaposi (acroperitheliomatosa idiopathicum multiplex cavernosum lymphangiectoides cutaneum), par H. Hamdi et Hassan Resat. *Annales d'Anatomie pathologique*, t. IX, n° 6, juin 1932, pp. 593-596.

L'examen de quelques nouveaux cas montre que les altérations commencent par la prolifération des cellules périthéliales des vaisseaux dermiques ; il s'y ajoute rapidement une ramification de ces vaisseaux.

Au commencement de la maturité de la sarcomatose les foyers élémentaires caractéristiques ont l'aspect d'une périthéliomatose caverneuse à cellules fusiformes, tandis qu'à la période de maturité les cellules des foyers principaux sont en général rondes et qu'il s'y surajoute une dilatation des capillaires lymphatiques. Chaque tumeur se compose de plusieurs nodules néoplasiques d'évolution différente comportant à la fois des foyers de cellules épithéloïdes et des foyers de cellules fusiformes et des cellules rondes.

Chaque foyer est indépendant et la généralisation ne se fait pas par émigration des cellules néoplasiques.

Les modifications tinctoriales du conjonctif interstitiel tiennent à l'imbibition par l'hémoglobine.

De ces constatations, les auteurs concluent qu'il faut donner à la sarcomatose de Kaposi l'épithète indiquée ci-dessus dans le titre de leur travail.

A. Bocage.

Annales de Médecine (Paris).

Essai critique sur la pathogénie des concrétions calcaires des sclérodermies (syndrome de Thibierge-Weissenbach) et des syndromes voisins, par R. J. Weissenbach, G. Basch et Mme M. Basch. *Annales de Médecine,* t. XXXI, n° 5, pp. 504-529, 7 tableaux.

Revue détaillée des théories émises et discussion à la lumière des dosages modernes, qui montrent la fragilité des hypothèses concernant les causes générales de la précipitation du calcium et au contraire le rôle essentiel des lésions locales du tissu conjonctif.

A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

A propos de l'énurésie, par M. Pinard. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 48e année, 3e série, n° 19, 6 juin 1932, p. 855.

P. a retrouvé la syphilis dans les antécédents des énurésiques dans 75 o/o des cas. Ses observations sont publiées dans la thèse de Mlle Corbillon (*thèse Paris,* 1932). Il fait remarquer que A. Thomas et Mme Long-Landry ont fait des constatations analogues. De même Hissard a montré avec quelle fréquence on retrouve l'énurésie chez les hérédo-syphilitiques. C'est aussi l'avis de Queyrat. Il s'élève de nouveau contre les conclusions toutes différentes de MM. Comby et Paraf. Il s'étonne que sur 50 enfants, aucun soupçon de syphilis n'ait pu être relevé.

H. Rabeau.

Modifications oculo-pupillaires indépendantes de la syphilis, par M. Renaud et Miget. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 20, 13 juin 1932, p. 869.

Guillain a montré de façon indiscutable que les désordres pupillaires du type Argyll-Roberston sont susceptibles d'être provoqués par d'autres processus que la syphilis et que leur association à une disparition complète des réflexes peut même constituer un syndrome indépendant du tabès. On est autorisé à supposer qu'il est l'expression d'une maladie spéciale. R. a dépouillé les dossiers de 1.852 malades suivis à la consultation de Bichat. 81 présentaient des troubles oculo-pupillaires, 58 fois la syphilis était certaine, dans 22 cas la notion de syphilis ne pouvait être retenue. H. Rabeau.

Diabète consomptif, troubles progressifs de la conductibilité intracardiaque et hépatite scléreuse survenus chez un jeune homme à la suite d'un trouble syphilitique, par Costedoat. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 20, 13 juin 1932, p. 872.

Le rôle de la syphilis dans l'étiologie du diabète a été récemment encore discuté, et Labbé recommande la plus grande prudence dans l'attribution d'un diabète à la syphilis. C. apporte l'observation d'un homme qui contracta à 22 ans un chancre (spirochètes + +, Bordet-Wassermann négatif) ; il fut traité de façon active. Trois ans plus tard apparaît un diabète sucré grave. On constata à ce moment une hépatite scléreuse et un bloquage incomplet du faisceau de His. Malgré le traitement (insuline, toni-cardiaques, traitement spécifique) s'établit une insuffisance cardiaque totale, la dissociation auriculo-ventriculaire devint complète et le malade succomba peu après.

H. Rabeau.

Sur un cas d'insuffisance aortique hérédo-syphilitique, par J. Decourt et M. Bascourret. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 20, 13 juin 1932, p. 916.

Observation d'un jeune homme, fils de tabétique, né sept ans après l'accident primitif du père, sans que celui-ci ait reçu le moindre traitement. Examiné à l'âge de 13 ans, cet enfant était parfaitement normal, sa sérologie négative. Quatre ans plus tard, il accuse des troubles fonctionnels cardiaques et l'on découvre une grosse insuffisance aortique avec souffle systolique. Aucun antécédent rhumatismal, sérologie toujours négative. Peu de temps après, dans la région cervicale, gomme cutanée. La réaction de Bordet-Wassermann devint positive à la suite de la 3e injection de bismuth et redevint négative par la continuation du traitement. L'infection syphilitique héréditaire peut donc réaliser une lésion offrant les apparences cliniques de la maladie de Corrigan ; cette affection peut se développer chez un hérédo-syphilitique en apparence normal avec sérologie négative. H. Rabeau.

Contribution à la connaissance des infections atténuées à Diplococcus crassus, par P. Chevallier, M. Levy-Bruhl et J. Bernard. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 21, 20 juin 1932, p. 928.

Observation I. — Adénopathie inguinale syphilitique primaire du type « bubon conglomeré de Bassereau » ; évolution fébrile particulière avec roséole spéciale et ulcération gingivale. Présence de *Diplococcus crassus* dans le sang, le ganglion et l'ulcération muqueuse.

Observation II. — Maladie de Nicolas-Favre qui n'est pas démontrée de façon absolue ; fièvre après l'ablation des ganglions. Présence de *Diplococcus crassus* dans les ganglions et dans le sang.

Observation III. — Après une adénopathie inguinale chancrelleuse, récidive crurale ; fatigue générale. Présence de *Diplococcus crassus* dans le ganglion nouveau et dans le sang.

Observation IV. — État infectieux minime avec fatigue. Présence de *Diplococcus crassus* dans le sang.

Ces 4 cas montrent la fréquence de la septicémie à *Diplococcus crassus*, la possibilité de formes atténuées, traînantes, asthéniantes, d'éruption cutanéo-muqueuse ; la présence fréquente de ce germe dans les adénopathies.

H. Rabeau.

A propos des rapports du zona et de la varicelle, par R. Weissmann-Netter et Max Fourestier. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 21, 20 juin 1932, p. 984.

Observation d'un malade atteint de lymphogranulomatose maligne soumis à un traitement radiothérapique et qui présente à la fois un placard zoniforme isolé, et une éruption généralisée de vésicules varicelliformes. La réaction de fixation a été positive dans le sérum tant avec l'antigène varicelleux qu'avec l'antigène zonateux.

H. Rabeau.

A propos de l'abolition non syphilitique des réflexes tendineux. Un cas d'aréflexie et d'épilepsie, par Ph. Pagniez. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 21, 20 juin 1932, p. 993.

L'auteur avait publié en 1917 avec Pasteur-Vallery-Radot une observation superposable à celles de W. J. Adie et de Guillain et Sigwald. Adie pense qu'à côté de formes complètes il peut y avoir des formes incomplètes caractérisées par la pupille tonique isolée ou l'abolition isolée des réflexes. P. relate une observation de ce type, concernant un jeune homme de 19 ans, sans aucun signe clinique ou humoral de spécificité qui présente une abolition complète des réflexes tendineux et qui, d'autre part, est atteint depuis l'enfance de crises d'épilepsie sans autre trouble psychique ou neurologique. Cette association de l'aréflexie et de l'épilepsie viendrait à l'appui de l'opinion de Guillain et Sigwald pour qui, dans nombre de cas, l'affection isolée par W. J. Adie correspon-

drait au reliquat d'une maladie infectieuse ou toxique spéciale ayant atteint la voie nerveuse centrale. H. RABEAU.

Erythème infectieux récidivant et ictère biotropique au cours d'un traitement antisyphilitique, par J. CATHALA, GARNIER et FRIEDMAN. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 22, 27 juin 1932, p. 1003.

Belle observation montrant bien la nature infectieuse et non toxique de certains accidents, érythème, ictère qui surviennent au cours du traitement de la syphilis. L'éruption scarlatiniforme précoce, d'abord ébauchée par le novar, affirmée par le bismuth, a tellement les allures d'une maladie infectieuse que le malade est envoyé dans un hôpital de contagieux. On retrouve dans la gorge le streptocoque hémolytique. L'ictère a les caractères de l'ictère syphilitique précoce, il se produit alors qu'on a renoncé provisoirement au novar et que l'on emploie le bismuth. Au fur et à mesure que le traitement sera poussé plus activement, il ne se reproduira plus. Cette observation est à comparer à celles publiées par Milian de ces manifestations de biotropisme.

H. RABEAU.

A propos d'une cirrhose hypertrophique biliaire d'origine syphilitique, par E. CHABROL, I. COTTEL, J. H. HAMBURGER. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 22, 27 juin 1932, p. 1047.

Malade de 26 ans qui, depuis son enfance, présente à la fois une cirrhose hypertrophique biliaire avec splénomégalie, une double kératite interstitielle, de fortes déformations osseuses des tibias rappelant la maladie de Paget. Les réactions sérologiques sont positives. L'ictère et la cirrhose ont évolué sans poussée d'angiocholite. Une biopsie du foie montre l'atteinte élective des vaisseaux entourés de manchons de cellules inflammatoires, avec intégrité des canalicules biliaires. La cirrhose parcellaire semble surtout d'origine péritonéale. L'hépatite est répartie sous forme d'îlots de cellules claires dépourvues de leur noyau et de leurs mitochondries. Une cholécystotomie a fait régresser partiellement la jaunisse. H. RABEAU.

Syphilis vertébrale avec aspect radiologique pseudo-angiomateux, par E. MAY, J. DECOURT, Mlle A. WELN. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 22, 27 juin 1932, p. 1053.

Observation d'une femme présentant un syndrome douloureux des membres inférieurs par compression radiculaire, lié à une lésion de la 4e vertèbre lombaire d'aspect radiologique particulier. La vertèbre donnait une image ouatée, poreuse, évoquant l'idée d'une tumeur osseuse, particulièrement d'un angiome. Il s'agissait en réalité d'une syphilis vertébrale qui a guéri cliniquement et radiologiquement par le traitement spécifique. Il faut penser à de tels diagnostics, Haguenau a observé un cas comparable. H. RABEAU.

Diabète et syphilis, par Marcel Labbé. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, nº 22, 27 juin 1932, p. 1061.

A propos de l'observation de M. Costedoat analysée antérieurement, l'auteur est d'avis de rapporter à la syphilis les accidents cardiaques, mais non le diabète. Le traitement insulinique ne saurait être responsable de ces accidents cardiaques. H. Rabeau.

Rétrécissement inflammatoire du rectum, forme aberrante de la maladie de Nicolas-Favre. Inoculation au singe positive, par Lœderich, Levaditi, A. Mamou et H. Blanchesme. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 48e année, 3e série, 24 juin 1932, p. 1072.

Femme de 29 ans présentant depuis 4 ans un rétrécissement inflammatoire typique du rectum sans aucune lésion ano-périnéo-vulvaire, ni ganglionnaire ; aucun signe clinique ni biologique de syphilis, chancrelle, gonococcie, tuberculose. L'intradermo-réaction de Frei, avec du pus, avec de l'émulsion de cerveau est positive ; la réaction de Prausnitz-Kustner est positive, mais surtout l'inoculation d'un fragment biopsié au cobaye, puis réinjecté par voie cérébrale, donne une encéphalite typique. Seconde observation confirmant la première de Ravaut et ses collaborateurs et montrant le rôle de la maladie de Nicolas-Favre dans l'étiologie des rectites sténosantes. H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Les rétrécissements du rectum, par R. Bensaude. *Bulletin Médical*, 46e année, nº 24, 11 juin 1932, p. 421.

Dans cette leçon clinique, B. passe en revue les divers types du rétrécissement du rectum, leur symptomatologie, leur diagnostic et leur étiologie qui commande le traitement. Les récentes recherches tant cliniques qu'expérimentales (intradermo-réaction de Frei) ont apporté un jour nouveau sur cette étiologie. Chez tout malade porteur de rétrécissement rectal on devra donc rechercher : la syphilis, la chancrelle, la tuberculose, la maladie de Nicolas-Favre avec son adénopathie inguinale caractéristique, et par suite on pratiquera une réaction de Bordet-Wassermann, une intradermo-réaction au Dmelcos, une réaction de Frei, afin d'établir les bases d'un traitement étiologique.

H. Rabeau.

Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie (Paris).

Le virus tréponémique comporte-t-il un cycle évolutif? par C. Levaditi, R. Schœn et A. Vaisman. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CX, nº 20, 11 juin 1932, pp. 370-373.

L'inoculation au lapin de ganglions de souris syphilisées amène la

formation de syphilomes caractéristiques du 20e au 26e jour. Avant ce moment, on ne trouve aucun tréponème ni dans le greffon, ni dans les tissus du lapin alors que plus tard ils pullulent dans les syphilomes et qu'ils apparaissent vers le 50e jour dans la masse nécrotique du greffon. Il est vraisemblable que le virus syphilitique a un cycle évolutif comportant des stades intermédiaires inaccessibles à nos moyens actuels d'investigation et très probablement infravisibles.

A. Bocage.

Syphilis expérimentale microbiologiquement apparente chez la souris (lymphadénie tréponémique), par C. Levaditi, J. G. Mezger et R. Schœn. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CX, n° 20, 10 juin 1932, pp. 373-375.

Quoique cliniquement inapparente, l'infection syphilitique est microbiologiquement apparente dans la moitié des cas sous forme de lymphadénie tréponémique caractérisée par la présence de tréponèmes dans les ganglions, constatations qui n'ont jamais été positives avant le 13e jour de l'inoculation. A. Bocage.

Réceptivité du système nerveux central à l'égard du virus syphilitique, par C. Levaditi, A. Vaisman et R. Schœn. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CX, n° 21, 17 juin 1932, pp. 427-430.

La greffe d'un syphilome virulent dans le névraxe du lapin aboutit à la mort rapide des tréponèmes dans le fragment inoculé, sans que l'animal en expérience présente jamais d'autre localisation du tréponème. A. Bocage.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques (Paris).

La vulvo-vaginite des petites filles, par S. Labeaume. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. CIII, 11e cah., 10 juin 1932, art. 30 297, p. 409.

La fréquence de cette affection semble avoir diminué à mesure que se diffusent les notions d'hygiène. L. donne une excellente revue des divers types de ces vulvites ou vulvo-vaginites, et les indications thérapeutiques qu'elles comportent. H. Rabeau.

Paris Médical.

Les acquisitions récentes sur la maladie de Nicolas-Favre, par P. Ravaut et R Cachera. *Paris Médical*, 22e année, n° 23, 4 juin 1932, pp. 495-501.

Exposé méthodique des données cliniques et biologiques nouvelles sur cette affection avec indications bibliographiques détaillées et documents statistiques personnels concernant en particulier la réaction de Frei dans les adénopathies inguinales. Un chapitre sur les rapports de la maladie de Nicolas-Favre et de certaines affections rectales termine ce travail qu'il faut lire intégralement. A. Bocage.

Le virus de l'herpès simple joue-t-il un rôle dans l'effet curatif du traitement de la paralysie générale selon la méthode de Wagner von Jauregg ? par O. Negeli. *Paris Médical*, 22e année, nº 26, 25 juin 1932, pp. 559-561.

L'auteur fait remarquer que l'activité de la pyrétothérapie contre la paralysie générale est indépendante de son action sur les autres formes de la syphilis, tabès, localisations viscérales qui ne sont nullement influencées par cette méthode ; d'autre part, celle-ci donne de bons résultats même sans chimiothérapie antisyphilitique associée. Les différents agents n'ont pas une activité égale ; on peut les classer en ordre décroissant : sodoku, tierce, récurrente, coli.

Quelques observations récentes ont fait penser à l'auteur que l'herpès aurait peut-être un rôle favorable, la pyrétothérapie intervenant pour réactiver le virus herpétique (biotropisme) qui de son côté agirait sur le tréponème intracérébral tout en respectant le système nerveux.

A. Bocage.

Presse Médicale (Paris)

Le traitement de l'anaphylaxie alimentaire par l'huile de paraffine, par Ch. Richet fils et R. Couder *Presse Médicale*, 40e année, nº 47, 11 juin 1932, p. 925.

Expérimentalement, la meilleure condition pour créer, par ingestion, un état anaphylactique, consiste à augmenter la rapidité d'absorption des protéines ingérées. Inversant les conditions, les auteurs ont essayé de ralentir l'absorption par l'ingestion d'huile de paraffine. Leurs essais cliniques ont confirmé leurs prévisions, alors qu'expérimentalement chez le cobaye, ce retard d'absorption n'a pu être mis en évidence. L'huile de paraffine donnée à la dose d'une cuillerée à café au début et au milieu ou à la fin de chaque repas, est susceptible dans les cas d'anaphylaxie alimentaire, de faire disparaître ces accidents.

H. Rabeau.

Etude physiopathologique de l'action de la douche filiforme en dermatologie, par Alechinsky. *Presse Médicale*, 40e année, nº 48, 15 juin 1932, p. 944.

La douche filiforme n'occupe pas, dit A., la place qu'elle mérite en thérapeutique dermatologique. Cette méthode donne des résultats remarquables dans l'acné, et est supérieure à tous les modes de traitement externe du lupus circonscrit. Dans les cas de prurit, dans les névrodermites, les lichens circonscrits, elle devra toujours être conseillée d'autant qu'elle se prête parfaitement à des cures mixtes, associée aux rayons ultra-violets, à la diathermie par exemple.

H. Rabeau.

Les réactions cutanées expérimentales et la pathogénie des états d'intolérance, par Sézary et Mauric. *Presse Médicale*, 40e année, nº 51, 25 juin 1932, p. 997.

Les auteurs ont distingué (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1932, nº 3, p. 105) trois types de réactions cutanées : type I (papule urticarienne), intolérance humorale ; type II (papule inflammatoire), intolérance tissulaire et plus spécialement dermique ; type III (lésions érythémato-vésiculeuses ou érythémato-squameuses), intolérance tissulaire mais purement épidermique, et types mixtes. Ils schématisent dans un tableau les caractères des réactions, indiquant aussi quelles affections s'accompagnent de ce type de réaction, et quels sont les tests de choix dans ces affections. Pour étudier l'intolérance d'un sujet, sauf dans les cas de sursensibilité, on devra pratiquer les trois réactions, cuti-réaction, intradermo-réaction, épidermo-réaction. Il faut savoir aussi que lorsque les tests ne donnent aucun résultat, on ne doit pas conclure à l'absence d'anaphylaxie ou d'allergie, car la réactivité cutanée peut être passagèrement annihilée par un certain nombre de facteurs contingents.

Ces idées, une fois définitivement acquises, comporteront des déductions pathogéniques intéressantes. H. Rabeau.

Du traitement radiothérapique du granulome pyogénique, par A. Marin. *Presse Médicale*, 40e année, nº 52, 29 juin 1932, p. 1042.

M. recommande comme méthode de choix dans le traitement du granulome pyogénique (botriomycome) la radiothérapie. 15 granulomes irradiés ont rétrocédé devant une irradiation massive, laissant une cicatrice à peine visible. L'intervention est indolore et ne donne suite à aucune séquelle désagréable ; la guérison se fait en six semaines au maximum. Il utilise le radium qui donne des résultats comparables, il le réserve aux cavités naturelles. H. Rabeau.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Mésenchyme et maladie de Carrion, par Daniel Makehennie. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. III, nº 4, avril 1932, p. 323.

Deux méthodes de coloration des cellules du système réticulo-endothélial (le bleu d'isamine pour les granulomes expérimentaux du singe et le carmin lithique pour les granulomes humains) ont fourni à l'auteur des données histologiques d'importance capitale.

Il a pu préciser l'existence de formations endothéliales en évolution siégeant dans le même vaisseau sanguin, les unes avec protoplasma en lame mince et noyaux disséminés, qui ressortent dans la lumière vasculaire, les autres avec protoplasma épais, rétention intense des colorants vitaux, phagocytose et aspect véritablement histiocytaire ou macrophagique. Ce sont des Uferzellen ou cellules marginales qui se

rencontrent dans les capillaires embryonnaires et sont susceptibles d'évolution.

D. M. établit ainsi les liens génétiques qui existent entre les histiocytes et les endothéliums terminaux.

Il considère la verrue cutanée comme une prolifération irritative des histiocytes avec formation de néo-vaisseaux par la suite (processus homoplastique et hétéroplastique).

D'après lui, la cellule mésenchymateuse des unicistes serait à l'origine du système réticulo-endothélial dont on connaît la propriété accumulatrice de certains éléments.

L'évolution du verrucome pourrait être ainsi schématisée :

Phase initiale : prédominance de cellules mésenchymateuses, angioblastose au début.

Deuxième phase (d'état) : prédominance d'endothéliums embryonnaires ou définitifs, cellules mésenchymateuses en nombre réduit.

Troisième phase (de régression) : involution des vaisseaux, nombreux leucocytes extra-vasculaires. J. MARGAROT.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

En dehors des spirochètes, existe-t-il d'autres formes ou d'autres stades du microbe de la Syphilis ? (Gibtes ausser den Spirochæten noch andere Erscheinungsformen oder Stadien des Syphiliserrigers ?), par F. JAHNEL, R. PRIGGE et M. ROTD ERMUNDT. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 1-2, juin 1932, p. 7 (3 fig.).

Ces auteurs (laboratoire de Kolle) reprennent l'étude et la critique des différents travaux exécutés pendant ces dernières années sur ce sujet dans le laboratoire de Levaditi, par lui-même et ses élèves. Ils commencent par un exposé détaillé des différentes propositions avancées par ces derniers dont la forme la plus avancée (Lépine) va jusqu'à contester les propriétés pathogènes des spirochètes. Ils concluent que : le virus syphilitique existe souvent, démontré par l'inoculation, dans les organes d'animaux syphilitiques chez lesquels la recherche microscopique du spirochète est restée négative. Il en est ainsi non seulement dans les syphilis asymptomatiques du lapin, du cobaye, de la souris et du rat blancs, mais encore pendant la période initiale et secondaire de la syphilis manifestée du lapin. Mais ce fait n'oblige nullement à admettre la nécessité d'une forme ultra-visible du virus. La rareté du tréponème suffit largement à expliquer l'échec de la recherche de découverte. En fait, même chez le rat (syphilis asymptomatique), on peut, maintenant, avec une bonne technique, découvrir des spirochètes, d'ailleurs rares, mais certains, là où on avait échoué antérieurement.

D'autre part, le fait que ce soi-disant virus invisible n'est pas filtrable n'est pas en faveur de son existence.

Même les résultats obtenus dans la recherche *des spirochètes de la récurrente* dans le cerveau de la souris à infection latente ne prouvent rien pour leur absence totale ; ils montrent seulement qu'ils sont extrêmement peu nombreux : au delà d'une suspension de 300 germes par millimètre cube, on ne réussit pas à les voir à l'ultra-microscope sur fond noir. (Les auteurs ont fait des dilutions progressives de sang de la souris infectée de récurrente : la dernière dilution donnant un résultat positif est de 625 spirochètes par centimètre cube. De plus, lorsque la solution est réduite à 80 germes par centimètre cube, l'inoculation même devient négative.) CH. AUDRY.

Sur des altérations veineuses spéciales dans le pian expérimental du lapin (souche de Sumatra) (Ueber einige Venenveränderungen bei experimentellen Framboesie des Kaninchens (Sumatrastaumm), par Erich HOFFMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 1-2, juin 1932, p. 20, (2 fig.).

Framboesia (pian) et syphilis ne sont pas identiques, mais très voisines.

Elles trouvent leurs caractères propres dans les inoculations qui se pratiquent non seulement sur diverses variétés de singes (*cercocebus, hapales*), mais encore chez le lapin ; cependant, sur ce dernier, H. n'a réussi que lorsqu'il a utilisé une souche originaire de Sumatra. En ce cas, H. a obtenu chez le lapin des granulomes qui se produisent non seulement comme accident initial, mais encore sous forme de péri-orchite granulomateuse. Morphologiquement, il est impossible de distinguer les deux microbes. Il y a à remarquer comme nouvelle l'existence d'une coloration verte sous les croûtes des papules pianiques du scrotum du lapin, coloration déjà notée en Malaisie par les médecins sur l'homme. De plus, dans la péri-orchite granuleuse du lapin, on trouve une péri-phlébite nodulaire spéciale.

Il est remarquable que dans le pian, comme dans la syphilis, le traitement maximal précoce est celui qui donne les meilleurs résultats à tous les points de vue. CH. AUDRY.

Gomme de la thyroïde (diagnostic différentiel de la gomme et du tubercule) (Gumma der Thyroidea Beitrag zur Differential diagnose zwischen Gumma und Tuberkel), par P. FASAL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 1-2, juin 1932, p. 43 (3 fig.).

Les observations anatomo-pathologiques de gomme de la thyroïde sont rares, car il faut une erreur de diagnostic (celle de tumeur maligne) pour procurer les pièces. Dans les cas antérieurs, et dans celui propre à F., les lésions sont remarquables par l'intensité de la caséification et par le développement considérable de cellules géantes semblables à celles de la tuberculose. En dehors des renseignements fournis par la sérologie, l'évolution, l'influence thérapeutique, etc., on peut faire une certaine différenciation histologique en s'appuyant sur l'existence, dans la gomme, d'altérations considérables, granulomateuses, des parois vascu-

laires sanguines. De plus, avec des colorations spéciales on découvre la persistance dans le tissu caséeux d'un réseau grillagé filamenteux dont la persistance tient vraisemblablement en ce qu'il est plus précoce et plus complexe dans la tuberculose que dans la gomme syphilitique.

CH. AUDRY.

Sur les vastes infiltrats syphilitiques tertiaires superficiels de la peau (Beitrag zur Frage der tertiær-syphilitischen flæchenhaften Haut-infiltrate), par R. LINDEMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 1-2, juin 1932, p. 51 (2 fig).

Il s'agit de la « gomme en galette » de Fournier, dont il n'existe qu'un petit nombre d'observations, résumées par l'auteur, et dont Savink a vu deux exemples même au cours de la période secondaire. Dans le cas de L., il s'agit d'une femme de 65 ans, syphilitique, présentant un vaste infiltrat du thorax et du ventre, superficiel, noueux surtout à la périphérie, d'un rouge livide, squameux par places, à bords bruns, serpigineux, etc. Au microscope, infiltrats péri-vasculaires. Sérologie positive ; guérison en 6 semaines par le traitement spécifique.

CH. AUDRY.

Documents statistiques sur le lichen ruber (Statistischer Beitrag zur Kenntnis der Lichen ruber), par A. FREUND. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 1-2, juin 1932, p. 57.

En 16 ans, à la clinique de la Charité (Berlin), on a observé 1.124 cas de lichen ruber (lichen plan) ; 520 femmes et 604 hommes : 7 seulement avant l'âge de 10 ans, avec un maximum entre 50 et 60 ans. C'est en février qu'on en a vu le moins : 69, et en juin qu'ils ont été le plus nombreux : 117. Le pourcentage des lichen ruber par rapport à la population soignée va en croissant : 0,26 o/o de 1914 à 1918 ; 0,62 o/o de 1929 à 1930.

CH. AUDRY.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur le granulome fongoïde (Beitrag zur Kenntnis des Granuloma fungoides), par A. WIEDMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 23, 4 juin 1932, p. 777 (3 fig.).

L'auteur commence par rappeler les difficultés de la différenciation du mycosis fongoïde, de certaines formes de lymphodermie, et même une lymphogranulomatose (inoculations de N. Busny).

Une première observation est relative à un homme de 52 ans qui présenta un syndrome de mycosis fongoïde à tumeurs multiples d'emblée et qui mourut d'accidents gastriques (perforation) dus à une tumeur de même nature. Histologiquement : origine vasculaire endothéliale des cellules néoplasiques aux dépens des petits vaisseaux, telle qu'elle a déjà été notée.

Dans un second cas, il s'agit d'un homme de 68 ans, à forme éry-

throdermique et nodulaire, dans les lésions duquel W. a trouvé des cellules géantes à protoplasma coloré en rose par le vert de méthylepyronine telles qu'elles sont dans le type de Sternberg-Paltauf. Lésions ganglionnaires, etc. Dans ce cas, la parenté avec la lymphogranulomatose est manifeste, et cependant, cliniquement, il s'agissait bien d'un mycosis fongoïde. Faut-il admettre avec Ziegler, etc., l'unicité du mycosis fongoïde et de la lymphogranulomatose ? ou des formes de passage ?

(Ignorance totale des travaux français.) CH. AUDRY.

Sur le développement des enfants hérédo-syphilitiques et des enfants sains de mères syphilitiques (Ueber die Entwicklung kongenital-luischer Kinder und gesunder Kinder luischer Mütter), par F. LES. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 23, 4 juin 1932, p. 787.

Travail statistique fait à Hambourg, et portant sur un total de 175.108 enfants nés de 1908 à 1930. Sur ce total, 0,31 o/o d'enfants hérédo-syphilitiques (le nombre en est notablement diminué depuis la loi contre les contaminations vénériennes).

56 o/o des mères à R. W. + eurent des enfants sains.

76 o/o des mères à R. W. —.

Sur 197 enfants sains de mères syphilitiques, 66 o/o bien développés, 18 o/o mal ; 16 o/o morts.

Dans 31 cas, une R. W. + a été le seul accident, sans anomalies de développement.

Sur 326 hérédo-syphilitiques : 24 o/o bien, 56 o/o mal, 20 o/o morts. Parmi les bons, 59 o/o ont été bien traités ; 22 o/o seulement chez les mal traités. Les résultats sont d'autant meilleurs que le traitement a été plus intense et plus suivi. La mortalité n'a pas été beaucoup plus élevée chez les hérédos que chez les autres (20 o/o au lieu de 16 o/o. Pas plus de difformités chez les uns que chez les autres. Parmi les hérédos, c'est tout au plus si 10 o/o restent indemnes de tous stigmates qui surviennent à des âges différents, etc. (Je ne reproduis pas le tableau détaillé d'ailleurs très intéressant de ces stigmates : je relève seulement 34 o/o de kératite, 18 o/o de dents d'Hutchinson et 4 o/o de surdité.)

16 enfants nés de parents hérédo-syphilitiques sont restés sains, dont 81 o/o bien développés. CH. AUDRY.

Sur le soi-disant pityriasis lichénoïde et varioliforme aigu (Ueber die sogenannte Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta), par A. PŒLMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 24, 11 juin 1932, p. 821 (1 fig.).

Depuis l'observation initiale de Mucha (1916), P. a réuni 43 cas publiés de cette maladie, à laquelle il ajoute un fait personnel recueilli sur une fille de 13 ans ; la maladie datait de six semaines, succédait à une angine aiguë. Il s'agissait d'un exanthème généralisé, prurigineux, polymorphe à papules squameuses, vésiculeuses, pustuleuses et hémor-

ragiques. Au microscope, altérations épithéliales (lésions cellulaires, cavitaires, nécroses colliquatives, parakératose, etc.). Inflammation péri-vasculaire intense sous-épithéliale, etc.

Il s'agit d'un cas tout à fait conforme à la description habituelle. P. distingue trois variétés : chronique (forme typique) ; aiguë ; aiguë comme début, chronique comme évolution ultérieure. Il n'admet pas la nature tuberculeuse, distingue et élimine les érythèmes polymorphes. Il admettrait volontiers l'opinion qui croit à une altération primitive de l'épiderme. La malade de P. était guérie au bout de 2 mois, après quelques injections intraveineuses de novarsénobenzol.

(Il est remarquable que sur les 44 cas réunis par P., 1 seul est français. Cela s'explique peut-être si l'on se souvient que le pityriasis lichénoïde est désigné en France par le mot de parapsoriasis en gouttes (Brocq).)

CH. AUDRY.

Altérations musculaires dans la sclérodermie diffuse des extrémités supérieures, après amputation pour érysipèle gangréneux (Ueber Veræenderungen in der Muskulatur bei diffuser Sklerodermie der oberen Extremitæt, amputiert Wegen eines büllosen und gangræneszierenden Erysipels), par A. MATRA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 24, 11 juin 1932, p. 829 (2 fig.).

Un paysan de 19 ans, malade depuis 1 an, présente de la sclérodermie du membre supérieur droit, avec territoires dans la région adjacente du thorax, et scapulo-humérale. Des ulcérations de l'annulaire et du petit doigt se compliquèrent d'où érysipèle gangréneux à marche rapide qui nécessitèrent l'amputation du membre malade. Au microscope, en outre des altérations classiques de la peau (sclérodermie au stade d'infiltration : homogénéisation des faisceaux conjonctifs, etc.), on trouva des lésions de myosite interstitielle et de myosclérose, avec prolifération conjonctive intense, telles qu'elles ont déjà été signalées dans des travaux antérieurs. On trouvait en outre les stigmates aigues de lymphangite et de phlegmon dues à la complication érysipélateuse.

CH. AUDRY.

Nævus angiomateux unilatéral de la face avec glaucome du même côté (Ein Fall von Nævus flammeus des Gesichtes und gleichseitigem Glaukom), par K. STRINER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 25, 18 juin 1932, p. 851 (1 fig.).

Observation d'une femme de 42 ans portant depuis sa naissance un angio-nævus superficiel de la moitié de la face, de l'épaule et de l'extrémité supérieure du même côté, associé à un glaucome chronique congénital dont la malade ne s'était pas aperçue, bien que la vision fut nulle. Il y a lieu d'examiner attentivement les yeux de tels malades : l'altération glaucomateuse est de même nature génétique que l'angiome.

Wertheim avait déjà rassemblé 30 observations semblables.

CH. AUDRY.

Réactions sérologiques (Wassermann, Kahn et Sachs-Georgi) dans la tuberculose cutanée (Ueber die Seroreaktionen (nach Wassermann, Kahn und Sachs-Georgi) bei der Hauttuberkulose), par O. Podwyssotzkaja et L. Schirwindt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 25, 18 juin 1932, p. 853.

Sur 1.155 malades atteints de tuberculose cutanée, 1.128 donnèrent des réactions négatives. Sur les 27 autres, 7 fois les séro-réactions furent nettement et restèrent positives, tandis que dans les 20 autres cas, elles furent douteuses, faibles ou transitoires. Sur les 7, 5 étaient atteints de syphilis certaine.

Conclusions : d'une manière générale, les séro-réactions de la syphilis sont négatives au cours des tuberculoses de la peau ; une séro-réaction positive indique un traitement spécifique qui est toujours efficace. Cependant, il y aura lieu de reprendre l'étude sérologique du lupus érythémateux.

Les changements colloïdes du sérum chez les malades de tuberculose de la peau diffèrent de ceux des syphilitiques. Ch. Audry.

Sur la dermatite herpétiforme de Dürhing (Nachuntersuchungen über Dermatitis herpetiformis Duhring), par L. Willbrand. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 25, 18 juin 1932, p. 856.

Les formules sanguines ne sont pas spécifiques et l'éosinophilie peut manquer. La vitesse de sédimentation des globules rouges est augmentée, et revient à la normale après guérison ; elle est parallèle à la provocation par l'administration interne de l'iodure de potassium, et l'association de ces deux procédés constitue un bon moyen de diagnostic. Ch. Audry.

Nouvelles recherches sur l'hémoculture du bacille de Koch dans le sang des tuberculeux cutanés par la méthode de Lœwenstein (Weitere Züchtungsversuche von Tuberkulbazillus aus dem Blute nach Lœwenstein bei Hauttubaskulose), par Kallos. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 25, 18 juin 1932, p. 861.

En contradiction avec Kun et Löwenstein, en accord avec la plupart des observateurs autres, K. n'a obtenu que des résultats négatifs dans 34 cas de tuberculose cutanée (dont 5 lupus érythémateux, 12 lupus vulgaires, etc.). Ch. Audry.

Formes de la xanthomatose généralisée (Formen der generalisierten Xanthomatose), par G. Nobl. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 26, 25 juin 1932, p. 877 (3 fig.).

1° Observation d'un xanthome des paupières datant de 6 ans, chez une femme de 46 ans ; dans ce cas, l'infiltrat xanthomateux se développa dans le périoste orbito-nasal, comme une sorte d'ostéosarcome (on a décrit des tumeurs xanthomateuses et sarcomateuses), mais sans évolution maligne. Schüller a décrit un syndrome confirmant un syndrome xanthomateux comprenant des altérations osseuses, de l'exophtalmie et un diabète insipide (granulomatose lipoïdienne, etc.).

2° Xanthomatose juvénile (nourrisson de 9 mois) avec lésions hépatique et splénique (à rapprocher de la spléno-hépatomégalie, granulomatose lipoïde de Niemann-Pick).

3° Une observation de xanthomatose multiple sur une femme de 45 ans avec cholestérinémie permanente, troubles hépatiques, xanthome des gaines tendineuses, etc.

4° Xanthomatose chez un ancien syphilitique (coudes, doigts, mains) remarquable par une involution spontanée. CH. AUDRY.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Résultats d'hémoculture du bacille tuberculeux dans les dermatoses par la méthode de Lœvenstein (Resultate mit der Lœwensteinschen Blutkulturmethode bei verschiedenen Formen der Hauttuberkulose), par A. MATHISON. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 23, 3 juin 1932, p. 719.

M. a étudié la question par le procédé Löwenstein dans les laboratoires de Malesch et de Löwenstein même. Sur 23 cas de lupus érythémateux : 9 résultats positifs ; 2 sur 4 cas d'érythème induré de Bazin ; 2 seulement sur 10 cas de lupus vulgaire ; 3 fois sur 3 cas de tuberculides papulo-nécrotiques ; 2 fois sur 2 tuberculoses verruqueuses ; 2 fois sur 2 érythèmes polymorphes. Échec dans 2 sarcoïdes de Boeck, 1 érythème noueux, 3 lupus folliculaires disséminés, 1 acné ancienne.

M. conclut à la fréquence de la bacillémie dans un certain nombre de dermatoses, tuberculoses, et dans l'évidence de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux. CH. AUDRY.

Acrodermatite atrophiante en forme de dermatolysie, avec arthrites chroniques et calcinose cutanée (Akrodermatitis atrophicans zum Theil unter dem Bilde Dermatochalasis, Kombiniert michronischer Arthritis und Kalcinosis der Haut), par W. LŒWENFELD. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 24, 10 juin 1932, p. 749 (2 fig.).

Observation d'une femme de 74 ans, atteinte d'acrodermatite atrophiante des 4 membres qui présentait devant le genou un repli dermatolytique, et une formation pseudo-fibromateuse sur l'olécrane gauche. Ostéo-arthrite des mains, des poignets, etc., une longue traînée de calcinose de l'avant-bras droit, du même côté que l'arthrite.

Ce cas, et un petit nombre d'observations antérieures semblables (Fuhs, etc.), montrent que la résorbtion du tissu élastique de l'acrodermatite atrophiante peut aboutir à la formation de replis de dermatolysie vraie ou fausse. D'autre part, Jadassohn a déjà signalé des dépôts de calcinose comparable en cas d'ostéomyélite.

CH. AUDRY.

Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

L'allergie dans les formes mixtes de la lymphogranulomatose subaiguë (La alergia en las formas mixtas de la linfogranulomatosis inguinal subaguda), par Eduardo de Gregorio. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, nº 81, juin 1932, p. 467.

D'après les recherches de Frei, Hellerstrom, et plus récemment de Nicolas-Favre, Lebeuf et Charpy, l'association d'une syphilis ou d'un bubon vénérien fait parfois disparaître l'allergie lymphogranulomateuse

Il n'en a pas été de même chez les malades observés par G.

Certains présentent une lymphogranulomatose en même temps qu'une syphilis en activité. D'autres ont une syphilis cliniquement latente et une sérologie positive et ont acquis une lymphogranulomatose. Tous ont une réaction de Frei positive.

Dans un autre groupe figurent des malades qui, en pleine évolution d'une infection lymphogranulomateuse, contractent un chancre vénérien. D'autres présentent un bubon chancrelleux. On trouve dans leurs antécédents des suppurations ganglionnaires que l'on peut rapporter à une lymphogranulomatose. Les uns et les autres présentent des réactions positives avec l'antigène de Frei comme avec l'antigène streptobacillaire. J. Margarot.

La réaction de Rubino dans la lèpre (La reaccion de Rubino en la lepra), par Roca de Winals. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, nº 81, juin 1932, p. 475.

En 1926, Rubino a fait connaître une technique pour le séro-diagnostic de la lèpre, basée sur l'agglutination des globules d'agneau formolés, en présence d'un sérum de lépreux dans des conditions spéciales.

Ultérieurement, il a vu que le sérum de malades non lépreux (en particulier de sujets atteints d'affections tropicales) agglutinait des hématies n'ayant subi aucune préparation et que ce pouvoir agglutinant se retrouvait pour les globules formolés quoique en moindre proportion.

Pour éviter cette cause d'erreur, Rubino a modifié sa technique. Il utilise deux séries de tubes. Les uns avec des globules naturels (destinés à servir de contrôle) et les autres avec des globules formolés (seuls destinés à la réaction).

Il trouve sur 36 cas de lèpre, 27 réactions positives, 7 négatives et 2 douteuses et a des résultats négatifs avec 304 sérums de contrôle.

L'auteur apporte le résultat de ses propres recherches ; 56 réactions se répartissent de la façon suivante : 27 lépreux donnent 25 réactions positives et 2 négatives, soit 92 o/o de résultats exacts.

Les sujets servant de contrôle sont au nombre de 29 (18 cancéreux, 2 syphilitiques, 9 malades atteints d'affections variées). Ils présentent tous des résultats négatifs. J. Margarot.

A propos du rôle cancérigène des cicatrices de la langue (Acerca de papel cancerigeno de las cicatrices de la lengua), par S. Noguer More. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 8e année, nº 81, juin 1932, p. 477 (1 fig.).

L'auteur présente de nombreuses photographies qui constituent une importante documentation iconographique sur l'origine cicatricielle de certains processus cancéreux de la langue.

Au premier plan figurent des ulcérations ou fissures d'origine dentaire. Normalement, elles doivent se réparer rapidement, mais l'irritation se reproduisant, il se fait une récidive. Elle a pour conséquence une cicatrice atrophique avec une légère réaction leuco-kératosique évoluant jusqu'au stade plus avancé d'atrophodermie précancéreuse. On peut voir une cicatrice cordonale, légèrement chéloïdienne, élastique et inflammatoire.

D'autres fois il se forme de nouvelles ulcérations de caractère inflammatoire à proximité de la cicatrice hyperplasique.

M. M. montre encore une cicatrice chéloïdienne, rigide, à tendance inflammatoire, un granulome chronique scléreux, un granulome pyococcique, etc...

Le vieillissement des cicatrices est un des éléments les plus importants de leur cancérisation.

Elles ne sont pas toutes cancérisables. C'est ainsi qu'un malade présente depuis plus de 20 ans une cicatrice non cancérisée.

Toutefois, des causes générales modificatrices du terrain, la syphilis en particulier, s'associant aux causes locales, modifient profondément les conditions normales de la réparation cicatricielle et rendent inévitable la transformation maligne de la cicatrice.

J. Margarot.

Revista Clinica Castellana (Madrid).

Traitement des ulcères de la jambe (Tratamiento de las ulceras de pierna), par Eduardo Ledo. *Revista Clinica Castellana*, 1re année, nº 6, juin 1932, p. 325.

L'auteur expose à nouveau les avantages que présente la lame de plomb, préconisée par son père.

Après désinfection de l'ulcère, réalisée de préférence avec de l'alcool iodo-salicylé, la lame de plomb est appliquée. La douleur devient supportable et se calme. Bientôt les bords de l'ulcère se fondent, le fond s'éclaircit, devient granuleux. La cicatrisation est rapide.

J. Margarot.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Rapports entre l'eczéma et la diathèse urique et indications de la fangothérapie dans l'eczéma, par le Pr Pasini. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, f. 3, juin 1932, p. 1013.

Le Prof. P. rappelle les discussions sur la nature de l'eczéma qui ont eu lieu au Congrès de Copenhague de 1930 et les conceptions de Brocq et de Darier qui ont rallié la majorité des suffrages et qui tendent à considérer l'eczéma comme une *réaction cutanée*, d'étiologie variable, réaction d'intolérance (Tzank), maladie de sensibilisation (Ravaut), manifestation d'allergie ou d'état anaphylactique (Darier), réaction antigène-anticorps (Jadassohn-Bloch). Pour que l'eczéma se produise, il faudrait une première condition *prédisposante*, et une seconde condition *déchaînante*.

Parmi les substances qui ont été particulièrement suspectées de jouer le rôle d'allergènes, il faut placer en première ligne l'*acide urique*.

Après avoir rappelé les recherches antérieures de Comel et Radaelli à ce sujet (analysées ici), P. expose les recherches personnelles, faites par lui ou sous sa direction : *a*) dosages d'acide urique dans le sang ou dans l'urine de sujets eczémateux soumis à un régime apurinique ou hyperpurinique ; *b*) introduction expérimentale d'acide urique dans le sang ; *c*) recherche de l'acide urique dans la peau : 1° chez des sujets normaux ; 2° chez des eczémateux soumis au régime apurinique ; 3° chez des eczémateux soumis au régime hyperpurinique.

Les résultats de ces recherches ont été assez contradictoires et l'on a vu par exemple ce taux de l'acide urique de la peau s'abaisser au lieu d'augmenter sous l'influence du régime hyperpurinique.

P. rappelle l'opinion de Rondoni qui conteste le rôle d'allergène de l'acide urique. Pour cet auteur, l'acide urique aurait seulement la propriété d'exalter la réponse phlogistique des tissus à des excitants phlogogènes par eux-mêmes non spécifiques. P. se rallie pour le moment à cette opinion.

Sur ces données, comment peut-on s'expliquer certains résultats thérapeutiques tels que les bons effets que l'on observe par l'emploi des boues d'Acqui ?

Les recherches de Comel et Bich (analysées ici précédemment), ont montré que, sous l'influence de ce traitement, on voyait s'élever le taux de l'acide urique dans le sang : l'acide urique accumulé dans les tissus serait mobilisé et entraîné dans la circulation. Les bons résultats thérapeutiques observés seraient la conséquence de cette soustraction d'acide urique des tissus, qui aurait pour effet de diminuer l'intensité de leurs réactions phlogistiques sous l'influence d'excitations variées.

BELGODERE.

La maladie de Paget cutanée (interprétée comme épithélioma épidermotrope de l'appareil glandulaire sudoral : Glande mammaire, glandes sudorifères. par Agostino CROSTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, f.3, juin 1932, p. 1021, 25 fig. Bibliographie.

Dans la première partie de ce travail, l'auteur expose les différentes théories qui ont été proposées pour expliquer la maladie de Paget, et les discute. Puis il rapporte l'observation d'un cas de cette maladie

qu'il a eu l'occasion de traiter et en fait une étude très détaillée au point de vue clinique et histologique et discute ses caractères. Bornons-nous à donner les conclusions très détaillées de ce travail qui ne saurait se prêter à une analyse.

Se basant sur les caractères du cas clinique étudié, C. pose tout d'abord en principe que les éléments cellulaires caractéristiques de la maladie de Paget rencontrés dans l'épiderme sont des éléments glandulaires immigrés et en tire cette conséquence que la dermatose en question doit être considérée comme l'expression clinique d'un type spécial de métastase intra-épidermique, d'un mouvement néoplasique des glandes annexes de la peau qui atteint la superficie épidermique par continuité épithéliale.

Cette conception, qui n'est pas nouvelle, mais qui, encore aujourd'hui, rencontre des résistances chez certains dermatologistes, peut être étendue à toute la casuistique des formes vraies de la maladie de Paget pour les raisons fondamentales suivantes :

1° Il n'existe pas de cas de Paget à siège aréolaire dans lesquels on ait pu établir avec certitude l'absence d'un foyer glandulaire épithéliomateux, fût-il circonscrit à quelques rares canaux ou alvéoles de la glande mammaire, tandis qu'au contraire il existe une statistique désormais abondante qui confirme l'existence de ces foyers néoplasiques.

2° Même pour les maladies de Paget à siège extra-mammaire (si l'on écarte les formes où le diagnostic a été basé seulement sur les caractères cliniques, ou bien celles qui sont démontrées comme des basaliomes ou des maladies de Bowen) en aucun cas on n'a pu démontrer d'une manière suffisante l'absence d'une néoplasie profonde contemporaine ; tandis qu'au contraire, dans les formes les plus typiques et les mieux étudiées, cette coexistence a toujours été certifiée.

3° Dans ces deux catégories de cas, la néoplasie qui accompagne la maladie de Paget n'a pas, du moins dans l'énorme majorité des cas, les caractères d'un épithélioma d'origine épidermique, mais a bien une structure glandulaire.

Les raisons qui ont amené C. à donner une importance plus grande qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, à la dégénérescence néoplasique de l'appareil glandulaire sudoripare dans la pathogénie de la maladie de Paget sont multiples et de signification variables. Elles peuvent se résumer ainsi :

1° La glande mammaire, qui est indubitablement la glande la plus souvent intéressée dans le processus de Paget, peut être considérée comme une glande sudoripare apocrine différenciée.

2° Il n'est pas rare d'observer, dans la maladie de Paget aréolaire (comme dans le cas qui a fait l'objet de ce travail), la participation active des nodules glandulaires mammaires accessoires du mamelon ou des glandes sudorales vraies et propres, apocrines et eccrines, de la région.

3° Les cas de maladie de Paget à siège extra-mammaire dûment

homologués, siègent, pour ainsi dire tous, ou à l'aisselle, ou à l'ombilic, ou au pubis, ou aux organes génitaux externes, ou au périnée, c'est-à-dire, comme la mamelle, le long de la « ligne lactée » où sans qu'il soit nécessaire de penser à des glandes mammaires accessoires, les glandes sudoripares sont habituellement bien développées et peuvent revêtir le type apocrine plus rapproché de celui de la mamelle.

4° Dans beaucoup de cas de Paget extra-mammaires, ont été rencontrées des altérations des glandes sudoripares significatives, dans quelques cas même, une épithéliomatose de ces glandes a dominé ensuite le tableau clinique.

5° Les glandes sudoripares sont des glandes à épithélium différencié par excellence, annexées à la peau, et elles donnent lieu à des épithéliomas qui, non seulement évoluent comme des éléments cellulaires de type glandulaire ample et vésiculeux, comme les cellules caractéristiques de la maladie de Paget, mais encore avec les caractères d'une néoplasie bénigne intratubulaire, telle qu'elle se rencontre facilement dans les canaux mammaires kystiques et papillomateux de la maladie de Paget aréolaire de manière à conserver pendant longtemps aux manifestations épidermiques cet aspect d'affection précancéreuse, qui est cliniquement si caractéristique.

Il ne faudrait pas en conclure pour cela que seul un mouvement néoplasique bénin de l'appareil sudoripare, au sens le plus large du mot, puisse donner un tableau de Paget. C'est là sans doute indubitablement le substratum le plus typique et le plus fréquent de cette forme ; mais la clinique montre que, dans quelques cas, ce ne sont peut-être pas tant les glandes sébacées, moins différenciées, qui sont le plus souvent l'origine d'épithéliomas à éléments épidermiques indifférenciés, que les glandes à épithélium cylindrique annexées aux muqueuses, dans les points de passage avec l'épiderme (orifice uréthral, anus) qui peuvent dégénérer en néoplasies capables d'infiltrer électivement et sournoisement l'épiderme et de donner ainsi le tableau clinique et anatomique de la maladie de Paget. BELGODERE.

Contribution à l'étude de la poïkilodermie atrophiante vasculaire pigmentaire. par REBAUDI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, f. 3, juin 1932, p. 1063, 5 fig. Bibliographie.

Cette affection, décrite pour la première fois par Petges et Clédat en 1906, est rare (60 cas en tout dans la littérature) et discutée. Son autonomie nosologique est même contestée par certains, notamment par Oppenheim dans le *Traité* de Jadassohn.

L'auteur en a observé un cas, chez un forgeron de 52 ans ; l'apparition de la dermatose avait été précédée, pendant de longues années, par un état particulier de sécheresse de la peau, avec desquamation, que le malade atténuait par des onctions de corps gras.

Description détaillée de la dermatose, qui était diffuse, étendue au tronc et aux membres, avec les quatre éléments qui la caractérisent :

1° desquamation plus ou moins accentuée, furfuracée ; 2° macules pigmentaires ; 3° taches atrophiques blanchâtres ; 4° ectasies vasculaires, qui donnent à la maladie sa physionomie typique, soit par la coloration rouge intense, soit par les formations réticulaires, annulaires, formées par l'union des télangiectasies de divers territoires vasculaires.

Ce qui a amené certains auteurs à contester l'individualité de cette affection, ce sont surtout les divergences que l'on rencontre dans les descriptions des divers cas publiés. Mais, comme la maladie est rare et peu connue, il peut bien y avoir eu, parmi les cas publiés, des erreurs de diagnostic ; il faut tenir compte aussi des formes de passage, fréquentes en dermatologie. Enfin, pourquoi n'y aurait-il pas dans cette maladie, comme dans beaucoup d'autres, diverses formes cliniques. Et R. en distingue trois :

1° La forme typique diffuse : *type Jacobi.*

2° La forme localisée exclusivement au visage et au cou : *type Civatte.*

3° La forme compliquée, associée notamment à des myalgies, myosites, myosclérose : *type Petges et Clédat.*

R. discute aussi la présence des papules, signalées par Gougerot dans cette affection et auxquelles cet auteur attache une grande importance, car d'après lui elles permettent de relier la poïkilodermie au parapsoriasis. Elles n'existaient pas dans le cas étudié.

Examen des diverses interprétations pathogéniques qui ont été proposées. R. se rallie à l'hypothèse d'une dysfonction hypophysaire, associée sans doute à d'autres facteurs internes ou externes.

Il fait enfin ressortir notre impuissance thérapeutique et passe en revue les différents procédés de traitement qui ont été préconisés, parmi lesquels il semblerait que la rœntgenthérapie au moyen des rayons-limite de Bucky ait à peu près seule donné quelques résultats encourageants. BELGODERE.

Recherches sur la réactivité cutanée des eczémateux vis-à-vis des amino-acides et autres dérivés des échanges. par E. SOLARI *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, f. 3, juin 1932, p. 1083. Bibliographie.

L'auteur passe d'abord en revue nos connaissances actuelles au point de vue des rapports entre l'eczéma et la nutrition en général et spécialement la nutrition protéique. Il examine ensuite les travaux les plus importants exécutés jusqu'ici sur la réactivité cutanée des eczémateux vis-à-vis des dérivés de la désintégration des aliments. Puis, il rapporte ses expériences personnelles effectuées avec presque tous les amino-acides actuellement isolés et, en outre, avec des dérivés du métabolisme nucléinique, lipoïdes, acides gras, guanidine, indol, imidazol, peptones de groupe.

Avec ces diverses substances, S. a exécuté plus de 6.000 cuti-réactions sur 189 sujets dont 126 eczémateux (94 adultes et 32 enfants) et

62 sujets normaux de contrôle (42 adultes et 20 enfants) sans compter diverses épreuves complémentaires.

Les épreuves cutanées furent pratiquées sur une partie des sujets adultes par la méthode des scarifications, sur une autre partie par la méthode percutanée de Jadassohn. Les enfants furent tous étudiés par cette seconde méthode. Dans des cas appropriés on tenta l'épreuve du transport passif. Par contre, on n'exécuta pas des épreuves de surcharge, ni des régimes d'exclusion, pratiquement inapplicables chez l'homme avec les substances prises en expérience.

Les résultats des recherches furent les suivants : toutes les substances étudiées donnèrent lieu, chez les eczémateux *adultes*, à des réactions cutanées négatives, ou de faible importance, ou aspécifiques. Au contraire, chez 4/10e environ des *enfants* soumis aux mêmes épreuves, on obtint des cuti-réactions de type eczémateux net, la plupart polyvalentes, et de nombreuses réactions cutanées moins intenses, avec une partie des amino-acides et avec un lipoïde (céphaline) quelques résultats positifs furent aussi obtenus avec les acides palmitique et stéarique. Avec les autres substances étudiées, on obtint aussi sur les enfants des réactions cutanées, ou négatives, ou identiques à celles présentées par les sujets normaux.

Les tentatives de transport passif à la Praussnitz Kutsner furent constamment en défaut.

De pareils faits ne permettent pas d'affirmer avec certitude la spécificité des réactions positives obtenues chez les enfants. Cette spécificité semble toutefois pouvoir être admise comme probable en se basant sur la réponse presque constamment négative présentée par des enfants exempts d'eczéma aux mêmes substances qui donnèrent au contraire une réaction positive chez les enfants eczémateux, et en se basant sur le type clinique souvent nettement eczémateux des réactions obtenues chez des enfants malades. En outre, des résultats obtenus il résulte qu'il est improbable que les cuti-réactions positives rencontrées doivent être considérées comme de simples réactions isomorphes ou comme l'expression d'une réactivité cutanée aspécifique plus marquée des enfants comparativement aux adultes.

Particulièrement significative est la confrontation des résultats obtenus par l'auteur avec des produits de désintégration des aliments et ceux qui ont été obtenus par l'école de Zurich et dans des expériences personnelles de l'auteur avec des substances eczématogènes, à considérer comme des allergènes externes (thérébentine, arnica, formaline, etc...).

Alors que, vis-à-vis de ces dernières substances, la réactivité cutanée des adultes se montra plus accentuée que celle des enfants, le fait inverse fut constaté dans le cas des produits de désintégration des aliments, lesquels démontrèrent une activité eczématogène bien plus accentuée chez les enfants en comparaison des adultes atteints d'eczéma, s'étant montrée presque nulle chez ces derniers

Les résultats obtenus par l'auteur concordent avec la conception qui se dégage des travaux les plus accrédités sur l'étio-pathogénie de l'eczéma, c'est-à-dire que, chez les enfants, la condition étiologique prédominante consiste dans des sensibilisations alimentaires, tandis que chez les adultes, les allergènes externes prennent une importance pathogénique prédominante.

Cette conception, à la vérité, a été dégagée au moyen de recherches effectuées jusqu'ici sur des substances alimentaires en nature, sur leurs extraits, et sur les protéines intactes qui les constituent. L'auteur a pu confirmer les mêmes rapports au moyen des produits de désintégration de ces mêmes substances. BELGODERE.

Considérations cliniques et histopathologiques sur les rapports entre l'épidermolyse bulleuse héréditaire et le pemphigus congénital à tendance cicatricielle, par PERANTONI-SATTA. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, f. 3, juin 1932, p. 1116, 10 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit un cas typique de pemphigus congénital à tendance cicatricielle, chez un jeune homme de 27 ans, chez lequel la dermatose remontait au troisième mois de la vie, et qui put être tenu en observation pendant 14 mois.

Exposé et discussion des nombreuses recherches de laboratoire, des épreuves pharmaco-dynamiques, des essais endocriniens, des valeurs anthropométriques, des constatations histologiques, et des recherches spéciales effectuées chez les différents membres de la famille du sujet. Discussion du diagnostic différentiel avec toutes les diverses dermatoses bulleuses. Rappel des caractéristiques du pemphigus congénital à tendance cicatricielle et de l'épidermolyse bulleuse héréditaire ; c'est à ce dernier diagnostic que se rallie l'auteur.

Il lui semble qu'un intérêt tout particulier doive s'attacher aux examens histo-pathologiques, desquels il résulte que l'épiderme dans son ensemble se montre aminci, que les bourgeons malpighiens et papillaires sont notablement diminués ou presque disparus, que dans le derme existe un état d'œdème accentué ; en outre, on constate la présence de nombreuses néoformations vasculaires avec faits de thrombose, une réaction conjonctive autour des glandes sudoripares qui présentent des dilatations kystiques, une diminution du tissu élastique surtout dans la partie superficielle. Une attention particulière doit être apportée à la fissure des bourgeons malpighiens au niveau des cavités bulleuses.

Passant ensuite à l'examen des facteurs histologiques et pathogéniques, après une longue discussion et en se basant sur les données fournies par ses recherches, l'auteur fait remarquer que, dans le cas qui a fait l'objet de son étude, on ne peut pas invoquer la théorie bactérienne et toxique qui s'est montrée sans fondement, on ne peut pas non plus soutenir la théorie nerveuse, et on ne peut pas attribuer à l'hémato-porphyrine une valeur excessive. D'autre part, il fait remar-

quer chez son malade la coexistence d'un trouble fonctionnel vasculaire très probablement en rapport avec des altérations du système parasympathique et il pense que le traumatisme peut être considéré comme une cause efficiente, mais non nécessaire et que le facteur hérédité peut avoir sans doute une certaine influence, mais non pas absolue comme l'affirmait et le comprenait Kobner.

L'auteur croit en outre que les caractères cliniques et histo-pathologiques de son cas peuvent contribuer — dans l'état actuel de nos connaissances sur cette question — à confirmer l'opportunité de tenir encore nettement distincts le pemphigus congénital à tendance cicatricielle et l'épidermolyse bulleuse héréditaire. BELGODERE.

Pyodermite chronique ulcéreuse végétante des jambes, par Aldo MARCOZZI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, f. 3, juin 1932, p. 1143, 4 fig. Bibliographie.

L'auteur a observé, chez un jeune homme de 16 ans, des lésions ulcéreuses végétantes des deux jambes qui persistaient depuis 10 ans et qui étaient accompagnées de lésions d'ostéo-périostite chronique symétrique des os des deux jambes. Il en discute le diagnostic et, après avoir éliminé la syphilis et la tuberculose, il conclut à une forme de ces dermatoses à pyogènes qui, comme il est bien établi actuellement à la suite de nombreux travaux, peuvent assumer une évolution chronique et déterminer des lésions végétantes et ulcéreuses.

M. rappelle la classification proposée par Hudelo et Rabut, qui ont classé ces lésions en trois catégories : 1° pyodermites végétantes pures ; 2° pyodermites ulcéro-végétantes ; 3° pyodermites ulcéreuses pures.

Le cas observé appartiendrait au second groupe.

Les lésions osseuses semblent devoir être attribuées à des germes de virulence modifiée provenant de la profondeur des ulcérations, et à ce propos, il est bon de rappeler que, pour certains, la maladie osseuse de Paget serait due à des germes pyogènes de virulence atténuée ; en effet, chez les sujets atteints de cette maladie, il n'est pas rare de trouver dans les antécédents des processus suppuratifs divers.

Le germe pathogène, dans le cas étudié, était le staphylocoque blanc et doré. C'est en effet le staphylocoque qui a été le plus souvent incriminé par les différents auteurs qui se sont occupés de cette question. Mais on peut se demander si, à ce germe banal et ubiquitaire, ne vient pas s'associer quelque germe encore inconnu.

Au point de vue pathogénique, certains ont fait intervenir l'influence d'un terrain spécial, d'autres une atténuation de la virulence des germes, d'autres enfin une *modification* de cette virulence. M. se rallie plutôt à l'hypothèse d'une *mutation* de virulence, sans se prononcer sur la nature de cette mutation. BELGODERE.

Sur un cas peu fréquent d'épithéliome séminal et de syphilis, par Ettore SOSCIA. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, f. 3, juin 1932, p. 1154, 2 fig. Bibliographie.

Cas intéressant et peu fréquent d'épithélioma du testicule coexistant avec la syphilis. Après avoir fait une description détaillée des caractères anatomo et histo-pathologiques, S. conclut qu'il faut voir dans ce cas une coexistence des deux processus sans qu'il y ait entre les deux aucune dépendance. Et tandis que le processus néoplasique suit son évolution habituelle telle qu'elle est décrite par les auteurs, le processus luétique évolue comme d'ordinaire dans le testicule dans le tissu conjonctif du stroma, de la néoplasie. La syphilis a son agent spécifique qui produit le granulome ou un processus interstitiel cellulaire dans le testicule avec orchite interstitielle ; le néoplasme est un produit cellulaire de cause inconnue, qui cependant ne donne jamais un granulome, comme le tréponème ne donne jamais un blastome.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Recherches sur la vaso-régulation cutanée dans la maladie de Raynaud, par Ugo MIRENGHI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 5, mai 1932, p. 225. Bibliographie.

Les expériences diverses pratiquées par M. chez un homme de 40 ans, atteint de cette affection, l'ont porté aux conclusions qui suivent :

L'étude du facteur vaso-moteur, qui constitue, comme il est unanimement admis par la plupart des observateurs, le fondement pathogénique de la maladie de Raynaud et que M. a étudié, en utilisant les procédés actuellement les plus adéquats à ce but, c'est-à-dire les perturbations provoquées de la circulation et les dermo-réactions à diverses substances sympathico-vago-cinétiques ; d'autre part, la constatation des phénomènes vaso-moteurs durant la stase, l'ischémie, et ceux qui sont consécutifs au rétablissement de la circulation, ont permis de mettre en évidence un comportement vaso-moteur particulier du patient.

Et en effet, dans l'ischémie provoquée, au moyen du brassard de Pachon, avec ou sans stase préventive de quelques minutes, des phénomènes vasculaires ont été observés, du type principalement vaso-constricteur, avec une réactivité vaso-dilatatrice faible et incomplète. Celle-ci, absente durant l'interruption de la circulation, par laquelle on n'est pas parvenu à l'apparition de ces plaques caractéristiques d'hyperémie active précédemment décrites par Bier, et mises de nouveau en lumière par les intéressantes recherches de ces dernières années et dont le mérite revient à l'école de Krogh et de Lewis sur la vaso-régulation cutanée, au moment du rétablissement de la circulation a été de brève durée et sans corrélation avec l'interruption de la circulation elle-même.

Le même phénomène s'est vérifié avec la stase provoquée, ainsi qu'il résulte des expériences rapportées par l'auteur.

Les dermo-réactions avec l'adrénaline, la pilocarpine, l'atropine,

l'histamine, etc..., ont constamment provoqué de la vaso-constriction au niveau de la piqûre, avec érythème réflexe périphérique. Avec l'histamine, il s'est produit une triple réaction typique, mais atténuée.

Comme des phénomènes vaso-constricteurs identiques ont été constatés avec des piqûres d'eau distillée, ou de solution physiologique, c'est-à-dire, comme la réponse a toujours été une vaso-constriction, M. est porté à conclure à une réactivité tout à fait particulière, propre au sujet examiné, et toujours uniforme, même par des excitations n'agissant pas directement sur les vaisseaux. On a l'impression d'une sensibilité à la douleur anormale, accentuée, d'où le type de réponse observé, pour l'explication de laquelle, et des rapports entre douleur et phénomènes vaso-moteurs, il faut se reporter aux intéressants travaux de Mackensie, de Sicard, de Lifschitz, de Lunedi et Giannoni.

On peut conclure que, dans le cas du malade qui a fait l'objet de cette étude, l'auteur s'est trouvé en présence d'un cas de maladie de Raynaud avec dysesthésie sympathique. BELGODERE.

Radiothérapie du sympathique cutané et kératodermie palmaire et plantaire symétrique non héréditaire, par V. FERRARI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 5, mai 1932, p. 237. Bibliographie.

L'auteur, après avoir rapidement exposé en quoi consiste la radiothérapie du sympathique selon Gouin et Bienvenue, et les déductions pathogéniques qui ont été basées sur ses résultats, rapporte un cas de kératodermie palmaire et plantaire symétrique non héréditaire, auquel a été appliquée cette thérapeutique, et qui a amené la guérison. Discutant, sur la base des faits relevés dans la littérature et sur des observations personnelles précédentes, la pathogénie des kératodermies symétriques non héréditaires, il estime que celles-ci sont sous la dépendance d'un trouble sympathique qui peut être primitif, ou sous la dépendance d'altérations endocrines.

Dans le cas qui a fait l'objet de son étude, étant donné l'absence d'altérations endocriniennes constatables, et l'inefficacité du traitement opothérapique, il estime que ce cas doit être rapporté à une altération sympathique pure, dont la cause ne peut être précisée. Quant à la modalité pathogénique par laquelle les troubles sympathiques provoqueraient la kératodermie, l'auteur estime, en se basant sur les recherches expérimentales de Morpurgo, que c'est l'hyperémie active, qui est à la base de la dermatose, qui stimule le processus de division karyocinétique des cellules de la couche basale, et qui a pour conséquence la prolifération des cellules de la couche cornée.

Enfin, l'auteur considère que le mécanisme d'action des radiations sur le sympathique n'est pas bien défini ; on sait que pour Gouin et Bienvenue, ce mécanisme consisterait en une simple paralysie fonctionnelle. BELGODERE.

La rapidité de sédimentation des globules rouges dans la lèpre, par Romiro Policaro. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 5, mai 1932, p. 248. Bibliographie.

L'auteur a étudié le comportement de la rapidité de sédimentation chez 16 malades présentant diverses formes cliniques de lèpre (9 cas de lèpre tubéreuse, 7 cas de lèpre mixte). La vitesse de sédimentation, qui est plus accélérée dans les formes mixtes que dans les formes tubéreuses, est retardée par les préparations de chaulmoogra et de sels d'or. Aucun rapport n'intervient, contrairement à ce qui s'observe dans la syphilis, entre la rapidité de sédimentation et les réactions sérologiques. L'auteur admet que cette épreuve ne peut être que d'une médiocre utilité au point de vue du pronostic. Belgodere.

Recherches sur ies variations quantitatives du Ca du sang et de la peau dans les conditions normales et pathologiques, par Filippo Surace. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 5, mai 1932, p. 255. Bibliographie.

Les résultats satisfaisants obtenus dans ces dernières années au moyen de la thérapeutique calcique dans le traitement de différentes dermatoses, ont amené divers auteurs à faire jouer au Ca un rôle pathogénique important et à faire des recherches dans ce sens. Mais en réalité, les résultats obtenus ont été assez contradictoires, S. les passe en revue. Il a entrepris des recherches personnelles, étudiant le Ca du sang dans diverses dermatoses, puis le Ca de la peau chez des individus sains, et chez des malades atteints de dermatoses diverses.

De ces diverses recherches, il tire les conclusions suivantes :

L'étude du Ca hématique ne permet d'établir aucun rapport entre le métabolisme calcique et les processus morbides cutanés qui ont fait l'objet des recherches, ce qui confirme les affirmations de précédents chercheurs sur la faible utilité des analyses pratiquées sur le sang.

Les recherches qui ont eu pour but de préciser le contenu en Ca de la peau des différentes régions, bien qu'elles n'aient porté que sur deux cas, ont fait ressortir des variations régionales.

L'auteur ne peut pas préciser si ces variations sont en rapport avec une réactivité cutanée spéciale vis-à-vis d'excitations inflammatoires. L'inflammation cutanée aiguë s'accompagne d'une augmentation du contenu calcique.

L'inflammation chronique révèle au contraire un abaissement du contenu calcique. Cette constatation est d'un grand intérêt au point de vue des rapports entre le contenu calcique et la réaction de la peau aux excitations inflammatoires, parce que des recherches récentes, se basant sur les faits de teneur élevée en Ca de la peau enflammée, tendraient à réfuter la notion ancienne de l'activité anti-inflammatoire du Ca, en tant que cette activité serait fonction des propriétés physico-chimiques du métal. Belgodere.

Sur un cas de maladie de Darier (Dyskératome nævique), par Sereno Fiocco. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 6, juin 1932, 5 fig. Bibliographie.

L'auteur rappelle les discussions qui se sont élevées sur la nature de cette affection dont presque plus personne ne soutient la théorie parasitaire, tandis que l'opinion la plus généralement admise est qu'il s'agit d'une affection nævique, ou plutôt selon l'heureuse expression de Bellini, d'un *dyskératome nævique*.

Il rapporte un cas personnel, qui ne diffère pas des descriptions classiques pour ce qui concerne les lésions de la peau. Mais en outre, fait plus rare, il y avait des localisations sur la muqueuse buccale, principalement sur le palais mou, et un peu sur la langue et sur les joues. Ces lésions de la muqueuse se présentaient sous la forme d'élevures papuloïdes grosses comme une tête d'épingle ou un grain de millet, de même couleur que la muqueuse, et ombiliquées au centre.

Le malade, âgé de 29 ans, présentait un certain degré de déséquilibre psychique et, lors des premières manifestations de la dermatose, avait été sujet à des crises épileptoïdes.

Discutant ensuite la pathogénie, F. estime que l'on doit concevoir la nature nævique de la maladie dans le sens où l'entend Meirowsky, c'est-à-dire qu'il s'agirait d'une *géno-dermatose*, d'une affection qui se développerait sur un terrain cutané prédisposé par un trouble particulier existant dès la naissance, l'apparition des lésions étant provoquée à un âge quelconque sous l'influence de quelque cause occasionnelle. Ou bien encore, dans le sens de l'*hérédo-méiopragie ectodermique* de Lortat-Jacob.

Cette interprétation est appuyée par de solides arguments : hérédité fréquente de la maladie, association fréquente de troubles nerveux, qui s'accorde bien avec l'origine ectodermique commune de la peau et du système nerveux.

On a incriminé aussi des influences endocriniennes ; il n'y en avait aucune trace dans le cas étudié et l'examen des cas rapportés par d'autres auteurs ne permet rien de précis à ce point de vue.

BELGODERE.

Observations et recherches sur quelques cas de dermatoses allergiques, par Oscar LEVI. *Il Dermosifilografo*, 7e année, no 6, juin 1932, p. 291. Bibliographie.

Nous ne pouvons donner que les conclusions, du reste étendues, de cet important mémoire.

L'auteur a étudié 16 cas de dermatoses répondant aux caractères qui définissent selon Doerr, les dermatoses allergiques.

Les cas pris en examen concernent 11 dermatoses professionnelles, dont : 1 par le vernis, 1 par la poudre de verre, 1 par la soude, 2 par la chaux et le ciment, 1 par le pétrole, 5 par la térébenthine.

Les 5 autres cas concernent des dermatoses diverses par hypersensibilité : à l'acide picrique, à une plante (*Matricaria camomilla*), aux fraises, au liniment Sloan, à un cachet antinévralgique.

Dans tous ces cas, les recherches suivantes ont été effectuées :

1° Épreuve cutanée d'identification ou de contrôle de la substance suspecte (allergène).

2° Épreuve de transport passif de l'hypersensibilité par la méthode de Prausnitz-Kutsner, ou de Konigstein-Urbach, ou de Lehner-Rajka.

3° Examen hématologique de la peau saine et de celle intéressée par la dermatose.

4° Épreuve fonctionnelle du système nerveux végétatif.

5° Détermination du taux du Ca et du K dans le sang.

Les résultats obtenus peuvent se résumer ainsi :

a) Les différentes épreuves cutanées ont démontré dans tous les cas l'hypersensibilité à l'antigène incriminé, avec des modalités diverses ; dans les eczémas professionnels, la réaction, qui s'établissait d'habitude tardivement (au bout de 24 à 72 heures) montrait des caractères analogues à ceux de la dermatose en évolution. Dans un cas l'essai de l'épreuve cutanée s'est démontré positif uniquement au niveau de la région malade, et négatif dans les autres districts cutanés. Dans un cas, l'intradermo-réaction était positive seulement avec la substance totale, tandis que ses différents composants ne donnaient aucun signe de réaction.

b) Le transport passif a fait défaut dans la grande majorité des cas, et constamment dans tous les cas d'eczéma professionnel. Il a réussi, au contraire, dans les cas d'hypersensibilité à la camomille et aux fraises. Dans ce dernier cas, on a pu démontrer la positivité du Prausnitz-Kutsner seulement avec le sérum du sang prélevé pendant l'acmé de la réaction allergique.

c) La formule leucocytaire a révélé de légères augmentations dans la proportion des éosinophiles (jusqu'à 8 o/o), et des lymphocytes (jusqu'à 33 o/o).

d) Les épreuves pharmaco-dynamiques (toute réserve faite sur leur valeur séméiologique), auraient démontré des dystonies variées du système nerveux végétatif dans tous les cas d'hypersensibilité à des substances variées, et seulement dans deux cas d'eczéma professionnel.

e) Le taux du Ca, qui a oscillé dans les eczémas professionnels dans des limites normales, s'est montré dans les autres dermatoses quatre fois en augmentation, une fois en diminution. Le taux de K a toujours donné des valeurs normales.

Ces résultats doivent faire tendre à considérer dans une classe à part les eczémas professionnels, dans lesquels le mécanisme de constitution du phénomène allergique semble avoir un siège local tissural et une hypersensibilité souvent polyvalente.

L'étude des épreuves cutanées démontre l'importance essentielle de la concentration de l'allergène et du seuil relatif de l'excitant, qui est habituellement plus élevé pour la peau que pour les autres appareils (respiratoire).

Selon les cas qui ont été étudiés, l'apparition d'une réactivité allergique de la part de la peau, peut être déterminée chez un individu en

coïncidence avec des troubles physiologiques (menstruation) ou à la suite de maladies infectieuses.

Dans quelques eczémas professionnels, la période d'incubation qui précède l'apparition de l'allergie cutanée peut être très prolongée, déterminant ainsi une hypersensibilité polyvalente, qui pourrait signifier que, à la base de la modification de la réactivité cutanée, il n'y a pas seulement un fait d'hypersensibilité à une substance déterminée, mais une diminution de la résistance générique des éléments cellulaires, déterminée et maintenue par une sommation d'excitations variées.

BELGODERE.

Ceska Dermatologie (Prague).

Les expériences biochimiques dans l'eczéma, par Ian TRÉGER. *Ceska Dermatologie*, 13e année, nº 1, mars 1932, pp. 1-5.

L'auteur a examiné à l'aide du réfractomètre le contenu des bulles provoquées par la neige carbonique. Le taux d'albumine du liquide des bulles obtenues sur la peau eczématisée est presque égal au taux d'albumine du sérum. Sur la peau saine du même malade le taux est abaissé à peu près de moitié. Dans les eczémas chroniques, le taux d'albumine est abaissé de 20 o/o, et il l'est encore davantage dans les diverses dermatoses chroniques.

KAREL GAWALOWSKI.

Sur les cancers de la peau se développant à la suite des blessures, par Ant. FABIAN. *Ceska Dermatologie*, 13e année, nº 1, mars 1932, pp. 6-11.

Description détaillée de 13 cas de cancers baso-cellulaires et spino-cellulaires, qui se sont développés sur des cicatrices du visage consécutives à des blessures diverses.

KAREL GAWALOWSKI.

Sur la séro-réaction de la blennorragie, par V. KUTKA. *Ceska Dermatologie*, 13e année, nº 1, mars 1932, pp. 12-20.

Dans les cas avec complications, il y a 80 o/o de réactions positives. Dans les arthrites blennorragiques, il y en a 100 o/o. On observe des résultats positifs non spécifiques dans 14 o/o des cas. Le moment de l'apparition de la positivité est très variable : on a même constaté des résultats positifs au cours des premiers jours de l'affection. L'auteur a pu augmenter le nombre des résultats positifs par des injections intraveineuses de vaccins gonococciques. Il pense que la réaction complètement positive peut montrer l'activité du processus, même si les examens cliniques et bactériologiques sont négatifs.

KAREL GAWALOWSKI.

Les anomalies dans la formation des poils à la suite de l'épilation, par Vlasta RIHOVA. *Ceska Dermatologie*, 13e année, nº 2, avril 1932, pp. 33-40.

L'auteur a observé que chez les femmes dont l'hypertrichose a été traitée par la diathermo-coagulation, apparaissent souvent des petits

poils noirs, épais, et qui cèdent facilement à la pince. L'examen histologique montre une dystrophie à tous les stades d'évolution du poil. Il suppose qu'il s'agit d'une altération artificielle, analogue à celle observée par Chirivino et Giorgi chez les hommes après l'épilation. mécanique et par Mibelli dans un cas de pelade de la barbe. Brocq appelle cette anomalie « dystrophie mixte des poils ».

KAREL GAWALOWSKI.

Sur la provenance de l'albumine dans les bulles du pemphigus, par Ian TRÉGER. *Ceska Dermatologie*, 13e année, nº 3, mai 1932, pp. 40-44.

L'auteur a étudié à l'aide d'injections intraveineuses de « trypanrot » la question de savoir, s'il y a une différence entre la bulle de pemphigus et la bulle artificiellement provoquée par la neige carbonique. Les deux sortes de bulles sont colorées de la même manière. Chez les néphrosiques, la teinture apparaît dans les urines en même temps que l'albumine. L'auteur pense donc qu'il s'agit toujours d'une altération des capillaires, et que le mécanisme de la genèse des bulles pemphigoïdes et artificielles est le même.

KAREL GAWALOWSKI.

Sur le traitement spécifique du chancre mou par le vaccin Dmelcos, par V. KUTKA. *Ceska Dermatologie*, 13e année, nº 2, avril 1932, pp. 45-50.

L'auteur communique les expériences faites avec le vaccin Dmelcos dans 83 cas de chancre mou traités à la clinique dermatologique de Bratislava. Le temps nécessaire à la guérison des cas sans complications a été réduit de moitié. La résorption des bubons a été très accélérée, et on a pu éviter l'intervention chirurgicale même dans les cas où il existait déjà de la fluctuation. L'action spécifique a donc été excellente. Mais, l'action pyrétogène s'est aussi montrés très efficace, surtout dans les cas de blennorragie compliquée. KAREL GAWALOWSKI.

Sur les cas de syphilis à séro-réactions irréductibles et sur les résultats obtenus par l'association de quelques combinaisons de soufre au traitement spécifique, par Karel HÜBSCHMANN. *Ceska Dermatologie*, 13e année, nº 4, juin 1932, pp. 79-91.

L'auteur a étudié systématiquement les effets du traitement non spécifique chez des malades à séro-réactions irréductibles. Au cours du traitement par le thiosulfate de soude, la stabilité des colloïdes du sérum sanguin chez quelques sujets augmente et par conséquent, l'encolloïdité s'accroît. En accord complet avec les hypothèses de Kabelide, l'auteur a constaté à la suite des injections de thiosulfate de soude une plus grande résistance à l'alcool (par la méthode de Ruzicka, avec contrôle au néphélémètre), une plus grande dispersion et une plus grande stabilité des colloïdes du sérum sanguin. Cela explique les bons résultats obtenus par l'emploi du thiosulfate de soude — amélioration des séro-réactions dans 7 cas sur 10 traités — et en justifie l'emploi.

Si l'on ne peut pas employer le thiosulfate de soude, on peut recourir à d'autres préparations à base de soufre. L'auteur a essayé surtout le « Sulfolean Farmaka » et le « Colloidal Mercury Sulfide Hill », dont l'action se montrait favorable, mais dont les effets étaient moins bons que ceux obtenus avec le thiosulfate de soude. Pour les détails, voir le résumé en français plus explicite (pp. 89-91).

KAREL GAWALOWSKI.

La réaction au « luotest » dans la syphilis congénitale, par Olga VALENTOVA. *Ceska Dermatologie,* 13e année, nº 4, juin 1932, pp. 91-95.

L'auteur a contrôlé 102 enfants venus au « dispensaire pour hérédo-syphilis », par la réaction de « Luotest ». Dans le premier groupe comprenant des enfants avec manifestations cliniques et sérologiques, il y eut 14 résultats positifs sur 17 examinés. Les 3 réactions négatives concernaient des enfants énergiquement traités (kératite, idiotie, choriorétinite). Dans le deuxième groupe comprenant des enfants séropositifs sans manifestations cliniques, tous en traitement, il y eut 12 résultats positifs sur 20 enfants et 8 négatifs. Dans le troisième groupe formé de 56 enfants séro-négatifs, dont 50 suspects et 8 traités auparavant, la réaction a donné 3 résultats positifs sur les 58, et 2 résultats positifs sur les 8 traités. Le quatrième groupe, celui des enfants sains (de contrôle), comporte 7 enfants, tous négatifs. Conclusions : la réaction au luotest ne suit pas parallèlement la réaction de Bordet-Wassermann. Le pourcentage des réactions positives augmente avec les manifestations cliniques. Le troisième groupe montre que la réaction peut déceler l'hérédo-syphilis dans des cas suspects. Les réactions négatives chez les enfants de famille syphilitique, sans manifestations, sans stigmates et même sans signes de probabilité, n'autorisent pas à déclarer ces enfants exempts d'hérédo-syphilis.

KAREL GAWALOWSKI.

Sovietsky Vestnik Vénérologuii i Dermatologuii (Moscou).

Contribution au traitement des eczémas dyshidrosiques par la diathermie, par W.-K. MODESTOFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologuii i Dermatologuii,* nos 1-2, janvier-février 1932, pp. 13-15.

L'auteur rapporte ses résultats obtenus par l'application de la méthode de Lesczynski qui a préconisé en 1928 le traitement de la dyshidrose par la diathermie des ganglions spinaux.

Il a traité 29 malades dont la dyshidrose était localisée dans la majorité des cas, aux faces latérales des doigts. Les traitements antérieurs restaient inefficaces. Les recherches mycologiques étaient dans tous les cas négatives.

Parmi les 29 malades, 23 ont été traités par la diathermie des ganglions rachidiens et 6 par l'irradiation des ganglions par la lampe Sollux avec filtre rouge. Les séances étaient quotidiennes ou avaient

lieu tous les 2 jours, durant 15 à 25 minutes, avec un courant de 0,5 à 0,9 ampères.

L'amélioration allait en augmentant dès les premières séances diathermiques, et 10 à 12 amenaient en général une guérison complète. L'effet de la lampe Sollux était insignifiant.

Un cas de maladie de Fox-Fordyce (diagnostic confirmé histologiquement) a été très amélioré, presque guéri, par la diathermie.

Le traitement diathermique se base sur la relation des nerfs sympathiques avec les glandes sudoripares. L'hyperhidrose et la dyshidrose sont en rapport avec des troubles fonctionnels du système nerveux végétatif, mais l'étiologie de ces affections peut tenir encore des désordres exogènes et endogènes. BERMANN.

Les septicodermies érysipélateuses chez les malades lupiques, par A. N. SYRENSKAÏA. *Sovietsky Vestnik Vénérologuii i Dermatologuii*, nos 1-2, janvier-février 1932, pp. 15-18.

Après un aperçu bibliographique, l'auteur analyse les observations cliniques de l'Institut de la tuberculose cutanée, de Moscou. Durant les 6 dernières années, l'érysipèle a été observé chez 86 lupiques, dont 59 femmes (68,5 o/o) et 27 hommes (31,5 o/o). Parmi ces 86 malades, il y a eu des récidives d'érysipèle chez 30, c'est pourquoi il faut tenir compte de 113 cas d'érysipèle. La durée moyenne de la complication érysipélateuse a été de 8 jours, mais a varié de 3 à 27 jours. Sauf dans quelques cas isolés, le processus de septicodermite érysipélateuse est survenu brusquement, avec fièvre. Sauf quelques cas isolés, il s'est localisé à l'endroit atteint par le processus lupique, notamment à la face le plus souvent (83 cas), aux extrémités inférieures (26 cas), au tronc (4 cas). C'est à la figure et à la tête que le processus était le plus grave, s'accompagnant d'œdème. Presque toujours on observait une adénopathie correspondante, mais sans suppuration. Dans les cas récidivants, on notait de l'éléphantiasis. L'érysipèle a eu une marche grave chez 7 malades, dont 2 ont succombé au bout de 3 et 10 jours. 85 cas (66 malades) eurent un érysipèle de gravité moyenne et 21 cas (13 malades) un érysipèle d'évolution bénigne, avec durée courte et sans phénomènes généraux. Chez 22 malades (20 o/o) il y eut des signes d'irritation rénale sous forme d'albuminurie et de cylindrurie avec hématurie. Dans les cas graves, on observait de la défaillance cardiaque, avec arythmie et du délire avec agitation. La température varia de 37,8 à 41,2, mais en moyenne elle fut de 39°5 à 40°. Dans 34 cas, la température baissa brusquement, dans le reste des cas, en lysis. Le traitement institué consista en pommade ichtyolée à 10 o/o et en huile camphrée en injections 3-4 fois par jour. En cas de localisation à la tête, on employait le froid. Les complications ont été traitées symptomatiquement. BERMANN.

Le rôle du système lymphatique dans la pathologie de la syphilis, par J. A. Lipkine. *Sovietsky Vestnik Vénérologuii i Dermatologuii*, nos 1-2, janvier-février 1932, pp. 19-27, avec 4 figures.

Tout d'abord, l'auteur expose de brèves données historiques et anatomiques sur le système lymphatique. Ensuite, il montre que le spirochète pâle, qui est anaérobie, évite le sang qui est riche en oxygène et choisit pour se généraliser la lymphe qui est pauvre en oxygène. Déjà, dès le chancre dur, dès l'accident primitif, on constate la participation prépondérante du système lymphatique. Tous les auteurs sont d'accord sur le fait que le système lymphatique est la voie de propagation du tréponème pâle. Cet agent se propage aussi par les capillaires lymphatiques des vaisseaux sanguins, ce qui explique sa généralisation précoce dans tout l'organisme bien avant l'apparition du chancre dur. L'apparition de l'accident primitif doit être considérée comme le début de l'adaptation de l'organisme au spirochète pâle, adaptation qui commence par des modifications scléreuses du système lymphatique, surtout au niveau des ganglions. La profondeur de la pénétration du spirochète pâle détermine l'atteinte du réseau lymphatique superficiel ou profond, soit donc le réseau de la peau ou celui des organes viscéraux profonds. En général, le spirochète pâle est un parasite du système lymphatique. En l'absence du tissu lymphatique, la syphilis ne se développe pas. Ceci explique la prédilection des accidents secondaires pour la cavité buccale riche en lymphatiques. La localisation du chancre dur joue aussi un grand rôle dans l'évolution ultérieure de la syphilis. Sa localisation à la bouche appellera des accidents secondaires buccaux, tandis que sa localisation génitale s'accompagnera de syphilides secondaires ano-génitales. Dans le chancre extra-génital, on voit rarement des avortements consécutifs, car les voies lymphatiques de la partie supérieure du corps sont intéressées plus fortement. Cela explique aussi les fortes destructions du pharynx dans la syphilis extra-génitale et la fréquence des accidents viscéraux dans la syphilis génitale. La fréquence des localisations nerveuses et viscérales s'explique aussi par la localisation profonde des spirochètes occupant les lymphatiques profonds, cette fréquence va de pair avec la rareté des accidents cutanés. En somme, c'est d'après la localisation initiale du spirochète pâle dans le système lymphatique que sont atteints ultérieurement les tissus et les organes de l'organisme qui aboutissent à ces lymphatiques primitivement touchés. Bermann.

Le traitement de la blennorragie chronique chez l'homme par le tamponnement de l'urètre, par B. S. Iablénik. *Sovietsky Vestnik Vénérologuii i Dermatologuii*, nos 1-2, janvier-février 1932, pp. 29-30.

L'auteur rapporte les résultats du traitement de l'uréthrite blennorragique chronique chez l'homme, par le tamponnement de l'urèthre d'après Vachkévitch. Cette méthode, préconisée par son auteur pour soigner l'uréthrite chronique antérieure consiste tout d'abord en un

massage de l'urèthre exécuté sur un tube uréthroscopique, à partir du n° 50 de la filière Charrière, introduit dans le canal, ce qui assure l'évacuation du contenu des glandes de Littre. Ensuite, après avoir sorti le mandrin, on introduit dans le tube toujours laissé en place un tampon d'ouate imbibé d'une solution protargolée (1/4 à 2 o/o), ichtyolée (1 à 5 o/o), ou collargolée (1 à 5 o/o), roulé sur une longue sonde cylindrique. Après avoir retiré le tube uréthroscopique, puis la sonde on laisse le tampon à demeure dans le canal pour une durée de 2 à 3 heures. Pour éviter de salir le linge, la verge est entourée d'un léger bandage. Le tampon est sorti soit par le malade lui-même, soit par le jet d'urine. Cette opération se fait tous les 2-3 jours, s'il n'y a pas d'irritation. L'auteur a appliqué la méthode de Vachkévitch sur 105 cas qu'on peut diviser en 3 groupes : dans 44 cas où le gonocoque a été constaté, l'auteur a obtenu 19 guérisons, 8 améliorations et 17 résultats stationnaires. Dans 55 cas, où le gonocoque n'a pas été identifié, mais où il y avait une forte leucocytose, l'auteur a obtenu la guérison dans 28 cas, l'amélioration dans 16 cas et l'effet sans changement dans 11 cas. Dans 6 cas où la sécrétion contenait des diplocoques Gram-négatifs, la guérison fut enregistrée dans 3 cas, l'amélioration dans 2 cas et le résultat stationnaire dans 1 cas. Dans 7 cas, le tamponnement a été employé dès le début de l'uréthrite et dans 98 cas, après échec d'autres méthodes de traitement. En cas d'irritation ou de réapparition des sécrétions purulentes, le tamponnement était associé au lavage selon la méthode de Janet.

En somme, la guérison de 50 cas (47,6 o/o), l'amélioration de 26 (24,8 o/o) et l'état stationnaire de 29 (27,6 o/o) permet à l'auteur de recommander le tamponnement dans les cas d'uréthrite chronique antérieure, quand les autres moyens sont demeurés inefficaces, car cette méthode contribue au ramollissement des tissus infiltrés, à leur pénétration par des remèdes actifs par osmose et diffusion, elle agit comme une bougie douce vidant les glandes uréthrales de leur contenu.

BERMANN.

Contribution à l'étude des vulvo-vaginites diphtériques chez les enfants, par S. A. KAUFFMANN. *Sovietsky Vestnik Vénérologuii i Dermatologuii*, nos 1-2, janvier-février 1932, pp. 30-34.

L'auteur constate que, malgré la fréquence de la diphtérie chez l'enfant, les médecins oublient trop souvent sa localisation vulvo-vaginale et la confondent constamment avec la blennorragie. Il rappelle que chez l'enfant la flore vulvo-vaginale est analogue à celle des autres muqueuses, tant chez le sujet sain que malade. La vulve, ainsi que le pharynx, contient les bacilles de la diphtérie et peut en recéler chez les porteurs de bacilles. Cette localisation peut être asymptomatique ou latente, catarrhale ou légère, voire grave. Durant 3 mois (septembre-octobre novembre 1931), sur 84 cas de vulvo-vaginites observées à la policlinique de l'Institut vénérologique d'État à Moscou, la

diphtérie a été trouvée dans 19 cas (23 o/o). Si l'on considère que ladite policinique n'est fréquentée que par des cas graves, il faudra élever de beaucoup cette fréquence. Souvent on passe à côté des cas légers, les diagnostiquant vulvo-vaginites catarrhales ou « suspectes de blennorragie ». Il ne faut pas oublier qu'une diphtérie méconnue peut amener la mort, qu'elle soit au pharynx ou à la vulve. L'auteur rappelle que la diphtérie vulvo-vaginale frappe les enfants de 1 à 10 ans, qu'elle débute brusquement, s'accompagne de fièvre, de mauvais état général et de rétention d'urine durant 1-2 jours. Les organes génitaux sont œdémateux, infiltrés, à surface pyodermique ou eczémateuse (type superficiel) ou ulcérée et phlegmonneuse (type profond). La muqueuse génitale est cyanotique, les membranes adhérentes le plus souvent. Les sécrétions sont séreuses, séro-purulentes ou séro-sanguinolentes. Le traitement consiste en injection de sérum antidiphtérique à la dose de 1 à 10.000 unités, selon l'âge, la constitution du malade et la durée de la maladie. Le traitement local doit aussi être employé. L'enfant doit être isolé durant 4 semaines en moyenne, puis il faut pratiquer la désinfection de l'appartement.

L'auteur conseille d'intensifier l'étude des vulvo-vaginites diphtériques, de la populariser tant parmi les médecins que la population, de rechercher sa localisation en cas de diphtérie pharyngée et la traiter d'une façon précoce et énergique. Tout cas de vulvo-vaginite doit être étudié au point de vue bactériologique et il ne faut pas perdre de vue que la diphtérie vulvaire peut être isolée, sans atteinte de la cavité buccale. BERMANN.

La valeur de la réaction au citochol comme méthode de séro-diagnostic de la syphilis, par T. I. PAK et N. G. CHEYNMANN. *Sovietsky Vestnik Vénérologuii i Dermatologuii*, nos 1-2, janvier-février 1932, pp. 35-38.

Tout d'abord, les auteurs décrivent les principes et la technique de la réaction au citochol qui est une modification accélérée découverte par Sachs et Witebsky de la réaction de floculation de Sachs-Georgi qu'on appelle dès lors réaction au lentochol ou ralentie, car la première réaction permet de lire ses résultats en 40 minutes, tandis que la seconde ne le permet qu'au bout de 18 à 24 heures.

Depuis 1929, les auteurs ont pratiqué la réaction au citochol, parallèlement avec celle de Bordet-Wassermann, de Kahn et de Sachs-Georgi, dans 28.376 cas. Les réactions ont concordé dans 26.900 cas (94,8 o/o), dont 2.989 positives (11,11 o/o) et 23.911 négatives (88,89 o/o). Les réactions étaient en désaccord dans 1.476 cas (5,2 o/o). Ces documents montrent que la réaction au citochol occupe, quant à la sensibilité, une place intermédiaire entre la réaction de Kahn et celle de Sachs-Georgi.

La rapidité de son exécution, la facilité de la lecture de ses résultats, la simplicité de sa technique et sa haute sensibilité et spécificité donnent droit à la réaction de Sachs-Witebsky à la plus large diffusion dans le séro-diagnostic de la syphilis. BERMANN.

Le rôle de la réaction de Tsû en clinique et dans la syphilis expérimentale du lapin, par G. Kopp, W. Bronstein, E. Roussinkowskaïa et A. Boukina. *Sovietsky Vestnik Vénérologuii i Dermatologuii*, nos 1-2, janvier-février 1932, pp. 38-40.

Après quelques données sur les méthodes des séro-réactions actives, les auteurs apportent leurs résultats personnels obtenus par la réaction de Tsien-Jung-Tsû comparée à celle de Bordet-Wassermann et à d'autres réactions de floculation (Meinicke, Kahn).

Pour la réaction de Tsu, on prend 0 cc. 2 de sérum actif frais (pas plus de 48 heures), on y ajoute autant d'extrait non cholestérinisé servant à la réaction de Bordet-Wassermann et dilué dans le sérum physiologique dans la proportion de 1/9e à 1/5e. Ce mélange est fortement agité durant une minute, puis additionné de 0 cc. 4 d'émulsion de globules rouges de mouton à 1 0/0 et le tout est placé au thermostat à 37°. Au bout de 15 minutes, on peut effectuer la lecture des résultats. Le tube de contrôle renferme 0 cc. 2 de sérum, autant de solution physiologique et 0 cc. 4 d'émulsion d'érythrocytes de mouton. La réaction peut se faire avec la moitié des doses citées des composants.

Les auteurs ont pratiqué des examens parallèles dans 3.180 cas. La réaction de Bordet-Wassermann était positive dans 850 cas, les réactions de floculation dans 907 cas et la réaction de Tsu dans 753 cas. Ceci ne montre pas la grande sensibilité de la réaction de Tsu, quoique dans 69 cas (2,1 0/0) elle ait été positive, malgré la négativité des autres réactions. Dans 2.734 cas (85,8 0/0) les résultats de toutes les réactions concordaient, tant négatifs que positifs. Il y avait 622 (19,5 0/0) cas positifs et 2.112 (66,3 0/0) négatifs. Les 439 autres se répartissent ainsi : la réaction de Tsu concordait seulement avec celle de Bordet-Wassermann dans 156 cas (35,7 0/0), avec les réactions de floculation, dans 71 cas (16,1 0/0) ; la réaction de Tsu était positive là où les autres réactions étaient négatives dans 69 cas (15,7 0/0) et elle était négative là où une des autres réactions était négative dans 143 cas (32,5 0/0). L'étude des malades des deux dernières catégories montre que la réaction de Tsu est très sensible dans la syphilis primaire et secondaire active et dans l'hérédo-syphilis.

La réaction de Tsu a concordé avec celle de Bordet-Wassermann dans 2.897 cas (91,1 0/0), avec les réactions de floculation, dans 2.812 cas (88,4 0/0).

Quant à la sérologie de la syphilis expérimentale du lapin, la réaction de Tsu a été pratiquée dans 69 examens de sang prélevé chez 33 animaux syphilitiques non traités. Les résultats ont été positifs dans 20 cas avec le Bordet-Wassermann, dans 28 avec le Kahn et dans 37 avec le Tsu. La réaction de Tsu s'est montrée négative chez 12 lapins normaux. Les réactions de Kahn et de Tsu ont concordé dans 32 cas (46,3 0/0). La comparaison avec d'autres réactions a montré la sensibilité plus grande de la réaction de Tsu, car elle n'a pas donné de réponse non spécifique.

En prenant en considération la simplicité de sa technique, la rapidité de l'obtention des résultats et les doses minimes des ingrédients, il faut reconnaître qu'avec sa grande sensibilité, la réaction de Tsu peut aisément être utilisée comme réaction d'orientation dans les examens en masse. BERMANN.

Cas rare d'ulcère tuberculeux de la muqueuse de la lèvre supérieure et de la gencive, par DANUCHEWSKAÏA et LEKHNO. *Sovietsky Vestnik Vénérologuii Dermatologuii*, nos 1-2, janvier-février 1932, p. 41.

Les auteurs rapportent une rare et intéressante observation personnelle que voici :

Il s'agit d'un homme de 28 ans se plaignant depuis 3 ans de douleurs à la lèvre supérieure et à la cavité buccale, surtout aux repas. Cet état serait dû, d'après les dires du malade, à un coup de poing reçu à la figure. Après ce coup, il a présenté une enflure de la joue et de la lèvre supérieure avec hémorragie, le tout a guéri sans traitement. Six mois plus tard, à l'endroit traumatisé s'est développé un nodule dur qui s'est transformé en ulcère. Cet ulcère a été traité longtemps et ne montrait pas de tendance à la guérison.

Dans l'anamnèse, on note que le père du malade est mort à 34 ans de tuberculose. La mère, un frère et une sœur sont bien portants. Le malade est marié. Deux enfants sont morts en bas âge, un de méningite tuberculeuse et l'autre de phtisie. Le troisième enfant est vivant, mais atteint de scrofule. La femme du malade est bien portante. Le malade nie toute maladie vénérienne antérieure. Il boit et fume beaucoup, malgré la toux avec crachats qu'il présente depuis l'âge de 15 ans.

Le malade est maigre, pâle. Adénopathies sous-maxillaire et autres. La peau de la partie gauche de la lèpre supérieure est infiltrée, rouge-brun. On y voit à la vitro-pression, ainsi qu'à l'extrémité inférieure de l'aile gauche du nez, de menus nodules jaunes. La muqueuse de la lèvre supérieure et celle de la gencive montrent une ulcération irrégulière violacée de 2 centimètres, à bords festonnés et minés, à fond en partie gris et à granulations saignantes dans le reste de son étendue. La muqueuse de la joue révèle une petite cicatrice. Les recherches du tréponème se montrent constamment négatives. Les frottis de l'ulcère montrent des bacilles tuberculeux. Bordet-Wassermann et Kahn négatifs. L'examen du poumon exécuté au Dispensaire antituberculeux montre une phtisie au deuxième stade avec bacilles dans les crachats. BERMANN.

Contribution au diagnostic des ulcères de la langue, par G. IAKHRINE. *Sovietsky Vestnik Vénérologuii i Dermatologuii*, nos 1-2, janvier-février 1932, p. 42.

L'auteur a rencontré dans sa pratique plusieurs cas d'ulcère de la langue simulant le chancre dur, mais, en réalité, provoqués par l'arsenic appliqué à une dent malade. Il en rapporte un cas démonstratif. Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, présentant depuis 4 jours un ulcère rond à bords égaux, surélevé, de la dimension d'une pièce de 10 cen-

times, dur, accompagné d'adénopathie sous-maxillaire. La malade est vierge et ne présente aucune autre manifestation suspecte. Tous les médecins ont posé le diagnostic de chancre induré de la langue, mais les recherches du spirochète pâle ont été à plusieurs reprises négatives. La malade affirme qu'un ou deux jours avant l'apparition de la lésion linguale, un dentiste lui a fait une application d'arsenic à une dent malade. Le diagnostic d'ulcère arsenical de la langue fut confirmé par la guérison rapide, en 8-10 jours, à la suite de l'emploi d'un mélange de tannin et de glycérine. BERMANN.

Sur l'action du néosalvarsan soviétique, par A. N. CHAPIRO. *Sovietsky Vestnik Vénérologuii i Dermatologuii*, nos 1-2, janvier-février 1932, pp. 42-43.

Au cours des 3 premières années du fonctionnement du Dispensaire antivénérien de Minsk (1923-1925 inclusivement), les médecins n'y employaient que le néosalvarsan allemand. Depuis 1926, on s'y sert exclusivement de produits salvarsaniques russes (novosalvarsan et novarsolan). Vu la supériorité nette du novosalvarsan, le novarsolan n'est plus employé depuis 1929. Le débit annuel du novosalvarsan a atteint, pendant les 3 dernières années, 3.800 à 4.180 grammes, ce qui constitue 7.600 à 9.000 injections intraveineuses. Le novosalvarsan se dissout très facilement et se conserve bien durant 7 mois sans devenir toxique. 10 à 15 flacons seulement par an ont été altérés. Durant tout le temps, il n'y eut aucun cas de mort. Les accidents ont été rares et peu graves, 2 cas de dermatite légère et 2 cas d'ictère prolongé. Les troubles gastro-intestinaux et les céphalées observés furent bénins et passagers. L'action thérapeutique du novosalvarsan russe n'est pas inférieure à celle du néosalvarsan allemand ou du novarsénobenzol français que l'on a expérimenté un certain temps. Le traitement le plus fréquemment employé consiste en la combinaison novosalvarsan-bijochinol (quinby russe) ou novosalvarsan-mercure.

L'auteur préconise de remplacer les produits salvarsaniques étrangers par le produit similaire russe dont on tire le plus grand bénéfice pour les malades. BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Etudes cliniques de syphiligraphie, par E. Schulmann, médecin des hôpitaux de Paris, préface de A. Sézary, 1 vol. de 290 p. in-8. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1932.

A la fois pathologiste général et syphiligraphe, E. Schulmann a réuni en un volume, bien édité par la maison Masson, quinze études sur des sujets de syphiligraphie. Il continue la tradition française des « Cliniques », en choisissant les sujets qui se présentent en pratique et qui ne sont pas envisagés à fond dans les Traités. C'est une forme particulièrement instructive et attrayante, mais difficile aussi. E. Schulmann a réussi sa première tentative et nous espérons qu'il continuera. Voici les titres des 15 chapitres : I. Le témoignage des syphilitiques et l'utilité des notions chronologiques pour le diagnostic et le pronostic de l'infection. II. La contamination avant le chancre et la contamination occulte de la syphilis. III. Les sources cliniques de la syphilis sans chancre. IV. La syphilis nerveuse évolutive sans altérations du liquide céphalo-rachidien. V. Prurit et syphilis. VI. L'asthénie des syphilitiques. VII. L'ulcère syphilitique de l'estomac. VIII. L'interprétation de la fièvre dans la syphilis. IX. La stérilité syphilitique. X. La syphilis sérologique. XI. Zona et syphilis. XII. L'immunité naturelle dans la syphilis. XIII. Les critères de la guérison de la syphilis. XIV. Syphilis et tuberculose en pratique courante. XV. Le myxœdème syphilitique.

Clément Simon.

Guide de cosmétique à l'usage du praticien (Leitfaden der Kosmetik für die ærtzliche Praxis), par A. Buschke, A. Joseph et W. Birkenfeld, 1932 (Berlin).

Buschke résume en quelques pages les données purement dermatologiques : hygiène, méthodes thérapeutiques (physiques et autres). Puis, il étudie les différents procédés appliqués au traitement des malformations ou déformations de la peau : troubles trophiques, brûlures, colorations accidentelles, nævi, tumeurs, etc. Deux petits chapitres pour les cheveux et les ongles.

Une partie un peu plus étendue du livre est consacrée à la chirurgie

esthétique par les deux autres auteurs. Ceux-ci commencent par en formuler les indications, les contre-indications, les dangers. Une première partie l'étudie à un point de vue général : procédés techniques, sutures, plastique, transplantations, greffes, etc. Une seconde partie envisage les diverses régions et les interventions qu'elles peuvent réclamer : depuis l'effacement des rides, jusqu'à la restauration des seins et du ventre.

Intéressant petit livre qui constitue, comme le veut son titre, un bon résumé destiné à faire connaître au praticien ce que l'on peut attendre de la dermatologie et de la chirurgie esthétiques.

CH. AUDRY.

Acariase des céréales, par Italo LEVI. Monographie de 70 pages avec 25 figures, Licinio CAPELLI, éditeur, Bologne.

Si l'acariase des céréales est connue des dermatologistes, on peut dire qu'en dehors de ce cénacle spécialisé, elle est en général plutôt ignorée. Et même pour les dermatologistes, il n'existait pas jusqu'ici de travail d'ensemble où soient rassemblées toutes les notions actuellement acquises sur cette dermatose.

C'est cette lacune que vient combler fort à propos l'intéressante monographie de Levi.

Dans ce travail, divisé en courts chapitres, sont passés en revue l'épidémiologie, la statistique italienne et étrangère, la morphologie et la biologie de l'acare *Pediculoides ventricosus*, l'anatomie et l'histologie pathologique de la dermatose, la prophylaxie, la reproduction expérimentale de l'acariase des céréales, les caractères cliniques de l'affection cutanée et ses complications possibles, le diagnostic différentiel, le pronostic et le traitement.

Contentons-nous d'énumérer ces têtes de chapitres, dans le détail desquels nous ne saurions entrer. Disons simplement qu'il existe plusieurs variétés de parasites qui peuvent se développer sur les diverses céréales, et dans divers pays, mais il en est une que l'on rencontre particulièrement, c'est le *Pediculoides ventricosus*, de la classe des Arachnides, du type des Arthropodes, de l'ordre des Acares, du groupe des Eupodoïdes, du sous-ordre des Prostigmates, de la famille des Tarsonémides, de la sous-famille des Pediculoïdinées, du genre Pediculoïdes, de l'espèce *Ventricosus*. Tel est son état civil.

Ce parasite pénètre dans les graines des céréales, y pond ses œufs, d'où naissent des larves, qui se développent surtout dans la saison chaude.

L'acare est un parasite accidentel de la peau humaine, sur laquelle il séjourne transitoirement, ne pouvant s'y développer ni s'y reproduire.

La dermatose provoquée par cet acare consiste dans des lésions érythémato-papuleuses et papulo-vésiculaires, compliquées parfois de productions urticariennes et d'accidents de pyodermite.

Les lésions siègent de préférence au cou, dans le dos, épargnant les mains et les espaces interdigitaux. Elles s'accompagnent d'un prurit plus ou moins intense, survenant parfois par accès violents, de sensations de brûlures, d'insomnies, et même de fièvre.

L'affection peut atteindre des sujets isolés, mais plus souvent revêt un caractère épidémique : épidémies de famille, de maison, de village, ou des groupes de travailleurs qui manipulent des grains (meuniers, dockers, etc...). Traitement : pommades calmantes ou antiparasitaires, bains, mesures hygiéniques individuelles ou collectives, parmi lesquelles, en premier lieu, l'éloignement de la cause morbigène.

Le diagnostic est à faire avec les différentes variétés de gale, avec les dermatoses toxiques, les maladies exanthématiques. Pronostic bénin. Au point de vue médico-légal, il s'agit d'une maladie professionnelle qui, en Italie, est parfois considérée comme accident du travail dans les cas isolés.

Disons enfin que cet acare des céréales a été signalé pour la première fois en Angleterre par Newport, en 1848, et que c'est en France, en 1849, à Espalais (Tarn-et-Garonne) que la première épidémie fut signalée par Legrèze-Fossot et Montané. BELGODERE.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE PROBLÈME DE LA SYPHILIS EXOTIQUE

PATHOGÉNIE ET THÉRAPEUTIQUE

Par A. SÉZARY,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
médecin de l'Hôpital Saint-Louis.



Le problème de la syphilis exotique est un des plus captivants qui s'impose à notre attention, car il apporte sur la pathogénie de l'infection tréponémique des données d'une importance capitale. Aussi croyons-nous intéressant d'en reprendre aujourd'hui l'étude, en complétant les travaux antérieurs que nous avons publiés à son sujet (1).

On sait que chez les indigènes de nos colonies et de nombreuses contrées étrangères non civilisées, la syphilis présente des caractères différents de ceux qu'elle a dans nos pays.

Non traitée, cette syphilis est floride. Dès son début, elle se traduit par des lésions cutanées généralement infiltrées. A une période tardive, elle se manifeste par des gommes serpigineuses ou térébrantes, qui laissent à leur suite des cicatrices énormes ou des délabrements étendus. Se localisant avec prédilection sur la peau et les os, elle respecte le plus souvent les viscères.

En particulier, elle n'atteint qu'exceptionnellement le système nerveux. Sans doute elle peut y provoquer, comme la syphilis européenne, des artérites ou des méningites qui se révèlent par des troubles divers : hémiplégie, paraplégie, épilepsie jacksonienne, paralysie des nerfs craniens, etc.... Mais il ne s'agit pas là de syphilis nerveuse proprement dite. Elle ne cause au contraire presque jamais les lésions primitives parenchymateuses du névraxe

(1) A. SÉZARY. Syphilis exotique et pathogénie de la syphilis nerveuse. *Presse Médicale*, 1926, n° 1, p. 4, et n° 29, p. 452.

(tabès, paralysie générale), dont la fréquence assombrit tellement le pronostic de la maladie dans nos climats.

Ce fait a été établi par les recherches concordantes de Jeanselme en Extrême-Orient, de J. Brault, Lucien Raynaud, Scherb, Gillot, Battarel en Algérie, de Lacapère au Maroc, de A. Charpentier en Tunisie, de Holzinger en Abyssinie, de Neukirch en Anatolie, de Seiffert et Külz au Cameroun, de Lecomte dans l'Afrique Equatoriale française, de Cimon Meimaroglu au Soudan, de Van Blero à Batavia, de Kräpelin à Java et Singapour, de Rasch au Siam, de Couchoud et de Overbeck-Wright aux Indes, de Von Duhring en Asie Mineure, de Montel au Tonkin, de Schuzo-Kure à Colombo, de Charles André au Paraguay, etc... La vaste enquête faite par Scheube en 1902 a montré qu'il en était ainsi dans les diverses parties du monde.

Cependant, on ne saurait contester que depuis quelques dizaines d'années, une modification s'est produite : la syphilis nerveuse, sans être encore très répandue chez les peuples exotiques, y devient cependant moins exceptionnelle. Le fait est admis par la généralité des neurologistes et des psychiatres de ces pays.

C'est ainsi qu'à l'asile d'Aix, où sont internés les Arabes d'Algérie atteints de psychopathies, Meilhon n'a pas vu chez ces indigènes un seul cas de paralysie de 1860 à 1877, tandis que de 1877 à 1889 il en a observé 13 cas.

De même, le tabès, jadis inconnu chez les indigènes d'Algérie, y existe actuellement, mais il est encore rare (Dumolard, G. Sicard, Maurice Raynaud, etc.), à tel point que les médecins de ce pays, comme d'ailleurs ceux du Maroc et de la Tunisie, ne manquent pas de signaler les cas qu'ils ont l'occasion de rencontrer.

Pour ceux qui, comme moi, ont fréquenté pendant plusieurs années, vers 1900, le grand hôpital de Mustapha à Alger, avant ceux de Paris, la rareté de la neuro-syphilis en Afrique du Nord est indiscutable. Elle est cependant niée par quelques auteurs algérois, comme M. Goëau-Brissonnière, qui, au moment où il rédigeait sa thèse, n'avait sans doute pas eu l'occasion de comparer la pathologie africaine avec la pathologie métropolitaine. Cette opinion discordante est justement critiquée par Porot. Elle montre au moins qu'aujourd'hui la neuro-syphilis n'est pas aussi exceptionnelle en Algérie qu'elle l'était à la fin du siècle dernier. Telle est encore

d'ailleurs l'opinion de Montpellier, de Maurice Raynaud, de Schrapf, etc... Porot cite à ce sujet l'intéressante statistique de Dubuisson, médecin directeur de l'asile de Saint-Alban : ce psychiatre rapporte en 1916 que sur 107 indigènes de l'Afrique du Nord évacués sur ses services, il n'a rencontré aucun paralytique général, tandis que dans le même temps, sur 288 aliénés européens venus du même pays, il en a compté 22.

De même, au Maroc, Lacapère n'a observé sur 3.000 malades que 2 cas de tabès et 1 de paralysie générale. Decrop, dans son dispensaire prophylactique de Tanger, n'a vu, de 1925 à 1930, sur 84.000 syphilitiques, que 2 tabétiques et 2 paralytiques généraux indigènes.

En Egypte, l'affection, jadis assez rare (Warneck), est aujourd'hui plus répandue (A. Marie). Mais elle y est encore moins commune que dans nos pays.

De même au Japon, Schuzo-Kure reconnaît que la paralysie générale était moins fréquente il y a vingt-cinq ans qu'aujourd'hui.

On a fait la remarque peu bienveillante que cette absence ou cette rareté de la neuro-syphilis n'est qu'apparente et tient à l'incompétence des observateurs qui n'ont pas su la reconnaître. Cette assertion est certainement inexacte. D'abord parce que les médecins des pays exotiques, en même temps qu'ils signalaient l'absence de la syphilis nerveuse chez les indigènes, ont toujours noté en même temps son existence chez les Européens immigrés. En second lieu, il existe, parmi ces médecins, des neurologistes qualifiés, dont la compétence dépasse souvent celle de leurs critiques.

On a aussi incriminé la difficulté qu'on éprouve à découvrir ou à examiner les malades, ce qui peut fausser les statistiques. L'argument peut être valable pour les nègres, mais il ne l'est pas pour les indigènes de l'Afrique du Nord.

Il semble donc bien que la syphilis nerveuse, jadis exceptionnelle dans les pays exotiques, y est actuellement moins rare, bien qu'encore moins répandue qu'en Europe. Comment expliquer cette évolution ? C'est un problème qu'il est intéressant d'étudier, car il est lié à la question encore obscure de la pathogénie de la neuro-syphilis et sa discussion nous oblige à envisager le rôle de chacun des deux facteurs incriminés par les auteurs : la nature du virus et les caractères de l'organisme réceptif.

*
* *

Tout d'abord, la nature du virus peut-elle expliquer la rareté de la syphilis nerveuse chez les peuples exotiques ? La question n'est pas de savoir si, comme Scheube en 1902, Marchand en 1922 l'ont supposé, le spirille de la syphilis n'est pas le seul agent de la paralysie générale et si celle-ci n'est pas due à l'action d'un microbe surajouté. La constatation du tréponème seul dans le cerveau des paralytiques généraux ne permet pas d'accepter une telle vue de l'esprit.

Mais il nous faut rappeler ici la doctrine de la syphilis neurotrope qui, émise par Morel-Lavallée en 1889, a été soutenue depuis par différents auteurs, en particulier par Nonne en Allemagne, puis du point de vue expérimental par Levaditi et A. Marie en France.

Avec cette doctrine, le problème devient d'une simplicité extrême. Il existerait deux virus syphilitiques, distincts par leurs affinités tissulaires : l'un est dermotrope, l'autre neurotrope. Si la syphilis de l'indigène est si peu neurotrope, c'est tout simplement parce qu'elle est due au virus dermotrope. Inutile de chercher une autre explication, celle-ci résout radicalement la question.

Nous ne nous attarderons pas à critiquer ici cette hypothèse dans son ensemble. Dès qu'elle eût été reprise par Levaditi et A. Marie, nous nous sommes efforcé de la réfuter (1). L'opinion que nous avons soutenue est généralement admise et l'existence d'un virus neurotrope n'est guère plus acceptée aujourd'hui.

Il est d'ailleurs facile de prouver que cette théorie, même si elle était exacte, ne saurait expliquer la rareté de la syphilis nerveuse chez les indigènes des pays exotiques. En effet, cette syphilis exotique transmise à des Européens par les femmes indigènes, provoque chez eux la paralysie générale et le tabès, tout comme la syphilis de nos climats. Jeanselme a noté le fait en Extrême Orient, Simon Miemaroglu au Soudan. Roasenda a observé un tabétique qui devait sa syphilis à une négresse tripolitaine. Avec Alibert, nous avons vu deux tabétiques qui avaient été infectés par des mauresques d'Algérie, et avec Gallerand un tabétique infecté par une indigène de Madagascar. Jeanselme a rapporté récemment l'histoire d'un paralytique général qui tenait sa syphilis d'une congaï annamite. De tels cas seraient fréquents en Algérie, d'après Montpellier.

(1) A. SÉZARY. La pathogénie des affections nerveuses parasyphilitiques et la doctrine du virus neurotrope. *Revue neurologique*, 1923, t. II, n° 5, p. 414.

D'autre part, les Européens infectés par les indigènes ne font pas une syphilis cutanée aussi floride que celle de leurs partenaires (Jeanselme, Lacapère, etc...). Cependant, la maladie que celles-ci leur transmettent est bien exotique, car ces femmes sont, dans la règle, contaminées par leurs compatriotes. Il en était ainsi en particulier chez la femme malgache qui avait contaminé notre tabétique, car elle habitait une région où jusqu'ici nul Européen n'avait pénétré.

Quelques partisans irréductibles de la doctrine du virus neurotrope ne semblent pas convaincus par ces arguments. C'est ainsi que Gauducheau attribue la neuro-syphilis de ces malades à une réinfection par le virus européen. Cette opinion n'a aucun fondement. Dans aucun de ces cas, on n'a pu donner des preuves d'une réinfection, c'est-à-dire constater un second chancre induré. Il est vrai que Gauducheau admet que dans la réinfection syphilitique le chancre fait défaut. Mais cette assertion est absolument contraire à ce que nous savons et nous paraît complètement inadmissible.

D'ailleurs, le virus indigène n'est pas aussi exclusivement dermotrope qu'on pourrait l'imaginer. Dès la période secondaire, le liquide céphalo-rachidien des Arabes syphilitiques est peuplé de leucocytes avec la même fréquence que celui des Européens. Montpellier a attiré l'attention sur ce fait, qui a été confirmé par Sicard et Lévy-Valensi ; Lévy-Bing et Gerbay ; Lacapère ; Maurice Raynaud, Lacroix, Béraud et Boutin ; Goëau Brissonnière ; Broc. Comment, après une telle constatation, peut-on encore écrire que le virus africain est uniquement dermotrope ? ne se montre-t-il pas au contraire amphotrope dès le début ?

L'hypothèse de Montpellier, selon laquelle le tréponème s'adapterait à la peau en raison de l'exubérance de ses lésions et se « spécialiserait » de la sorte, nous paraît difficile à prouver. Malgré les expériences de Bezançon, nous ne croyons pas que la pullulation d'une germe dans un viscère provoque un tropisme définitif de ce germe pour ce viscère : l'étude de la tuberculose le prouve abondamment. Le neurotropisme de la syphilis chez les Européens contaminés par les indigènes s'inscrit aussi contre cette doctrine.

En résumé, la nature du virus ne nous paraît jouer aucun rôle dans les caractères de la syphilis exotique.

*
* *

La question ainsi réduite demeure encore complexe. Car, quelles sont les raisons qui font que l'organisme de l'indigène est réfractaire à la syphilis nerveuse, tandis que celui de l'Européen est réceptif?

On a incriminé de nombreux facteurs que nous allons passer en revue.

Parmi eux, deux surtout méritent l'attention : le surmenage intellectuel et la race.

Pour certains auteurs, le *surmenage cérébral* des Européens, leur vie trépidante et surchargée de soucis, sont les causes principales de la fréquence de la syphilis nerveuse. Au contraire, le mode d'existence des indigènes dont l'activité intellectuelle et l'émotivité sont réduites au minimum, serait la raison de leur état réfractaire. Kraft-Ebing avait dit en 1897 que la paralysie générale est le produit de la syphilisation par la civilisation. Cette affirmation paraît corroborée par l'apparition progressive de l'affection chez les peuples que pénètre la civilisation européenne.

Cependant elle ne résiste guère à un examen critique.

Le tabès et la paralysie générale peuvent se développer chez les indigènes vivants, comme ceux vus par Schrapf dans le Sud-Oranais, d'une existence aussi peu civilisée que possible.

D'ailleurs il est exagéré de prétendre que le surmenage cérébral prédispose à la neuro-syphilis et surtout qu'une vie peu intellectuelle met à l'abri de cette dernière. Babinski avait déjà remarqué que les paralytiques généraux se voient dans toutes les classes de la société, et particulièrement chez des sujets que leurs occupations n'obligent pas à un travail intensif de la pensée.

D'une statistique que nous avons faite avec Barbé et qui porte sur 300 paralytiques généraux (1), nous avons conclu que la méningo-encéphalite frappe souvent des sujets dont le cerveau n'a jamais été soumis à un surmenage intellectuel. De même, étudiant la fréquence de la paralysie générale dans la population rurale (2), nous avons constaté qu'elle est en rapport avec la

(1) A. Sézary et A. Barbé. L'effort intellectuel prédispose-t-il à la paralysie générale? *La Médecine*, février 1927, nº 5, p. 351.

(2) A. Sézary et A. Barbé. La paralysie générale dans la population rurale. *Annales de Dermatologie*, mars 1921, nº 3, p. 340.

morbidité syphilitique et que les campagnards ne sont, pas plus que les citadins, à l'abri de cette complication.

Ainsi donc le rôle de la civilisation, considérée comme facteur de surmenage cérébral, ne nous paraît pas mériter l'importance qu'on lui a donnée.

L'état névropathique des malades ne mérite pas davantage d'être pris en considération : les sujets calmes et impassibles sont aussi souvent affectés que les émotifs et les anxieux (Gilbert Ballet, André Collin).

D'ailleurs, cet argument n'est manifestement plus valable pour le tabès. Il serait osé de prétendre que le surmenage intellectuel ou l'émotivité favorisent la localisation du tréponème sur la moelle épinière ou ses ganglions postérieurs. Bien plus, un fait est incontestable : c'est que, comme l'a fait remarquer Condray en 1910, les Arabes, qui surmènent plus que les Européens leur moelle épinière par les excès sexuels dont ils sont coutumiers, ont longtemps échappé au tabès. Avec l'hypothèse du surmenage fonctionnel, le tabès devait au contraire être très répandu dans l'Afrique du Nord.

Le second facteur, la *race*, est-il plus important? Les indigènes échappent-ils à la syphilis nerveuse en vertu d'un caractère ethnique, d'une propriété spéciale de leur tissu nerveux, qui s'opposerait au développement du tréponème dans leur axe cérébro-spinal.

On a écrit que la race jouait un rôle des plus important dans la réceptivité vis-à-vis de la syphilis. On a cru pendant un certain temps que les nègres étaient relativement réfractaires à la syphilis. Mais les observations prises au Natal, à la Réunion, à la Guyane anglaise, dans les Etats-Unis d'Amérique ont au contraire montré qu'ils ont une syphilis floride et grave.

Il en est de même pour la syphilis nerveuse. Tout récemment Plaut a publié un intéressant travail sur la paralysie générale des noirs et des indiens. On y voit que l'affection est fréquente aujourd'hui chez les noirs des Etats-Unis d'Amérique, alors qu'elle est très rare chez les noirs de Cuba. De même, elle est commune chez les Indiens du Mexique alors qu'elle est rare chez les Indiens des Etats-Unis. On voit donc que le facteur race ne joue aucun rôle dans le déterminisme des caractères de la syphilis exotique.

La prétendue immunité des Islandais et des Groënlandais s'expli-

que tout naturellement par l'absence presque totale de syphilis dans ces pays qui sont presque complètement fermés à l'immigration (Ehlers).

D'ailleurs, pourrait-on expliquer par la race seulement l'absence de localisation du tréponème sur les centres nerveux ? Il ne le paraît pas davantage.

D'abord, pour prendre un exemple bien étudié, le système nerveux des Arabes de l'Afrique du Nord est aussi souvent atteint que celui des Européens par les affections neuro-psychiques. Dumolard a insisté sur ce fait que celles-ci sont, en Algérie, aussi fréquentes et aussi graves chez les indigènes que chez les Européens habitant ce pays. Mais la paralysie générale y est relativement rare : sur 274 arabes hospitalisés dans son service pour troubles mentaux, il a observé 9 cas de cette affection contre 55 de démence précoce. La thèse de Benkhelil (Alger, 1927) contient sur ce sujet des données très intéressantes.

D'autre part, des peuples appartenant à une même race, mais habitant des régions diverses et vivant de façon différente, sont inégalement frappés par la syphilis nerveuse. A l'asile de Canton, à l'asile de Singapour, les habitants des ports du Sud de la Chine, qui sont surtout des marins, sont les seuls Chinois chez qui le tabès et la paralysie générale n'étaient jadis pas rares (Jeanselme).

Enfin, le facteur race n'explique pas pourquoi, en dehors de tout croisement, ces peuples exotiques sont devenus aujourd'hui plus réceptifs vis-à-vis de la syphilis nerveuse. La nature du virus, l'état de civilisation pourraient mieux expliquer cette particularité, mais nous avons déjà vu que des arguments importants nous empêchent de leur faire jouer un rôle essentiel dans la pathogénie de la syphilis nerveuse.

*
* *

On a invoqué d'autres facteurs plus particuliers.

Le rôle de l'*alcoolisme* a été diversement apprécié. Admis par Fournier, il a été formellement contesté par Dupré. On doit reconnaître que tous les tabétiques et tous les paralytiques généraux ne sont pas des buveurs et il nous paraît exagéré d'attribuer uniquement à la sobriété la rareté de la neuro-syphilis chez les peuples exotiques.

D'autres auteurs ont fait valoir le rôle de la *pression artérielle*. Lacapère attribue à l'hypotension artérielle la rareté de la syphilis nerveuse chez les Arabes. Cette opinion n'est pas partagée par Montpellier et par Delmas. On peut d'ailleurs objecter qu'il existe de nombreux tabétiques et paralytiques généraux dont la pression est basse ou normale.

Lacapère croit aussi qu'une des causes de l'immunité des Arabes consiste dans la *précocité de la contamination*. Ces indigènes contracteraient la syphilis à un âge où les centres nerveux sont encore en sommeil. Mais d'abord cette règle souffre d'assez nombreuses exceptions, ainsi que nous l'avons constaté en Algérie il y a 30 ans. D'autre part, si cette hypothèse était vraie, les hérédo-syphilitiques européens, qui sont contaminés plus précocement encore, *in utero*, devraient être toujours indemnes de syphilis nerveuse. Or, il n'en est rien. Bien au contraire, Jeanselme a remarqué qu'en Extrême-Orient le système nerveux du fœtus est plus sensible à la syphilis que celui de l'adulte.

Faut-il penser avec Montpellier que les *traumatismes* auxquels sont exposés constamment les téguments de l'indigène, leur mauvaise hygiène corporelle, leur exposition continuelle à un soleil particulièrement lumineux attirent les tréponèmes à la peau, favorisent le développement des lésions cutanées, d'où il résulterait une immunisation plus complète vis-à-vis de l'infection syphilitique et la plus grande rareté des déterminations nerveuses? Cette hypothèse ne nous paraît guère admissible. D'abord, elle ne serait valable que pour certaines peuplades : toutes ne vivent pas dans des contrées plus ensoleillées que les nôtres. D'autre part, les Européens qui, dans certains pays, ont adopté les mêmes coutumes et font les mêmes travaux que les indigènes, n'en sont pas moins exposés à la neuro-syphilis. Enfin, des recherches que nous avons faites avec M. Barbé, il résulte que dans la population rurale française, très exposée également aux intempéries, aux traumatismes et pour une grande partie à la lumière solaire, la paralysie générale existe et que, si elle est moins fréquente que chez les citadins, c'est parce que simplement chez elle la syphilis est plus rare.

D'après Montpellier, les facteurs que nous venons de signaler provoqueraient chez les indigènes un état d'allergie cutanée extrêmement développé. Il en résulterait l'exubérance des lésions cuta-

nées et, consécutivement, une vaccination plus complète du reste de l'organisme. Sans nier que ce grand développement des manifestations tégumentaires puisse influer sur l'immunisation de l'individu — nous reviendrons plus loin sur ce point —, nous ne saurions suivre Montpellier sur le rôle de l'allergie qu'il invoque. Montpellier souscrit en effet à la doctrine de Dujardin, selon laquelle la neuro-syphilis serait le fait des syphilis anallergiques. Or, malgré son apparence séduisante, cette opinion ne nous paraît point acceptable, parce qu'elle repose sur des fondements que, comme plusieurs autres auteurs après nous, nous croyons inexacts. Nous ne nous attarderons pas ici sur ce point, renvoyant au mémoire qu'avec M. Coumétou nous avons publié antérieurement (1). Nous nous contenterons de signaler que dans sa thèse d'Alger de 1928, M. Aboulker a montré que la théorie de Dujardin était infirmée par les constatations qu'il avait faites chez les indigènes algériens. L'absence d'allergie est en réalité une propriété constante des centres nerveux (2), et l'allergie cutanée dans la syphilis n'a aucun rapport avec l'allergie des autres viscères.

Certains enfin ont pensé que le *paludisme* était une cause de la bénignité de la syphilis. Cette question, qui a été remise récemment à l'ordre du jour par l'école de Vienne, ne date en réalité pas d'aujourd'hui. En 1902, Scheube avait demandé, dans un *referendum* aux médecins exerçant hors d'Europe, leur opinion sur ce point. Il reçut 30 réponses dont 14 affirmatives et 16 négatives et il eut la prudence de ne pas conclure. Depuis que nous connaissons les bons effets de l'inoculation de la malaria aux paralytiques généraux, le problème se pose à nouveau.

Plusieurs auteurs modernes ont admis que le paludisme pouvait avoir un rôle préventif. On leur a objecté que nombre de syphilitiques devenus paludéens n'en ont pas moins été atteints de neurosyphilis (Sézary, Gougerot, etc.). A cela, ils auraient pu répondre que le paludisme n'a pas toujours une action curative sur la paralysie générale et ne saurait davantage avoir une action préventive constante.

(1) A. Sézary et Coumetou. L'allergie cutanée au sérum de cheval dans les différentes formes de syphilis. *Annales de Dermatologie*, 1930, n° 11, p. 1148.

(2) A. Sézary. Pathogénie de la paralysie générale et du tabès. *Revue neurologique*, 1921, n° 4, p. 337.

Dumolard n'admet comme réellement efficace que le paludisme chronique invétéré, évoluant en pays paludéen et jamais ou insuffisamment traité. Nous sommes, pour notre part, disposé à admettre la réalité de ce facteur dans certains cas. Mais nous ne croyons pas que cette explication soit valable pour tous. Il y a d'abord certaines peuplades nègres d'Amérique qui ne sont point infectées par le paludisme et qui sont cependant rarement atteintes de paralysie générale (Plaut). Il y a ensuite des cas, comme celui de Gougerot, où un malade après une centaine d'accès de malaria, n'en a pas moins été atteint de méningo-encéphalite. Notons enfin que l'hypothèse ne saurait s'appliquer à la totalité de la population indigène; tous les autochtones ne sont pas nécessairement atteints de paludisme et surtout d'une forme cachectisante.

*
* *

Des considérations qui précèdent, il résulte qu'aucun des facteurs que nous avons passés en revue n'est capable d'expliquer d'une façon générale l'immunité relative des divers peuples exotiques vis-à-vis de la syphilis nerveuse.

Arrivons maintenant aux données positives de cette étude, telles qu'elles nous paraissent ressortir des faits et des doctrines pathogéniques admises actuellement.

Il y a six ans, nous avons déjà abordé le problème et nous avons pu constater, par le nombre de remarques qui nous ont été faites, que notre mémoire avait intéressé beaucoup de nos confrères. Depuis cette époque, de nouveaux faits ont été portés à notre connaissance, de nouvelles hypothèses ont été émises. Le moment nous paraît donc venu de le reprendre en utilisant les enseignements que nous ont apportés les travaux contemporains sur la pathologie générale de la syphilis.

*
* *

Remarquons tout d'abord que le problème de la syphilis exotique ne se réduit pas à une question de continent ou de climat. Dans une même contrée, qu'habitent à la fois les Européens et les indigènes, les deux types de syphilis peuvent coexister. Bien plus, en Europe on trouve encore parfois des syphilitiques dont les

lésions cutanées sont exubérantes et qui sont peu dangereuses pour les centres nerveux. Hors d'Europe, on peut rencontrer aujourd'hui chez les indigènes des formes discrètes qui aboutissent aux complications nerveuses.

En second lieu, si l'on cherche à caractériser les différences fondamentales qui existent entre ces deux groupes de pays dont les habitants sont frappés avec prédilection par un des deux types de syphilis, on est obligé d'admettre que l'ancienneté de la civilisation joue un rôle incontestable. C'est chez les peuples non civilisés seuls qu'on observe la syphilis du type exotique ; les étrangers qui proviennent de pays civilisés et qui vivent parmi eux, ne sont pas atteints de cette forme de la maladie. Mais, la civilisation n'intervenant pas, comme nous l'avons déjà dit, en raison du surmenage cérébral ou des intoxications chroniques dont elle est la cause, il importe de rechercher le mécanisme de son action.

Nous sommes persuadé aujourd'hui — et c'est un point sur lequel nous avons déjà insisté dans nos publications antérieures — que ce sont les méthodes thérapeutiques établies par les peuples civilisés qui ont été la cause principale, aussi bien en Europe que dans tout l'Univers, des modifications survenues dans la symptomatologie de la syphilis. C'est ce que nous allons tâcher de démontrer.

Soulignons d'abord la différence de l'évolution à travers les âges de la syphilis européenne et de la syphilis exotique.

Lorsqu'on lit les anciennes relations sur le mal vénérien dans nos pays et qu'on tâche d'y distinguer ce qui relève vraiment de la syphilis, on est frappé de ce fait que lorsqu'elle envahit l'Europe, la maladie se manifesta, comme chez les peuples exotiques, par des éruptions florides et par des lésions osseuses. Les relations des syphiligraphes de la fin du XV^e^ siècle montrent bien la multiplicité et l'importance des lésions cutanées et osseuses (Grunpeck, de Hutten).

Mais déjà au bout d'une quarantaine d'années, l'infection perdit de sa virulence. Jean de Bourdigué écrivait à cette époque que « par succession de temps, la vérole a quelque peu mitigé sa fureur ». Dans le « Triomphe de très haulte et très puissante Dame Vérole », publié en 1739, on lit : « Icelle maladie a remis beaucoup de sa férocité et aigreur premières, et n'en sont plus les peuples si travaillez qu'ils soulèvent ». Francesco Guiccardini dit aussi qu' « après plusieurs années le fléau perdit de sa malignité ».

Cependant, pendant plus de trois siècles, les atteintes nerveuses paraissent avoir été rares. Sans doute la neurologie était-elle encore dans l'enfance et jusqu'à Ollivier d'Angers, Charcot, peu d'affections nerveuses avaient été identifiées. Mais des symptômes aussi caractéristiques que les douleurs lancinantes, les crises gastriques, s'ils avaient été aussi fréquemment observés que de nos jours, n'auraient pas manqué d'attirer l'attention des médecins ; ils auraient été mentionnés par les chroniqueurs tels que Saint-Simon. D'ailleurs, depuis que la neurologie a été solidement constituée, les auteurs de la fin du XIXe siècle, Brissaud entre autres, ont noté que pendant leur carrière, ils avaient été frappés de la progression constante du tabès. D'autres médecins ont fait la même remarque à propos de la paralysie générale. Il est donc certain que, d'abord rare en Europe, la syphilis nerveuse y est devenue de plus en plus fréquente.

Par contre, en même temps, les lésions tégumentaires se sont montrées de plus en plus discrètes. La syphilis cutanée que nous observions avant les médications arsenicales était beaucoup moins floride que celle dont furent affligés les sujets de François Ier. Depuis une vingtaine d'années, il semble même que les manifestations cutanées soient devenues encore plus rares et plus discrètes.

Au fur et à mesure qu'elle a vieilli en Europe, la syphilis est donc devenue de moins en moins riche en lésions cutanées et s'est attaquée de plus en plus au système nerveux.

Il en est de même pour la syphilis exotique.

En Afrique du Nord, il semble que la maladie fut importée à la fin du XVe siècle, à la fois par les Juifs espagnols chassés de la péninsule et par les Espagnols et Italiens qui colonisèrent certaines villes du Maroc et de l'Algérie. Si l'on en croit la relation donnée par Léon l'Africain, les symptômes de la syphilis dans ces pays furent les mêmes que ceux que l'on observait alors en Europe. Mais, fait important, elle conserva plus longtemps ces caractères. Les médecins militaires qui purent l'étudier après la conquête de l'Algérie (Foucqueron, Rozet) ont noté le caractère floride de la maladie en 1830. Aujourd'hui elle conserve encore en partie ces particularités, mais une évolution s'est produite et, comme nous l'avons déjà rappelé, les médecins qui exercent dans l'Afrique du Nord depuis une quarantaine d'années sont presque unanimes à penser que la

syphilis secondaire de l'indigène se rapproche souvent de celle de l'Européen et que la syphilis nerveuse augmente de fréquence chez les musulmans du Maroc, de la Tunisie, de l'Algérie et de l'Égypte.

En Chine, d'après Shuzo-Kure, la syphilis a suivi une évolution semblable et aujourd'hui la paralysie générale n'est pas très rare ; d'abord limitée dans le Sud, la syphilis nerveuse exerce maintenant ses ravages dans tout le pays. Au Japon, elle est également en progression indiscutable.

Ainsi donc, l'évolution de la syphilis à travers les siècles paraît bien se faire d'une façon analogue dans nos contrées et dans les pays exotiques. Mais elle est beaucoup plus lente dans les derniers.

Nous nous sommes demandé si l'immunité relative actuelle des peuples exotiques vis-à-vis de la syphilis nerveuse ne tenait pas à l'époque relativement récente de leur infection par le tréponème, et si la fréquence de plus en plus grande de la neuro-syphilis chez les Européens ne s'expliquait pas par la maturation de la maladie qui, à mesure qu'elle s'acclimate dans une race en frappant des générations successives, devient de plus en plus pauvre en manifestations cutanées, de plus en plus riche en lésions nerveuses.

En réalité, pour prendre un exemple, il ne semble pas que l'époque à laquelle l'Afrique du Nord a été infectée soit très postérieure à celle où la maladie a été importée dans la péninsule ibérique (Montpellier, Jeanselme, Henri Gauthier). Léon l'Africain, qui écrivait au début du XVI[e] siècle, l'atteste nettement. *Il n'en demeure pas moins que certaines maladies prennent avec le temps un neurotropisme qu'elles ne possédaient pas jadis :* témoin la varicelle, dont Marfan a montré récemment l'affinité depuis quelques années pour les centres nerveux. On peut imaginer qu'il en est ainsi pour la syphilis et que son ancienneté, aussi bien d'ailleurs dans les pays exotiques que dans les nôtres, mais avec un certain retard pour les premiers, peut favoriser la localisation nerveuse du tréponème.

*
* *

Mais voici une seconde donnée plus importante.

Nous pensons, avec André Collin, avec Dujardin, Roch, Bernard, Golay, Starobinski, Montpellier — et c'est une opinion que nous

avons déjà défendue en 1926 — que, sans envisager spécialement la pathologie exotique, la fréquence de la neuro-syphilis paraît bien liée à la pauvreté des lésions tégumentaires de l'infection.

Tenant compte de la discrétion habituelle de la syphilis qui aboutit au tabès ou à la paralysie générale, nous voyons, avec ces auteurs, dans l'exubérance des manifestations cutanées un facteur qui favorise l'immunité de l'organisme et défend le névraxe contre les tréponèmes.

Si l'on admet cette hypothèse qui nous paraît tout à fait plausible, la question se réduit à savoir pour quelles raisons la syphilis indigène est demeurée longtemps floride, à une époque où la syphilis européenne ne l'était plus depuis longtemps.

Pour notre part, nous croyons trouver l'explication de ce fait dans la façon dont la syphilis a été soignée, dans les pays dits civilisés d'abord, dans les peuples exotiques ensuite.

Dans les premiers, la syphilis, dès son apparition, a été traitée par le mercure d'une façon souvent très forte, mais pendant quelques mois seulement, puis abandonnée à elle-même.

Chez les seconds, la même syphilis a été traitée par le mépris le plus complet. L'indifférence des indigènes vis-à-vis de leur syphilis est un fait notoire. Nous trouvons sur ce point les documents les plus précis dans l'excellente thèse de H. Gauthier sur l'*Histoire de la Syphilis dans l'Afrique du Nord* (Alger, 1932). Les Arabes ne se soignent actuellement encore que si la maladie provoque des mutilations graves, et à ce moment seulement. Jadis c'était bien pis. Cabasse, qui, captif en Algérie en 1846, a eu l'occasion de fréquenter des médecins indigènes notoires et d'observer des syphilitiques musulmans, écrit : « Ceux-ci ne s'occupent nullement de cette maladie et de ses accidents, bien qu'elle soit chez eux très fréquente ; ils considèrent les rhagades, les pustules, les excroissances syphilitiques de toute nature dont presque tous sont atteints dans certaines contrées, comme des organes inhérents à l'organisme, indispensables à la vie ». Les auteurs qui ont étudié la syphilis en Algérie sont tous d'accord sur ce point, quelle que soit l'époque à laquelle ils l'ont observée (de la Croix en 1688, Poiret en 1789, Desfontaine en 1832). Il existe cependant un traitement traditionnel, encore employé en 1930 par les marabouts et les empiriques, qui consiste dans la salsepareille, le gaiac, la canelle, le gingembre.

Les malades étaient soumis à une diète sévère et à des sudations prolongées qui nuisaient plus à la vitalité de l'organisme qu'à celle du tréponème. C'est cette thérapeutique que trouvèrent nos médecins arrivés en 1830 à la suite des armées (Deleau, Rozet, Jacquot).

Ainsi donc, si nous opposons les moyens thérapeutiques utilisés contre la syphilis dans les pays dits civilisés d'une part, dans les pays incultes d'autre part (car ce que nous avons dit de l'Algérie s'applique aux autres pays exotiques), on voit d'un côté une thérapeutique instituée dès la fin du XV^e^ siècle et qu'un jugement porté après une expérimentation prolongée nous a montré être insuffisante, même sous la forme perfectionnée que lui avait donnée Fournier à la fin du XIX^e^ siècle ; d'un autre côté et jusqu'au milieu du XIX^e^ siècle, le plus souvent une abstention totale de traitement, avec parfois de prétendus traitements dépourvus de toute trace d'activité.

Or, comme nous l'avons dit dès 1925, un traitement insuffisant au stade primo-secondaire ne peut qu'être nuisible. Il est plus nocif que l'abstention thérapeutique, car, sans détruire tous les tréponèmes, il enraye les lésions cutanées dont le développement n'aurait pu que favoriser l'immunité ; il abandonne ensuite l'organisme, après l'avoir privé de ses défenses naturelles. Sans pousser les applications de cette règle aussi loin que Gennerich et Gärtner, Finger, Oppenheim, R. Bernard, nous croyons cependant qu'il suffit à expliquer la tendance hautement neurotrope que manifeste la syphilis européenne depuis une cinquantaine d'années, et l'apparition récente du neurotropisme de la syphilis exotique.

Pour la syphilis européenne, la statistique que nous avons établie avec Mlle Roudinesceo est tout à fait démonstrative (1). De cette statistique, basée sur des documents tout à fait précis puisque nous n'avons conservé que ceux où l'âge de la syphilis et la nature des traitements suivis pouvaient être fixés d'une manière complète et sans la moindre erreur possible, il résulte qu'un traitement insuffisant est un facteur de gravité très important pour le pronostic, car il abrège considérablement l'incubation des complications ner-

(1) A. SÉZARY et Mlle ROUDINESCO. L'incubation du tabès et de la paralysie générale. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1931, n° 19, p. 968.

veuses. C'est ainsi que si la date d'apparition moyenne de la paralysie générale chez les syphilitiques non traités est d'environ de 18 ans après la contamination, elle se trouve réduite à 14 ans chez les malades traités par le mercure et à 10 ans chez ceux qui ont été soignés d'une façon insuffisante par l'arsenic. Il en est de même pour le tabès. Ainsi donc, en faisant un traitement insuffisant avec le mercure ou avec l'arsenic, on raccourcit nettement l'incubation des complications nerveuses, et d'autant plus qu'on se sert d'une médication qui agit plus rapidement. Il apparaît dès lors comme certain que les traitements insuffisants favorisent le développement de la syphilis nerveuse et en augmentent le nombre de cas. Telle est, entr'autres, l'opinion de Alurrade, de Sepich (de Buenos-Ayres).

La même remarque s'applique à la pathologie exotique. A Java, en Cochinchine (Moriz), en Chine (Lossouarn), la syphilis nerveuse existe et augmente depuis seulement qu'on emploie les traitements modernes utilisés dans les pays civilisés : c'est un point sur lequel Léger vient justement d'insister. On comprend donc que, traitée plus tardivement qu'en Europe, la maladie y soit devenue neurotrope plus tardivement aussi.

Mais il ne faut pas considérer uniquement l'action du traitement sur l'individu lui-même. Il est vraisemblable que tous les indigènes atteints de neuro-syphilis n'ont pas subi auparavant le traitement insuffisant que nous incriminons. Il faut envisager cette action sur la collectivité et à travers les générations de cette collectivité. C'est en enrayant avec nos médications insuffisantes l'effort d'immunisation de l'organisme à travers plusieurs générations qu'on a, croyons-nous, créé le neurotropisme actuel de la maladie (1). Mais, introduit plus tard dans les pays exotiques, le traitement qui ne guérit pas commence seulement à y manifester ses méfaits.

En un mot, c'est principalement à l'absence totale de traitement actif que la syphilis exotique a dû l'exubérance persistante de ses manifestations cutanées et la rareté de ses complications nerveuses. C'est à la pénétration des méthodes thérapeutiques européennes,

(1) Ceci nous paraît expliquer souvent l'inégalité des individus devant le neurotropisme de la syphilis. Ce sont ceux dont les ascendants ont été à la fois le plus souvent syphilitiques et le plus traités qui sont les plus exposés ; ceux au contraire dont la plupart des ancêtres ont échappé au contage sont, croyons-nous, ceux qui échappent actuellement à cette fâcheuse tendance.

généralement insuffisantes, donc nuisibles, qu'elle doit actuellement, au moins en grande partie, son évolution qui tend à l'identifier avec la syphilis de nos pays.

C'est dans ce sens qu'on peut incriminer la civilisation, si on la considère comme apportant avec elle les principes d'une thérapeutique qui a eu, à côté de succès incontestables, de graves inconvénients et dont nous voyons aujourd'hui apparaître l'action sur la syphilis exotique, sous la forme d'un plus grand neurotropisme.

Montpellier souligne également l'importance de la thérapeutique dans l'évolution des caractères de la syphilis nord-africaine. Si nous n'acceptons pas les autres explications que donne cet auteur (spécialisation du virus et hyperallergie cutanée), nous sommes, par contre, d'accord avec lui sur ce dernier point.

En résumé, nous croyons que, depuis l'origine, l'intervention thérapeutique a joué un rôle, sinon exclusif, du moins prédominant, pour imprimer à la syphilis des pays tardivement civilisés ses caractères particuliers. L'ancienneté de la maladie joue aussi, pensons-nous, un rôle prédisposant secondaire, aussi bien d'ailleurs dans les pays exotiques que dans les nôtres. Peut-être aussi, mais seulement dans certaines contrées et dans certains cas, l'action du paludisme est-elle à considérer.

Telle est l'opinion que nous avons aujourd'hui sur la pathogénie de la syphilis exotique. Nous avons cru utile de l'exposer ici. Ne devrait-elle que susciter des controverses scientifiques, nous serions déjà satisfait d'avoir écrit cet essai critique, à la condition, comme le demande Porot, qu'on nous apporte des faits bien observés et qu'on en sépare les hypothèses sur lesquelles il est oiseux de discuter longuement.

*
* *

Ainsi donc, la notion de la thérapeutique prend, dans ce problème, une importance de premier plan. Aussi ne voudrions-nous pas terminer sans faire, à ce sujet, quelques remarques sur un travail que Léger a publié l'an dernier sur la question du traitement de la syphilis dans les pays exotiques, et plus particulièrement dans nos colonies.

Pour Léger, le traitement de la syphilis chez les indigènes de nos colonies doit être *raisonné*, de même que la prophylaxie doit être *rationnelle*. Par là, il entend qu'on doit organiser dans ces pays des dispensaires calqués sur le modèle de l'Institut Prophylactique de Paris. Des centres de sérologie devraient être créés, où la réaction de Wassermann devra céder le pas à la réaction de la floculation par le péréthynol de Vernes et où la loi des trois huit serait strictement appliquée. Après un traitement convenable de plusieurs mois ou de plusieurs années, dont les effets seraient contrôlés par des examens sérologiques répétés, on ferait pendant huit mois consécutifs une séro-réaction mensuelle, puis une ponction lombaire. On compléterait alors le traitement, s'il était nécessaire. Après retour à la normale, on devrait surveiller les malades sans limitation de temps.

Ces règles que pose si nettement Léger nous paraîtraient acceptables si les conditions étaient les mêmes qu'en Europe. Mais ceux qui, comme moi, ont pu se rendre compte des difficultés qu'on a, déjà en France et encore plus en Algérie, d'obtenir de la part des malades de la régularité et de la persévérance dans la thérapeutique, penseront que la méthode préconisée par notre distingué confrère est pratiquement irréalisable aux colonies. En l'appliquant intégralement, on risque de faire des dépenses considérables sans obtenir un résultat intéressant. Léger lui-même s'est rendu compte de ces difficultés. « Les malades qui sont en pleine brousse, dit-il, par trop éloignés des laboratoires, ne pourront pas encore profiter du traitement contrôlé. Pour ces infortunés, on devra se méfier de ses simili-traitements connus sous le nom de « cure de blanchiment », consistant en injections intraveineuses d'un petit nombre de doses d'arsénobenzène. Les manifestations extérieures cèdent, il est vrai, mais l'infection n'est nullement détruite. Elle gagne simplement des centres de résistance, et surexcitée, provoquée par de trop faibles quantités d'arsenic, elle se traduit souvent par la suite, par des accidents du côté des centres nerveux. Mieux vaut donc, dans ces cas, toujours employer des médications à action superficielle, moins rapide, mais qui sont plus pénétrants et dont l'usage prolongé est finalement très supérieur, car ils ne donnent pas de mécomptes éloignés ».

Il y a dans ces lignes, un programme de thérapeutique antisyphilitique coloniale qui mérite d'être discuté.

Loin de nous la pensée de critiquer les méthodes et l'organisation des dispensaires issus de l'Institut Prophylactique. Notre ami Vernes sait trop l'estime que nous avons pour ses travaux et son œuvre pour qu'il puisse le croire un seul instant.

Mais de là à considérer avec Léger qu'en dehors d'une organisation analogue il n'y a point de salut pour les syphilitiques aux colonies, il y a un pas que je me refuse à franchir.

Tout d'abord, Léger compare l'action des traitements mercuriels répétés et prolongés à celle des traitements arsenicaux écourtés. Tout le monde est d'accord sur les dangers d'un traitement insuffisant par l'arsenic. Mais si l'on a la possibilité de faire un traitement mercuriel prolongé, nous ne voyons pas pourquoi nous ne pourrions pas faire avec les arsénobenzènes un traitement aussi long, n'offrant donc pas les inconvénients indiqués.

D'autre part, comme le recommande Léger lui-même, la première tâche de la médecine sociale doit être de supprimer les réservoirs de virus. Or, c'est certainement grâce aux médications les plus actives qu'on aboutira à ce résultat. Je me souviens de l'époque où nous n'employions que le mercure contre la syphilis et où les plaques muqueuses récidivaient pendant des mois, sinon des années ; les sujets qui en étaient porteurs demeuraient contagieux pendant tout ce temps. Avec les arsénobenzènes, ces manifestations externes sont rapidement cicatrisées, et même avec un traitement relativement écourté, elles ne récidivent souvent pas au point de créer un danger permanent de contagiosité durable. Sans doute le péril de neuro-syphilis existe alors ; mais il n'existe pas moins avec le traitement mercuriel. C'est surtout son échéance qui se trouve avancée, détail peu intéressant au point de vue social. Et s'il fallait choisir entre deux maux, je préférerais faire courir à quelques malades le risque du tabès ou de la paralysie générale, voire d'une paraplégie ou d'une aortite, que de laisser s'étendre la syphilis, ce qui ne ferait qu'aggraver le problème au lieu de le résoudre.

Sans doute la prophylaxie et le traitement de la syphilis exotique méritent-ils d'être organisés à l'exemple de ce qu'on a réalisé dans la métropole. Mais si, comme nous devrons le regretter pendant longtemps encore, son organisation ne peut, pour des raisons locales, ne pas atteindre la perfection qu'elle a en France, nous

serons bien obligés de traiter la syphilis sans un contrôle aussi doctrinal. A n'envisager que la syphilis récente, la plus intéressante au point de vue social collectif, je prétends qu'avec du novarsénobenzol et du bismuth, en conjuguant d'abord, puis en alternant ces deux médications (ce qui réduit toujours la séro-réaction après une première série d'injections et ce qui rend le liquide céphalo-rachidien toujours normal à la fin d'une année de traitement), en limitant le laboratoire au strict nécessaire pour faire un diagnostic (ultra-microscope et organisation permettant de faire tous les six mois deux séro-réactions simples chez chaque malade), on peut réaliser la meilleure besogne possible et lutter efficacement contre l'extension de ce fléau dans nos colonies.

La tâche la plus difficile n'incombera pas au thérapeute. Ce sera de dépister les syphilitiques, de les obliger à se traiter convenablement. Encore sera-t-elle peut-être plus aisée, au moins à certains égards, que la lutte que nous soutenons en Europe contre les effets de la prostitution non réglementée. Il sera peut-être bon de s'inspirer du système des équipes volantes qui a rendu de si grands services en Afrique Occidentale Française dans la lutte contre la trypanosomiase et de l'esprit qui anime l'œuvre si utile du Service social à l'Hôpital, tel qu'il existe en France.

Ce que je veux dire en résumé, c'est que si, dans nos colonies, nous ne pouvons avoir dès aujourd'hui une organisation aussi parfaite que dans la métropole, il ne faut pas croire pour cela que la lutte contre les ravages de la syphilis y est impossible. Notre but doit être d'envisager les faits d'une façon pratique : c'est la principale condition du succès.

L'HISTIOCYTOME DE LA PEAU

Par MM. Fr. WORINGER et St. KVIATKOWSKI (de Lwow)
(Travail de la clinique des maladies cutanées de la Faculté de médecine de Strasbourg, Professeur L.-M. Pautrier).

Il y a un diagnostic clinique et histologique que nous avons l'occasion de faire de temps en temps, c'est celui d'histiocytome de la peau. Or, ce terme est loin d'être entré dans le cadre nosologique des tumeurs cutanées. En général, on s'en tient au diagnostic de fibrome.

Nous avons pu réunir différentes biopsies d'histiocytomes de la collection d'histopathologie. Malheureusement aucune observation clinique d'ensemble détaillée n'a été prise, sauf une qui a été publiée par l'un de nous (1). Pour la partie clinique, nous nous en tiendrons à la description sommaire qui a été consignée chaque fois dans le livre des biopsies. Néanmoins, nous allons faire précéder l'étude histo-pathologique d'une description clinique d'ensemble reconstituée à l'aide de ces quelques documents.

D'une manière générale il s'agit de petites tumeurs, qui, sans être rares, ne sont néanmoins pas d'observation courante. Elles apparaissent insidieusement chez des adultes par ailleurs bien portants. Elles ne grossissent que très lentement avec les années et restent en général stationnaires après un certain développement. Parfois, il y a des poussées d'accroissement plus intenses à leur début ou après une période stationnaire plus ou moins longue. Elles siègent de préférence au niveau des membres, mais on peut aussi les trouver au niveau du tronc. Dans nos cas, elles furent plutôt uniques ou représentées par un petit nombre de 2, 3 à 5 éléments.

Dans la plupart de nos cas, il s'agit de tumeurs de petites dimen-

(1) Fr. Woringer. Histiocytome xanthélasmisé du mollet. *Bull. Soc. fr. de Derm.* R. S., nov. 1931, p. 1401.

sions. Elles ont le volume d'un noyau de cerise ou d'un noyau d'abricot. Parfois, cependant, elles sont plus volumineuses et peuvent atteindre le volume d'une noix.

Les petites tumeurs conservent un niveau plan avec les téguments environnants. Elles sont marquées par une teinte rose-bistre et sont assez bien limitées. Mais elles sont appréciables surtout à la palpation. Ce sont de petites tumeurs dures, nettement limitées, enchâssées dans le derme tout en se développant parfois en profondeur. Néanmoins leur mobilisation dépend dans tous les cas du derme, elles ne sont pas adhérentes en profondeur.



Fig. 1. — *Cas F. 158.* — Gros histiocytome xanthélasmisé de la jambe.

Les grosses tumeurs marquent aussi une tendance au développement en profondeur. Néanmoins leur aspect clinique est un peu différent par la saillie qu'elles peuvent faire au-dessus des téguments sains. Mais l'épiderme leur résiste et le développement en surface ne constitue qu'une petite partie de la tumeur, dont la masse principale se développe en profondeur. En effet, comme nous le voyons sur la figure 1, il s'agit d'une tumeur faisant une saillie de quelques millimètres, en plateau, avec surface lisse et des bords nettement limités, surplombant parfois à angle droit la peau saine. De plus, elles tranchent nettement sur la peau saine par leur teinte rose-bistre tirant plus ou moins sur le brun ou le jaune. Ici aussi leur volume vérita-

ble ne peut être apprécié que par la palpation ; et l'on s'aperçoit alors qu'il s'agit d'une tumeur très dure, se développant largement dans l'hypoderme tout en restant bien délimitée. Les rapports avec le derme sont intimes et leur mobilisation sur les plans profonds n'est nullement entravée.

Au point de vue subjectif ces tumeurs ne sont jamais douloureuses, elles sont tout au plus inesthétiques ou gênantes par leur volume. Il suffit d'en faire l'excision complète pour en débarrasser le malade. Elles sont bénignes et ne récidivent pas.

Nous allons faire suivre ces données cliniques générales par une étude détaillée des cas histologiques qui sont à notre disposition.

1° *Cas F. 80.* — La biopsie nous fut envoyée et nous manquons totalement de renseignements cliniques concernant ce malade.

Il s'agit d'une petite tumeur grosse comme un pois vert, siégeant dans le derme moyen de la peau. A son niveau, la peau fait une petite saillie bombée de 2 mm. environ (fig. 2).

L'épiderme qui la recouvre est nettement acanthosique. La tumeur en reste séparée par une bande de derme dans laquelle nous relevons de nombreux capillaires ectasiés. De plus nous remarquons que les follicules pileux, que nous trouvons normaux en peau saine, font défaut ou sont atrophiés aux environs de la tumeur ; les glandes sudoripares aussi sont absentes.

La tumeur elle-même se présente avec une structure fasciculée et une apparence sarcomateuse. Elle ne présente aucune limitation nette avec le derme normal qui l'entoure de toutes parts, sauf en profondeur où, par endroits, elle semble entrer en contact direct avec le pannicule adipeux. En effet, elle n'a nulle part de capsule, mais ses limites sont représentées par une zone d'enchevêtrement de ses éléments avec les tissus dermiques. Au sein de la tumeur, nous notons l'absence de toute inclusion malpighienne, formation glandulaire ou muscle pilomoteur. Nous ne retrouvons ces formations qu'au niveau de la zone d'extension périphérique et à cet endroit elles paraissent nettement en régression.

Le tissu tumoral en impose à première vue pour un fibrome à éléments cellulaires très denses. Il est composé des cellules à protoplasme allongé, fusiforme, pourvues d'un noyau allongé également. Ce noyau est souvent aplati ou en forme de virgule ; parfois cependant il est ovalaire ou arrondi, mais le plus souvent il possède des contours tourmentés. On y distingue une membrane nucléaire, basophile, une chromatine disséminée en petites mottes et dans l'un ou l'autre un petit nucléole. Ces cellules sont capables d'élaborer du collagène dont les fibres forment des faisceaux minces et compacts. Mais il faut noter l'absence complète de l'élastine. Ce tissu fibro-cellulaire tumoral supporte de petits capillaires toujours pourvus d'un endothélium. A deux endroits nous voyons une

déchirure de ce tissu avec hémorragie interstitielle ; nous ne trouvons pas de pigment ferrique dans les cellules environnantes, cette déchirure paraît donc être récente.

En certains endroits, l'allure sarcomateuse qui forme presque l'ensemble de la tumeur s'éclaircit par l'apparition de quelques éléments cellulaires nouveaux (fig. 3).

Nous voyons quelques îlots de grandes cellules pâles pourvues d'un tout petit noyau et d'un protoplasme très étendu et d'aspect particulier. Il est aéré de très fines vacuoles qui lui donnent un aspect spumeux. Ce sont des cellules xanthomateuses typiques, c'est à-dire des histiocytes

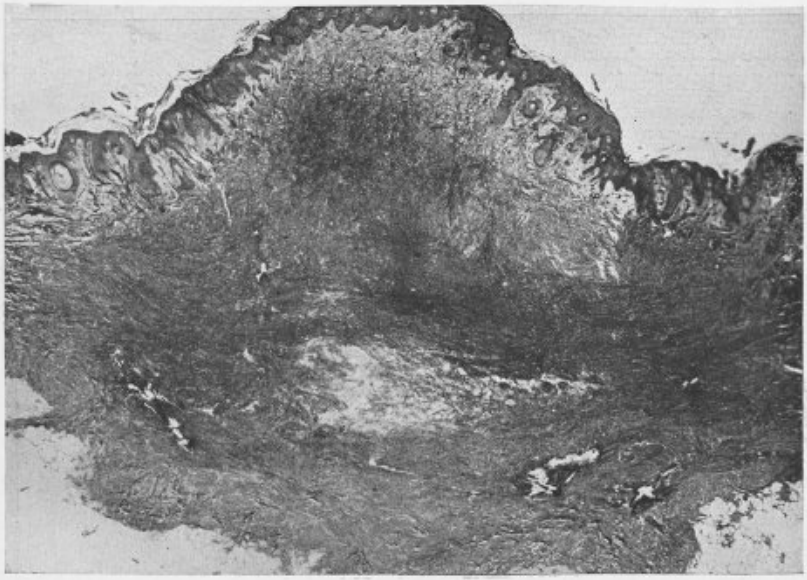


Fig. 2. — *Cas F. 80.* — Gros. 14 diam. Tumeur d'apparence fibromateuse enchassée dans le derme, provoquant une saillie. Un peu au-dessous du centre de la figure, l'aspect fibromateux s'éclaircit par l'apparition d'une xanthélamisation abondante.

qui ont incorporé des graisses et en particulier des éthers de la cholestérine. Aussi ne sommes-nous pas étonnés de constater par endroits, au centre de ces agglomérats de cellules xanthomateuses, la présence d'une petite cavité allongée qui représente le moule d'un cristal en tablette de cholestérine.

2° *Cas F. 117.* — Homme adulte porteur d'une petite tumeur cutanée depuis environ 4 mois au bras gauche.

Histologiquement il s'agit d'une tumeur grosse comme une lentille,

nettement enchâssée dans le derme en ce sens qu'elle est bordée partout d'un derme normal, sauf en profondeur où elle arrive par places au contact du pannicule adipeux. L'épiderme présente de nouveau une hyperplasie au niveau de la tumeur. Cette dernière est assez bien limitée dans son ensemble, mais présente la même zone imprécise à la périphérie que nous avions déjà notée dans notre premier cas.

La tumeur elle-même est formée par un massif dense de cellules fusiformes plus ou moins enchevêtrées, accompagnées de fibres collagènes assez épaisses et hyalinisées par places. Elle est dépourvue de toute formation malpighienne; le tissu élastique de même y fait totalement défaut.

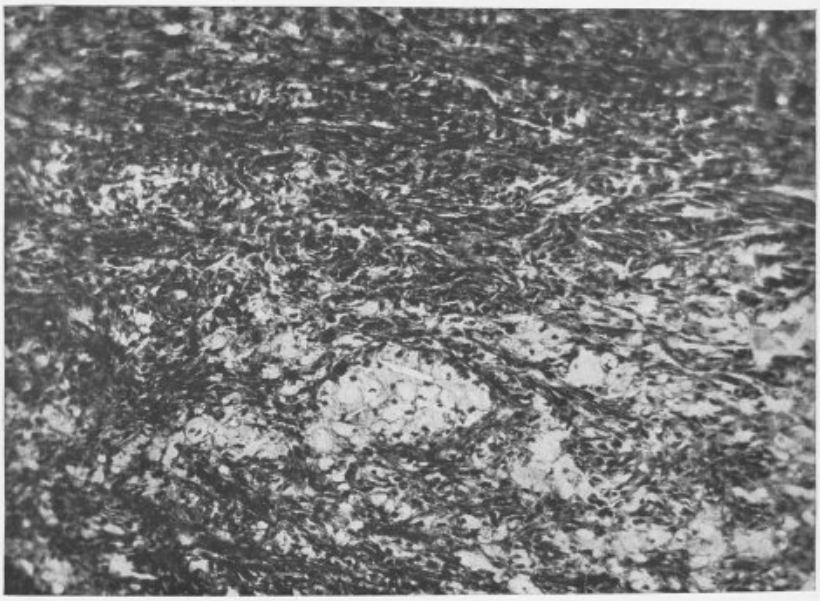


Fig. 3. — *Cas F. 80.* — Gros. 147 diam. Détail pris au centre de la figure précédente qui montre la richesse en cellules fusiformes et la pauvreté en collagène de la tumeur. A certains endroits seulement, on trouve des ilots de cellules xanthomateuses. Remarquer un moule d'un cristal de cholestérine au centre d'un amas de cellules xanthomateuses.

En regardant à un plus fort grossissement les cellules paraissent moins écrasées que dans notre cas précédent, elles ont un corps protoplasmique visible quoique très peu abondant. Par places, ce corps protoplasmique paraît être finement spumeux, mais en aucun endroit il n'y a de grosses cellules xanthomateuses à proprement parler.

Mais en faisant une coloration de graisse sur les coupes à congélation

on s'aperçoit que la majeure partie de la tumeur est infiltrée de fines gouttelettes graisseuses qui sont pour la plupart biréfringentes au microscope de polarisation. Nulle part il n'y a de grosses cellules xanthomateuses. Beaucoup de ces petites cellules sont dépourvues de graisse, d'autres en possèdent quelques petites gouttelettes. Enfin en certains endroits l'infiltration graisseuse est abondante mais laisse toujours transparaître l'aspect fusiforme des cellules.

3° *Cas E. 381.* — Homme de 45 ans, qui depuis plusieurs années, la première remonterait à 10 ans, présente des nodosités dermiques au nombre de 6, une sur le flanc, deux à l'avant-bras gauche, une sur le bras gauche, deux sur la jambe gauche. La lésion biopsiée au niveau du bras gauche date d'environ 5 mois ; elle a la grosseur d'un pois vert, est rouge foncé, très nettement délimitée, très dure au toucher, ne fait pas de saillie au-dessus de la peau, mais infiltre le derme et l'hypoderme. Les éléments plus anciens ont une tendance spontanée à s'affaisser, à se résorber et laissent une petite macule rose à peine infiltrée.

Histologiquement, la tumeur est dermique et siège principalement dans le derme moyen. Mais en surface elle arrive par places au contact d'un épiderme hyperplasié. En profondeur, tout en bombant dans l'hypoderme, elle en reste séparée par une bande dermique. La tumeur forme un massif compact, mais néanmoins elle reste mal limitée sur ses bords et ses éléments s'infiltrent entre les faisceaux collagènes du derme normal. De sorte qu'en définitive nous voyons d'épais faisceaux collagènes qui ont été emprisonnés par la tumeur et qui finissent par se rapetisser et par disparaître. Le centre de la tumeur est dissocié par une large hémorragie ; mais l'absence de pigment ferrique et la présence de globules rouges encore bien formés nous font penser qu'il s'agit là d'un phénomène de date récente s'étant probablement produit au moment de la biopsie. Néanmoins notons la fragilité de ce tissu tumoral.

Cette tumeur est principalement cellulaire ; par-ci, par-là, toutefois nous trouvons quelques fibres collagènes faisant partie intégrante de la néoplasie et qui n'ont rien à voir avec les gros faisceaux collagènes emprisonnés. Ses cellules ont un aspect fusiforme et enchevêtré. Nulle part nous ne trouvons de grandes cellules xanthomateuses. Néanmoins lorsque l'on regarde attentivement, on peut reconnaître par places des cellules fusiformes à protoplasme spumeux qui nous rappellent ce que nous avons déjà vu dans les coupes précédentes. De nombreux petits capillaires pourvus uniquement d'un revêtement endothélial expliquent la facilité avec laquelle s'est produite l'hémorragie centrale. Notons en passant une petite artériole au centre de la tumeur, atteinte d'une artérite oblitérante avec sclérose presque totale de sa lumière.

4° *Cas F. 113 b.* — Il s'agit d'un homme de 39 ans qui depuis 10 ans environ porte une petite tumeur à la face antérieure de la jambe gauche.

Ayant grossi rapidement au début, elle est restée stationnaire ensuite. Il s'agit actuellement d'une tumeur surélevée de 4 millimètres environ au-dessus de la peau saine, de la grandeur d'une pièce de 10 centimes en nickel, nettement limitée, de teinte un peu bistre avec une surface aplatie et lisse. A la palpation, la tumeur est très dure et bien limitée

La disposition générale de la tumeur, enchâssée dans le derme et qui provoque une réaction épidermique avec acanthose et accumulation pigmentaire, reste la même que dans les cas précédents (fig. 4). Notons cependant comme différence un tissu conjonctif plus abondant, surtout au centre de la tumeur. Mais ce tissu conjonctif dépend nettement de la tumeur elle-même. Il a des caractères différents du derme normal en ce

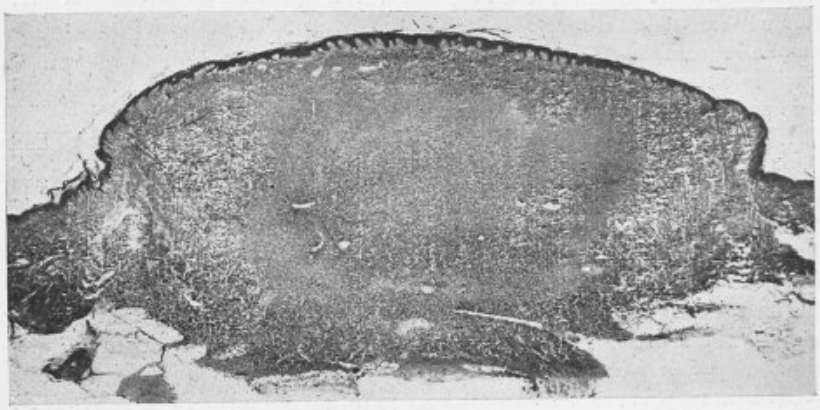


Fig. 4. — *Cas 113 B.* — Gros. 7 diam. Vue d'ensemble d'une petite tumeur saillante. Remarquer sa disposition dans le derme moyen entourée de toutes parts de derme normal toutefois sans limitation précise.

sens qu'il s'agit de faisceaux beaucoup plus minces, hyalinisés et richement pourvus de cellules fusiformes (fig. 5). Ajoutons que toute trace de fibres élastiques fait défaut dans le territoire de la tumeur. On ne les retrouve qu'avec des aspects pathologiques d'épaississement et de rupture dans la zone d'envahissement. A la périphérie de la tumeur, au contraire, il y a prédominance des éléments cellulaires. Les cellules sont pour la plupart petites et fusiformes. Néanmoins elles diffèrent de celles rencontrées dans les autres cas par une plus grande abondance de leur protoplasme qui, à un fort grossissement, est nettement spumeux. Une coloration des graisses permet de mettre en évidence, sans aucune difficulté, d'abondantes inclusions graisseuses prédominant toutefois à la périphérie de la tumeur. Au microscope polarisant, les gouttelettes sont en grande partie biréfringentes.



Fig. 5. — *Cas F. 113 B.* — Gros. 205 diam. Détail de la figure précédente qui montre un autre aspect de l'histiocytome ; cellules fusiformes enchevêtrées avec protoplasme spumeux. Collagène plus abondant représenté par de grosses fibres hyalinisées.

5° *Cas F. 158.* — Le cas précédent ressemble beaucoup à celui-ci déjà décrit par l'un de nous (*loc. cit.*), mais ici la xanthélasmisation est beaucoup plus apparente encore.

6° *Cas F. 104.* — Malade de 38 ans, qui depuis trois à quatre ans, a vu apparaître une petite tumeur dermique à la face postérieure de la cuisse. Depuis six mois, il a aperçu des tumeurs analogues au niveau de la face antérieure du bras gauche, deux au niveau du dos et une au niveau de la cheville gauche. Sauf la tumeur de la cuisse, toutes les autres sont petites, de la dimension d'une petite lentille, de couleur rose-brun, légèrement érythémateuse. Elles font une petite saillie bombée, sont dures au toucher; on les sent enchâssées dans le derme et mobiles avec lui.

La lésion de la cuisse, au contraire, possède un diamètre de 1 cm. 1/2. Elle est arrondie, nettement limitée, son bord supérieur est extériorisé et saillant de 2-3 millimètres, alors que le bord inférieur se continue sans relief avec la peau saine. Au centre, la lésion est, par places, saillante de 4-5 millimètres. Elle est de teinte brun-violacé et pourvue de quelques squames adhérentes. Au toucher, la tumeur est très dure, située dans le derme et mobilisable avec lui.

Nous avons fait la biopsie, d'une part d'un petit élément du dos et d'autre part du gros élément de la cuisse.

La petite lésion du dos (F. 104 *a*) montre dans le derme moyen la présence d'une petite tumeur à cellules fusiformes accompagnées d'un tissu conjonctif abondant et présentant dans son ensemble un aspect fasciculé. Elle aussi est dans le derme moyen, de sorte qu'elle est entourée de toutes parts par le derme normal.

L'épiderme est à ce niveau légèrement acanthosique. Mais ce qui ne cadre pas entièrement avec nos descriptions précédentes, c'est la fasciculation de la tumeur et l'abondance de collagène. Dans notre premier cas, nous avons déjà observé un aspect fasciculé, mais malgré cela les cellules étaient plus enchevêtrées et possédaient fréquemment une forme de virgule. D'autre part, dans ce premier cas, le collagène se réduisait à quelques fibres et à de fins faisceaux. Ici, au contraire, les cellules sont bien fusiformes et peuvent être suivies par places sur un long parcours, il y a des fibres collagènes et des faisceaux plus épais et plus abondants. Mais en plus cette tumeur ne présente pas un massif autonome. Elle est intimement traversée par des éléments du derme normal. Par-ci, par-là, on peut y trouver des canaux sudoripares qui n'ont pas souffert et, ce qui est capital, c'est la conservation au moins partielle du réseau élastique. Nulle part, il n'y a des cellules xanthomateuses ou seulement spumeuses.

Disons tout de suite que cette tumeur au point de vue clinique et histologique correspond au fibrome lenticulaire de la peau.

La biopsie de la lésion de la cuisse (F. 104 *b*) montre, au contraire, sous un épiderme acanthosique hyperpigmenté et séparée de celui-ci par du

derme normal, l'existence d'une tumeur rentrant de nouveau par ses caractères dans le groupe que nous sommes en train d'étudier. Elle est formée de petites cellules fusiformes accompagnées d'une trame collagène. Mais il suffit d'un examen un peu plus approfondi et nous reconnaissons de nombreuses cellules à protoplasme spumeux. Certaines sont même assez grandes pour mériter d'être des cellules xanthomateuses vraies. Notons le fait important de l'absence totale de fibres élastiques et d'inclusions malpighiennes dans le massif tumoral.

Chez une même malade, nous voyons par conséquent deux types de tumeurs différentes. Plusieurs petites qui sont des fibromes lenticulaires et une grosse qui, à notre avis, n'a rien à voir avec les autres, mais présente un type particulier. Nous y reviendrons plus loin.

*
* *

Nous pouvons schématiser dans le tableau d'ensemble suivant l'image histologique des quelques cas que nous avons étudiés :

Il s'agit de tumeurs de dimensions variables naissant au niveau du derme moyen, restant entourées en général de tous côtés par du derme normal et provoquant une hyperplasie épidermique accompagnée souvent d'une augmentation du pigment mélanique. Cette tumeur repousse devant elle et atrophie le derme normal avec les follicules pilo-sébacés et les glandes sudoripares. Néanmoins elle n'est pas strictement délimitée et présente une zone périphérique de flottement où le tissu tumoral est enchevêtré avec du derme normal. Le tissu tumoral lui-même est dépourvu de fibres élastiques et est constitué par une trame collagène de néoformation variable, dans son importance, réduite parfois à quelques fibrilles ou arrivant à former de minces faisceaux denses, souvent hyalinisés. Mais la majeure partie de la tumeur est formée par l'élément cellulaire. Ces cellules sont en général fusiformes, souvent en forme de virgule et enchevêtrées. Elles sont capables de s'infiltrer de graisse et en particulier d'éther de cholestérine, biréfringent au microscope polarisant. Cette infiltration lipoïdique est plus ou moins importante suivant les régions examinées d'une même tumeur. D'autre part, elle varie d'une cellule à l'autre et une surcharge cellulaire abondante arrive par places à former des cellules xanthomateuses. Mais dans nos cas, la vraie cellule xanthomateuse est plutôt rare et les cellules gardent un aspect généralement fusiforme.

La description histologique de cette tumeur doit d'abord faire

penser à un fibrome cutané. Il est possible qu'il existe des fibromes vrais, comme ceux que l'on trouve dans les ovaires ou dans l'utérus. Malheureusement nous n'avons jamais eu l'occasion d'en voir. Ce que l'on décrit comme fibrome de la peau c'est le fibrome lenticulaire de Unna, décrit en France par Civatte sous la dénomination de « fibrome en pastille », et qui nous paraît plutôt être une petite hyperplasie fibreuse.

Cliniquement, il n'existe aucune différence entre un petit histiocytome et le fibrome en pastille. Ces deux variétés de tumeurs apparaissent insidieusement, de préférence aux extrémités et en nombre limité, elles ne causent aucune gène et leur évolution reste bénigne. Leur aspect et leur consistance sont identiques. La seule différence que nous pouvons invoquer, c'est une différence de taille. Alors que le fibrome en pastille est une tumeur petite, restant stationnaire, qui ne dépasse pas la dimension d'une petite lentille, nos tumeurs au contraire peuvent grossir jusqu'à atteindre la dimension d'une noix. Histologiquement, il est à première vue, souvent embarrassant de se prononcer nettement. Néanmoins le fibrome en pastille paraît ne pas toujours former une tumeur compacte. Il infiltre le derme et est traversé lui-même par du tissu dermique normal qui ne fait pas partie de la tumeur. Ce point est particulièrement net lorsque l'on fait une coloration de l'élastine qui permet de constater un réseau élastique en majeure partie conservé, comme l'un de nous l'a déjà montré avec Diss et Zorn (1). Mais le point capital sur lequel nous insistons c'est l'absence des cellules chargées de graisse.

Nous disons que ce point est capital, parce qu'il n'y a dans l'organisme qu'une sorte de cellules qui peuvent contenir ces inclusions. Ce sont les cellules du système réticulo-endothélial. Nous ne voulons pas insister ici sur la description de ce système. Ce sont choses bien connues. Nous en rappellerons quelques particularités les plus importantes. Le point de départ a été donné par les expériences de Ribbert qui démontrent l'adsorption du carmin lithiné par un système de cellules « chromophiles ». Aschoff dénomme cet ensemble de cellules spéciales du nom de « Système réticulo-endothélial ».

(1) Diss, Fr. Woringer et R. Zorn. Deux cas de fibrome en pastille de Civatte. *Bull. Soc. fr. de Derm.* R. S., janvier 1930, p. 206.

Aschoff et Kiyono ont bien étudié ces éléments du tissu conjonctif et ont trouvé que ce sont les cellules connues depuis longtemps sous les noms de clasmatocytes (Ranvier), polyblastes (Maximow), cellules rhagiocrines (Renaut), etc. ; les auteurs japonais les appellent « les histiocytes ». Borrel et Masson ont vu l'importance de ce système réticulo-endothélial dans certains échanges nutritifs de l'organisme vivant. Ils ont étudié plus particulièrement le réseau tropho-mélanique. Pautrier et ses élèves ont étudié l'importance du système réticulo-endothélial dermique, c'est-à-dire des histiocytes de la peau, et son rôle dans les échanges dermo-épidermiques.

Des expérimentations intéressantes et des faits cliniques ont démontré que les cellules du système réticulo-endothélial non seulement peuvent se charger de substances colorantes, mais de beaucoup d'autres substances, en particulier de lipoïdes.

En effet, nos tumeurs ressemblent aussi par certains caractères aux xanthomes de la peau. Comme l'a montré Lévy-Coblentz, il est classique maintenant de considérer le xanthome comme une tumeur bénigne du système réticulo-endothélial qui a abondamment fixé des lipoïdes. Mais le xanthome est avant tout caractérisé par l'abondance des grosses cellules xanthomateuses, c'est-à-dire d'histiocytes, dont le protoplasme est surchargé d'éther de cholestérine pour former des cellules d'un aspect très typique, souvent énormes, telles que les cellules de Touton. Mais dans les xanthomes on trouve souvent des plages de cellules fusiformes représentant des histiocytes dont le corps protoplasmique n'est pas encore chargé d'enclaves graisseuses, ce qui est la règle dans les cas étudiés par nous.

Ce que nous avons voulu montrer, c'est qu'il existe d'une part, toute une catégorie de tumeurs qui sont proches parentes du xanthome par l'infiltration lipoïdique qu'elles subissent. Il s'agit donc de tumeurs ayant comme point de départ la même cellule originelle, c'est-à-dire l'histiocyte que nous reconnaissons grâce à sa fonction de « coloration vitale ». Mais cette infiltration lipoïdique est plus ou moins marquée et nous avons des faits de passage allant du xanthome typique à des tumeurs d'aspect fibromateux qu'il faut examiner avec une attention plus spéciale et avec des colorations spécifiques pour y déceler le phénomène de la coloration vitale, c'est-à-dire la fixation de graisse.

D'autre part, il existe des tumeurs fibreuses de la peau dont la

cellule originaire est le fibroblaste capable d'élaborer du collagène, mais incapable de subir la coloration vitale.

Nous pouvons toutefois être en présence d'une tumeur histiocytaire dont les éléments ne présentent pas de coloration vitale et ne nous permettent donc pas de les identifier avec certitude. Il est possible qu'il existe ainsi des hystiocitomes qui ne présentent nulle part d'infiltration graisseuse.

Nous avons déjà dit ce que nous pensons du fibrome lenticulaire que nous considérons plutôt comme une hypertrophie conjonctive et nous avons montré les caractères qui permettent de l'identifier et de le distinguer de l'histiocytome. Mais peu de choses le distinguera d'un fibrome vrai si toutefois le fibrome cutané existe en une forme analogue, d'autant plus que l'histiocyte est capable de faire du collagène lui-même. Ce que l'on classe encore sous la catégorie des tumeurs fibreuses de la peau présente un aspect tout différent. Aussi ne parlerons-nous ni du fibrome molluscum, ni des chéloïdes que le professeur Pautrier a étudiées avec l'un de nous. Les dermatofibromes progressifs et récidivant de Darier et Ferrand présentent également des caractères spéciaux. Cliniquement il s'agit de tumeurs siégeant au niveau de la paroi abdominale ou de la région inguinale ; elles ont une évolution progressive, indéfinie et marquent une grande résistance au traitement avec une tendance extrême à la repullulation après destruction. Histologiquement, il s'agit de « fibro-sarcomes » avec des particularités qui permettent de les reconnaître. Mais à aucun moment toutes ces tumeurs ne présentent un phénomène de coloration vitale. L'histiocytome, à notre avis, ne peut être confondu avec les tumeurs et productions fibreuses que nous venons de citer.

Nous voyons maintenant que les fibrocytes proprement dits ne peuvent pas être xanthélasmatisés. Les tumeurs fibreuses ne prennent pas leur origine à partir d'une cellule histiocytaire polyvalente, mais à partir d'un fibrocyte incapable d'exercer la coloration vitale. On trouve toutefois dans la bibliographie l'opinion que les fibromes peuvent subir une dégénérescence xanthomateuse. Or, il s'agit de toute évidence dans ces cas, non pas de fibromes, mais d'histiocytomes proprement dits, c'est-à-dire de tumeurs bénignes du système réticulo-endothélial au niveau du derme.

ÉTUDE DES RÉACTIONS DE FLOCULATION

RÉACTION DE BORDET-WASSERMANN ET RÉACTIONS DE FLOCULATION

Par le Docteur M.-L. CHEVREL-BODIN,
Chef du Laboratoire Municipal de bactériologie de Rennes,
et M. CORMIER

Il peut paraître superflu de consacrer à la réaction de Wassermann, après tant de publications, une étude nouvelle. Pourtant, la valeur de cette réaction, sa nature, son mécanisme continuent à être discutés. Ses résultats sont périodiquement mis en parallèle avec ceux des réactions de floculation, et les opinions qui résultent de ces confrontations successives sont parfois contradictoires. Il nous semble donc que la question de la réaction de Wassermann n'est pas épuisée.

Considérée lors de son apparition comme une réaction de fixation identique à la réaction de Bordet et Gengou, c'est-à-dire comme un témoin sérologique franchement spécifique de la syphilis, la réaction de Wassermann apparut comme une réaction empirique et de nature hypothétique lorsque Landsteiner, Levaditi et Marie eurent montré que des extraits alcooliques de foies normaux pouvaient remplacer l'extrait de foie syphilitique.

Nul ne doute cependant de la spécificité de la réaction de Wassermann à l'égard de l'infection syphilitique. Mais dans cette réaction, la fixation du complément ne nécessite pas un antigène microbien spécifique. Dès 1907, Levaditi et Yamamouchi ont émis l'hypothèse que cette réaction est d'ordre colloïdal et la plupart des auteurs se rangent aujourd'hui à cette opinion. La réaction de Wassermann est généralement considérée comme une réaction de floculation. Mais « l'union entre les composants des sérums et les lipoïdes des extraits est encore dans la phase invisible à l'œil nu et

ANN. DE DERMAT. — VIIe SÉRIE. T. III. N° 11. NOVEMBRE 1932.

démontrable par les propriétés anti-alexiques des réactifs mis en jeu » (Rubinstein). Le complément est adsorbé par le floculat qui résulte de la précipitation des globulines du sérum par les lipoïdes colloïdaux de l'antigène. Nous nous proposons dans ce travail fondé sur de nombreux examens, d'apporter notre contribution à cette thèse dont la démonstration n'a été jusqu'à présent qu'ébauchée.

Dans l'infection syphilitique il paraît certain que les globulines du sérum subissent des modifications importantes. Pour Walker, ces modifications se résument dans le fait qu'elles deviennent susceptibles de former un précipité adsorbant. Pour Holker, les globulines perdent leur qualité de colloïde protecteur et ne sont plus susceptibles d'empêcher l'agrégation des particules qui entraînent le complément. Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, il semble à peu près certain que la nature intime de la réaction est d'ordre physique. Les publications récentes de Landsteiner, Sachs, Klopstock et Weil qui tendent à accorder aux lipoïdes la qualité d'antigènes vrais ne sont pas de nature à modifier cette opinion car la notion d'une spécificité antigénique réelle de la réaction de Wassermann ne préjuge pas du mécanisme de la réaction.

Le phénomène physique résultant de l'action des globulines du sérum sur les lipoïdes de l' « antigène » peut actuellement être mis en évidence de deux façons : soit par la méthode de fixation du complément, soit par les méthodes dites de floculation.

En effet, les réactions de floculation étudiées par Jacobsthal, Bruck, Hidaka et perfectionnées par Sachs-Georgi, Meinicke, Vernes, ne diffèrent de la réaction de Wassermann que par le mode d'appréciation de ce phénomène physique essentiel. Il s'agit toujours, quel que soit le nom qui s'attache à la réaction de floculation, du trouble apporté par le sérum dans l'équilibre colloïdal d'antigènes plus ou moins identiques. Dans toutes ces réactions, les micelles s'agglomèrent, formant des amas plus ou moins volumineux qui commencent par troubler le milieu (stade d'opacification), puis se déposent au fond du tube (stade d'éclaircissement). Le trouble occasionné par la formation des agrégats colloïdaux s'apprécie à l'œil nu ou se mesure à l'aide d'appareils tels que le photomètre V. B. Y. On sait quelle valeur s'est attachée à la lecture précise du degré de floculation puisqu'elle permet de suivre l'intensité des réactions humorales au cours du traitement de la

syphilis. Nous-mêmes avons préconisé ce procédé de lecture néphélémétrique pour l'appréciation des résultats de la réaction de Meinicke et en avons montré tout l'intérêt.

Trouverons-nous toutefois, en ce qui concerne cette sensibilité de lecture, une différence essentielle entre les réactions de floculation et la réaction de Wassermann? Non. Le dosage du pouvoir floculant peut également être facilement apprécié par le phénomène de la fixation du complément si l'on utilise par exemple la technique de Calmette et Massol. Le nombre plus ou moins grand d'unités alexiques utilisées dans la réaction de fixation permet de suivre les modifications humorales au cours de la syphilis avec la même précision que les chiffres plus ou moins élevés enregistrés par les appareils néphélémétriques.

Pourquoi donc puisque les phénomènes intimes sont les mêmes et conduisent aux mêmes résultats, les réactions de floculation semblent-elles prendre de plus en plus d'importance jusqu'à « surpasser les méthodes classiques »? (Demanche)

Certains auteurs (Uffoltz) pensent que la réaction de Wassermann, à cause de sa complexité, ne se prête pas à une réglementation précise. Ce reproche ne saurait être fait aux réactions de floculation qui sont pratiquement simples et ne demandent en outre que peu de réactifs. Les motifs de cette préférence et cette préférence elle-même méritent d'être discutés. Si nous poussons plus loin l'étude de la réaction de Wassermann nous voyons en effet, qu'entre la réaction de Wassermann et les réactions dites de floculation existe une identité absolue, et que, dans l'appréciation du résultat de cette réaction univoque, le système hémolytique se recommande par sa finesse et son extrême sensibilité. N'oublions pas que la précipitation visible n'est qu'un phénomène secondaire, peut-être un peu grossier, qui dépend de l'intervention de conditions favorisant et intensifiant la floculation. Mais le phénomène fondamental qui consiste essentiellement dans l'union de l'antigène et de l'anticorps peut être mis en évidence par la réaction de fixation avant d'être perceptible par tout autre procédé.

Jacobsthal et, plus tard, Bruck avaient montré que dans une réaction de Wassermann positive il est possible de mettre en évidence, à l'examen ultra-microscopique, la formation d'un précipité. Or, le précipité peut s'observer plus facilement au microscope ou

même par néphélémétrie. Lorsqu'on examine au microscope une réaction de Wassermann positive, on constate que les grains colloïdaux de l'antigène ont grossi, perdu leur mobilité et qu'ils se sont agglutinés en formant des amas de dimensions variables, les uns extrêmements petits, les autres beaucoup plus volumineux. Ce sont évidemment ces amas qui adsorbent le complément car leur importance varie proportionnellement à l'intensité de la fixation.

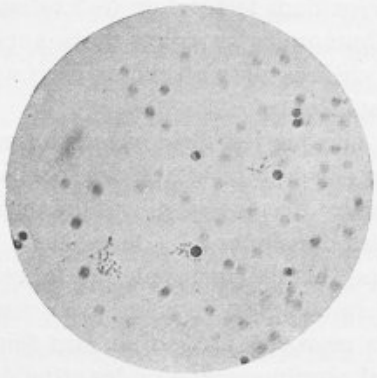


Fig. 1.

Dans les réactions faiblement positives avec hémolyse partielle, on ne constate pas d'amas très nets mais il y a un certain grossissement des grains colloïdaux qui se sont immobilisés. Dans les réactions plus franchement positives, les amas se constituent avec une abondance variable et des dimensions inégales. Lorsque ces amas atteignent un certain volume on peut les mettre déjà en évidence par néphélémétrie. Enfin dans une réaction de fixation fortement positive, on observe des amas colloïdaux exactement comparables à ceux qui se forment dans les réactions de floculation de Vernes ou de Meinicke et la lecture photométrique du trouble déterminé dans ces différentes réactions fournit alors des chiffres absolument comparables.

Ainsi le sérum d'un malade atteint de gomme de la langue nous a donné les résultats suivants :

1° Réaction de Wassermann (antigène Bordet) . ++++
2° Réaction de Vernes, densité optique. . . . 50
3° Réaction de Meinicke, densité optique. . . . 100

La réaction de fixation de ce malade lue au photomètre V. B. Y. nous a donné après 2 heures une différence de densité optique de 80. Les agrégats colloïdaux observés dans cette réaction présentaient les dimensions suivantes :

Un autre malade atteint depuis 3 semaines d'une éruption de syphilides papuleuses nous a fourni les modifications humorales suivantes :

Réaction de Wassermann (antigène Bordet) . . ++++
Réaction de Vernes, densité optique. 100
Réaction de Meinicke » » 105

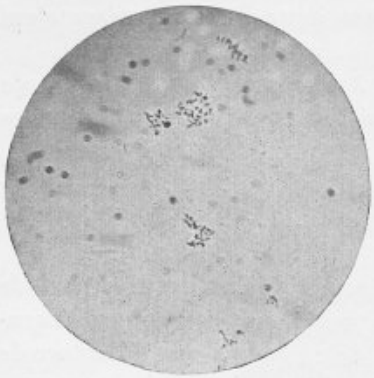
Lue au photomètre V. B. Y., la réaction de fixation de ce malade nous a donné au bout de 2 heures une densité optique différentielle de 27 (amas petits) et au bout de 24 heures une différence de densité optique de 102. Résultat plus lent mais absolument comparable au résultat des réactions de floculation. La comparaison des amas qui se sont formés au cours de cette réaction avec ceux qui ont pris naissance dans les réactions de Vernes et de Meinicke indique bien l'identité de ces 3 réactions et montre qu'il est possible de les apprécier de la même façon.

Il semble donc bien démontré que, dans la réaction de Wassermann, fixation et floculation sont deux phénomènes liés l'un à l'autre. Ils sont parallèles dans leur intensité et assez concordants pour qu'on ne puisse, sans parti pris, refuser d'admettre une relation de cause à effet entre la fixation de l'alexine et l'apparition du précipité colloïdal. Toutefois, nous devons à la vérité de signaler que tous les sérums ne donnent pas lieu à une précipitation intense. Nous avons obtenu dans plusieurs cas de syphilis secondaire en évolution des différences de densité optique variant de + 6 à + 40 et qui étaient toujours en rapport avec la dimension et le nombre des amas colloïdaux formés dans la réaction.

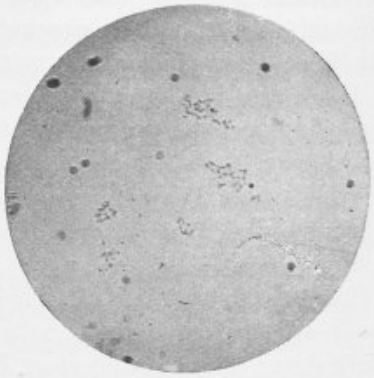
*
* *

Il peut, d'ailleurs, parfaitement arriver, et il n'y a pas lieu de s'en étonner, que des réactions de fixation ou de floculation qui parais-

sent négatives à la lecture photométrique donnent un résultat positif si l'on fait entrer en jeu le système hémolytique. Il existe, en effet, ce qu'on pourrait appeler un « seuil de lecture » en néphélémétrie. Le photomètre le plus sensible ne permet pas d'apprécier



Réaction de fixation
(antigène Bordet-Ruclens).



Réaction de Vernes.



Réaction de Meinicke.

Fig. 2.

l'opacification produite par de très petits amas, à plus forte raison le simple grossissement et l'immobilisation des grains qui suffisent à l'adsorption de l'alexine. Des amas tels que ceux reproduits ci-

dessous, visibles au microscope, ne donnent déjà plus un trouble suffisant pour être appréciés néphélémétriquement même avec l'appareil le plus perfectionné que nous possédions, le photomètre de Vernes. Telle est la raison pour laquelle des réactions de Vernes négatives à la lecture photométrique peuvent se révéler positives par l'intermédiaire du système hémolytique.

Ceci nous permet de comprendre que si la réaction de Vernes se montre parfois peu sensible, la faute n'en est pas à l'antigène mais au moyen de lecture. On sait qu'au cours du traitement de la

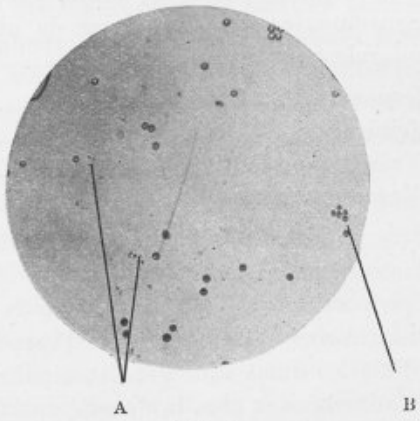


Fig. 3.

A. Petits amas de grains colloïdaux.
B. Globules rouges.

syphilis la réaction de Vernes baisse en général la première, tandis que le Wassermann et la réaction de Meinicke restent encore longtemps positives. Or, si l'on remplace, comme mode d'appréciation le photomètre par le système hémolytique, en faisant avec le péréthynol la réaction de fixation, on s'aperçoit que les trois réactions suivent une marche exactement parallèle, s'affaiblissant et se négativant en même temps. Nous ne pouvons donner dans cette courte étude de trop nombreux exemples. Citons seulement quelques cas :

1° Une femme atteinte de syphilides secondaires buccales présentait des réactions de Wassermann, de Vernes et de Meinicke fortement positives. Après un traitement par injections intraveineuses

de 4 gr. 90 de néosalvarsan qui amena la disparition des lésions, nous obtenons les réactions humorales suivantes :

Réaction de Vernes	0
Réaction de Meinicke	10
Réaction de Wassermann (antigène Bordet) . .	++++
Réaction de Wassermann (antigène de Vernes) .	++++

L'examen microscopique de ces deux réactions décelait la présence d'amas de grains colloïdaux extrêmement petits.

2° Un malade atteint de chancre génital avec réaction de Wassermann, Vernes et Meinicke positives, donne après un traitement par injections intraveineuses de 5 grammes de néosalvarsan, les modifications humorales suivantes :

Réaction de Vernes	1
Réaction de Meinicke	4
Réaction de Wassermann (antigène Bordet) . .	++++
Réaction de Wassermann (antigène Vernes) . .	++++

L'examen microscopique révélait dans ces réactions la présence de grains colloïdaux agglutinés.

Il existe une proportionnalité absolue entre la formation des agrégats, leurs dimensions, leur nombre et l'intensité de la réaction de fixation. Plus les amas sont gros et nombreux, plus il y a d'unités alexiques adsorbées et plus la densité optique est élevée.

Par contre, dans les réactions négatives nous n'avons jamais observé d'amas colloïdaux. Qu'il s'agisse d'une réaction de Hecht ou de Calmette-Massol, les grains colloïdaux restent isolés et extrêmement mobiles.

Signalons que dans la réaction de fixation, lorsque la précipitation est amorcée à l'étuve à 37°, elle semble se poursuivre ensuite plus rapidement à la température ordinaire, fait qui indique bien encore la nature physique et non chimique du processus réactionnel. Cette précipitation susceptible de former en une heure des amas suffisants pour adsorber l'alexine, n'atteint son maximum que 5 à 6 heures après le début de la réaction et ce délai doit être respecté pour la lecture photométrique.

Le dispositif de la réaction que nous avons adopté pour l'appréciation de la floculation avec l'antigène de Bordet a été le suivant :

A 5/10e de centimètre cube de sérum chauffé nous ajoutons

5/10e de centimètre cube d'antigène de Bordet. Nous faisons une lecture immédiate que nous renouvelons après 5 heures.

On peut également opérer d'une autre façon. En préparant la réaction de Wassermann au sérum chauffé (technique Calmette-Massol) on examine au photomètre un des tubes réactions. On fait une seconde lecture 5 heures plus tard. Si l'on attend plus longtemps, 18 heures par exemple, on peut obtenir une densité optique plus élevée.

*
* *

On voit donc que la réaction de fixation faite avec l'antigène de Bordet peut donner des résultats identiques à ceux des réactions de floculations macroscopiques, et appréciables par les mêmes procédés. Ceci nous amène naturellement à nous demander s'il est vraiment nécessaire d'utiliser des antigènes spéciaux pour obtenir une bonne réaction de floculation.

La valeur d'un antigène dépend de sa nature lipoïdique et de son état de dispersion. Mais la grosseur et le nombre des grains de la solution colloïdale ne commandent pas seuls la floculation. Ils influent sur le volume plus ou moins considérable des amas et, en cela, facilitent l'appréciation du résultat de la réaction. Il n'est pas nécessaire, d'autre part, pour que la floculation ait lieu, que les grains de l'antigène soient d'une dimension déterminée et fixe. Aucune loi ne permet en effet, de préciser la grosseur du grain de l'antigène et, pour fixer « le degré précis de grosseur qui convient à son antigène » Vernes montre, au cours de ses belles études sur le péréthynol, qu'il a dû « passer sur le terrain clinique ». Les grains de l'antigène de Bordet, plus petits que ceux de l'antigène de Vernes, déterminent une floculation aussi intense et des réactions plus sensibles.

A cet égard, l'antigène de Bordet mérite d'être mis en parallèle avec l'antigène de Meinicke, mais il permet, en outre, d'obtenir des réactions d'une telle finesse que seul le système hémolytique est susceptible de les mettre en évidence. Aucun procédé physique actuellement connu ne saurait en effet rivaliser avec cet indicateur idéal d'une floculation colloïdale. Nous ne pouvons donc trop insister sur la valeur de cet antigène qui permet d'enregistrer toute une gamme de floculation qui va, en décroissant, des précipitations

intenses et grossières, appréciables à l'œil nu et dosables au photomètre, jusqu'aux floculations discrètes et microscopiques qui ne sont plus décelables que par la rupture du système hémolytique. Seul, le procédé de Meinicke, qui par l'adjonction du baume de tolu intensifie le pouvoir floculant de son antigène, donne, dans la pratique, des résultats comparables à la réaction de fixation. Nous avons dit antérieurement tout le bien que nous pensons de cette réaction qui a fait ses preuves et mérite d'être classée parmi les meilleures. Toutefois, il ne faut pas confondre intensité et sensibilité. La sensibilité est évidemment la qualité dominante d'une réaction sérologique et dans cet ordre d'idées si l'une des réactions doit contrôler l'autre, c'est incontestablement à la réaction de fixation qu'appartient le droit de contrôle.

Nous serions heureux d'avoir pu montrer dans cette courte étude qu'il n'existe réellement aucune différence essentielle entre la réaction de Wassermann et les réactions dites de floculation. La réaction de Wassermann n'est rien d'autre qu'une réaction de floculation. Elle diffère seulement des autres réactions en ce qu'elle est pourvue d'un indicateur biologique qui dépasse incomparablement tous les artifices employés d'autre part pour apprécier la floculation. Aussi pouvons-nous conclure qu'aucune des réactions de floculation proposées pour le diagnostic de la syphilis ne possède la simplicité, la spécificité, la sensibilité, la finesse et la rapidité de la réaction de Bordet-Wassermann. Les modifications introduites dans la technique sérologique en vue de « simplifier » le diagnostic de la syphilis ne nous semblent avoir ravi à la réaction de Bordet Wassermann aucune de ces prérogatives.

Walkser. — *Journ. Path. and Bact.*, 1919.
Jacobsthal. — *Munch. Med. Wochenschr.*, 1910.
Holker. — *Journ. Path. and Bact.*, 1922.
Vernes. — *Archives de l'Institut Prophylactique.*
Demanche. — *La Presse médicale*, 18 juillet 1931 (n° 57).
Rubinstein. — *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, novembre 1917.

ECCHYMOSES VÉNÉRIENNES " A VACUO " DES MUQUEUSES

Par R. BARTHÉLEMY.

Il arrive fréquemment que des lésions simples soulèvent, en matière vénéréologique, des problèmes délicats de diagnostic et d'étiologie. Tel est le cas pour les taches ecchymotiques déjà décrites ailleurs sous le nom de purpura *a vacuo* (1), et dont je voudrais compléter ici l'étude.

Depuis 1928, j'ai pu montrer à mes collègues directs du Dispensaire de Salubrité, P. Chevallier et R. Rabut, plusieurs de ces ecchymoses vélo-palatines dont l'aspect et le siège surprennent d'abord, et dont la cause, purement locale, est toujours identique et quelque peu scandaleuse.

Rappelons de quoi il s'agit : une prostituée en parfaite santé et exempte de toute lésion — purpurique notamment — de la peau et des muqueuses génitale et anale, montre à l'examen de sa cavité buccale une ou plusieurs taches ecchymotiques sur le voile du palais, et là seulement.

Celui-ci est par ailleurs intact, avec un revêtement non érodé et de coloration normale, avec une consistance, une souplesse, une mobilité également normales, la voix n'étant pas nasonnée ni la déglutition gênée.

Les ecchymoses, de nombre, de disposition, de forme et de dimensions variables, ont une coloration franche et vive, d'un rouge sanguin, et n'entraînent aucune sensation douloureuse ou autre. Elles sont ignorées de la malade.

La santé générale est normale, répétons-le, et l'on ne trouve à

(1) Purpura vélo-palatin *a vacuo*. R. BARTHÉLEMY. *Annales des maladies vénériennes*, 1928.

ANN. DE DERMAT. — VII^e SÉRIE. T. III. N° 11. NOVEMBRE 1932.

l'interrogatoire aucun traumatisme responsable (crayon ou fume-cigarette refoulés dans la bouche par un choc, brûlure, irritation, etc.). Le reste de la bouche : palais osseux, langue, pharynx, face interne des joues, muqueuse sublinguale, est normal. Les gencives ne saignent pas.

Que s'est-il donc passé, pour permettre l'apparition de lésions aussi franches et circonscrites ? Une enquête « poussée », on va le voir, m'avait permis de le découvrir dès le premier cas, en 1923. Mais l'étrangeté assez scabreuse de l'étiologie alors reconnue m'avait fait attendre plusieurs années d'avoir rencontré des cas comparables, pour les publier avec certitude.

A l'heure actuelle, une dizaine d'observations ont confirmé la même cause : efforts violents et répétés d'aspiration au cours d'un coït *ab ore* particulièrement laborieux et prolongé.

Et si, la première fois, j'ai éprouvé les plus grandes difficultés à remonter jusqu'à cette cause « professionnelle » parce que je n'y songeais guère, les fois suivantes l'aveu a été obtenu sans peine (il s'agit de prostituées) par l'affirmation péremptoire : « Vous avez, hier, fait telle chose de telle façon ».

Il s'agit donc bien toujours de ce qu'on pourrait appeler en un style vulgaire mais expressif un auto-suçon. C'est pourquoi l'article déjà cité s'intitulait : Purpura *a vacuo* (1). L'expression de purpura, qui évoque une altération sanguine ou vasculaire, était toutefois mal choisie. Celle d'ecchymose, ne préjugeant pas de telles altérations, est donc préférable.

L'évolution de ces lésions est simple et se fait en quelques jours vers la guérison, par une dégradation croissante de la coloration et des contours, avec effacement progressif. Elle ne diffère en rien de ce qu'on observe pour d'autres éléments purpuriques.

Le diagnostic, positif et étiologique, est fait en un coup d'œil lorsqu'on est au courant, et mes collègues ont pu obtenir la réponse prévue grâce à la précision de l'interrogatoire.

L'intérêt de ce diagnostic, médiocre, on le conçoit, en clientèle

(1) L'action du vide est indéniable. La première malade disait : « J'avais la bouche pleine de sang ». Elle avait donc fait aussi des hémorragies gingivales, dont la trace n'était d'ailleurs plus visible le lendemain. P. Chevallier a contesté un instant cette pathogénie *pneumatique* (*Ann. des maladies vénér.*, nov. 1928, n° 11, p. 835) mais en a reconnu depuis le bien-fondé.

de ville, garde sa valeur à l'hôpital, et il n'est pas indifférent, à Saint-Louis ou à Broca par exemple, de connaître ces lésions inattendues qui, si leur nature bénigne était méconnue, pourraient égarer en désespoir de cause vers quelque syphilide atypique, vers quelque exanthème circonscrit, manifestation supposée d'une intoxication, d'un trouble hématique ou vasculaire, etc.

Restait à rechercher *la confrontation*, pour parler comme Fournier, c'est-à-dire ici à poursuivre, sinon chez le partenaire même, du moins chez l'homme, et au pôle génital cette fois, la lésion correspondante.

Celle-ci apparaît comme infiniment plus rare, puisque je n'en ai, malgré plusieurs années (1) de recherches, rencontré qu'un cas, tout récent et qui motive cette petite étude d'ensemble. Mais, dans ce seul cas masculin, c'est le malade lui-même qui s'est aperçu et inquiété de sa lésion. Celle-ci, bien visible et pour cause, était toutefois absolument indolente.

Observation. — « M. X..., 40 ans, profession libérale, veut être rassuré sur un petit « bobo » de la verge. Venu au lendemain d'une nuit consacrée à une amie fidèle, il a constaté dès la toilette du matin la lésion bizarre qu'il me montre.

Celle-ci, à l'extrémité du gland (constamment découvert à moitié), et à droite du méat, consiste en une double tache purpurique foncée, dont les deux éléments, circulaires, tangents et superposés mesurent respectivement 5 et 8 millimètres de diamètre. Les contours sont un peu diffus ; la teinte ecchymotique, d'un violet sombre, ne s'efface pas à la vitropression. La consistance est normale. Aucune érosion, aucune humidité ne sont perceptibles. Enfin il n'y a, et il n'y a eu, aucune douleur, aucune sensation subjective. C'est par hasard que le malade, au cours de ses ablutions, a vu cette lésion purpurique, qui lui aurait échappé si son regard n'était pas tombé sur elle.

Une recherche minutieuse, locale et générale, ne montre rien d'autre. L'interrogatoire révèle des rencontres antérieures avec d'autres partenaires, mais aucun traumatisme, génital ou autre, capable d'expliquer une manifestation aussi anormale.

Aucun traumatisme ? Je pense tout à coup aux ecchymoses vélo-palatines, et pose une question précise à laquelle le malade répond affirmativement. Il confirme aussi qu'à aucun moment il n'a ressenti une douleur quelconque, correspondant à une morsure possible.

(1) Dont une comme assistant du regretté André Léri, à Cochin-Ricord où abonde le matériel vénérien mâle.

La guérison promise est survenue en cinq jours, par résorption complète, après passage évolutif par les teintes dégradées de l'ecchymose vulgaire.

Un supplément d'enquête a révélé chez ce malade quelques antécédents hépatiques (ictère catarrhal ancien, coliques hépatiques frustes), des hémorroïdes, des épistaxis assez fréquentes mais bénignes, des saignements des gencives faciles mais non spontanés, quelques varicosités capillaires éparses sur le thorax et les membres inférieurs, quelques points rubis sur le tronc.

Il n'y a jamais eu d'ecchymoses sous-conjonctivales ni de saignements prolongés par écorchure ou coupure, notamment par le rasoir. Mais des « bleus » cutanés se montrent souvent, à la suite de contusions peu importantes ou même inaperçues.

Toutefois le signe du lacet est négatif, la piqûre au doigt saigne peu, l'hémoglobinomètre de Tallqvist donne plus de 90 o/o. Les autres recherches hématologiques n'ont pu être pratiquées. Mais le sujet était en somme subnormal.

Les deux termes, masculin et féminin, du problème étaient donc enfin établis. La rareté chez l'homme tient sans doute à la spongiosité, à l'expansibilité extrême des tissus péniens, bien supérieures à celles du voile qui subit avant tout des distensions œdémateuses.

Pour exceptionnelles que soient ces ecchymoses vénériennes qui nécessitent peut-être, au moins dans le sexe masculin, une prédisposition, une fragilité particulière des petits vaisseaux, elles constituent cependant un groupe de faits capables de donner le change au médecin non averti.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juillet 1932.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Le péril vénérien en Cochinchine, par Nguyen van Tung. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 7, juillet 1932, p. 485.

L'auteur montre les ravages de la prostitution en Indochine et établit le bilan des affections vénériennes. L'Institut prophylactique créé en 1926, a donné en 1930 116.030 consultations. Il est à souhaiter que d'autres centres de traitement soient installés en Indochine. Il serait désirable qu'une ligue de défense contre le péril vénérien en Indochine soit créée, qui étudierait les moyens propres à enrayer la propagation des maladies vénériennes et en proposerait la réalisation aux pouvoirs publics. H. Rabeau.

Hypothèse pathogénique de la fonction anticomplémentaire d'un sérum, par Gougerot et Peyre. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, nº 7, juillet 1932, p. 524.

Dans la pratique de la réaction de Bordet-Wassermann, on rencontre des sérums dont la fonction complémentaire a disparu. D'autres plus rares fixent spontanément le complément. Ce sont les sérums dits anticomplémentaires. « Un tel sérum ne posséderait-il pas non seulement une sensibilisatrice, mais encore un antigène correspondant, c'est-à-dire un complexe fixateur antigène-anticorps ? » Cette présomption semble se confirmer par les faits suivants :

1° Les sérums anticomplémentaires peuvent se rencontrer dans les maladies évolutives ; les malades auraient dans leur sang un antigène pour lequel ils possèdent une sensibilisatrice spécifique, ainsi se fixerait le complément naturel du sérum.

2° Dans les expérimentations sur le choc sérique, on peut observer que le sérum prélevé dans le temps de la crise voit ses propriétés hémolytiques inhibées.

3° En faisant l'examen ultra-microscopique des sérums, on remarque

que les sérums anticomplémentaires et ceux dont la réaction de fixation est positive se classent dans le même groupe.

4° Sur le lapin sensibilisé vis-à-vis des globules rouges de mouton, le sang prélevé au moment même de la dernière injection intraveineuse de globules rouges donne un sérum anticomplémentaire, alors que deux heures après ne subsistera que le pouvoir sensibilisateur antiglobules rouges. H. RABEAU.

Un cas de réinfection syphilitique, par JANIS BRANTS. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 7, juillet 1932, p. 526.

Fille publique présentant en août 1930 un double chancre des petites lèvres avec tréponèmes, et réactions de Bordet-Wassermann et de Muller négatives ; traitement régulier, réactions sérologiques négatives pendant 14 mois. Le 25 octobre 1931, nouveau chancre dur en un autre point avec tréponèmes, adénopathie inguinale typique, séro-réactions positives. H. RABEAU.

Syphilome primaire non ulcéré, par A. GALLIOT. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 7, juillet 1932, p. 529.

Observation d'un malade présentant un chancre syphilitique consistant en une tache ecchymotique, tache congestive, signalée par Balzer comme premier stade du chancre syphilitique ; tache plane, de la superficie d'une tête de grosse épingle, non douloureuse, recouverte d'épiderme et pas du tout infiltrée. Cette tache ne s'ulcéra pas, disparut, et le malade développa une roséole typique dans les délais normaux.
H. RABEAU.

Séro-diagnostic de la syphilis en activité au moyen de l'auto-antigène du sérum (R. S.), par OLINTO SCIARRA. *Annales des Maladies Vénériennes*, 27e année, n° 8, août 1932, p. 565.

En 1921, Wassermann publia ses recherches sur la substance et l'agrégat Wassermann et il démontra qu'ils sont l'un le facteur, l'autre le produit de la réaction de Wassermann et des réactions similaires. S. reprit cette étude de l'agrégat Wassermann qu'il propose de nommer *éthéro-agrégat*. Cet éthéro-agrégat est constitué par des lipoïdes non spécifiques dérivés de l'extrait antigène, et par des anticorps en excès dans le sérum, anticorps libres, ayant échappé à la combinaison dans le sang et qui, eux non plus, ne sont pas toujours spécifiques de la syphilis. Ces anticorps libres peuvent manquer (syphilis malignes, congénitales, anergiques) et la réaction de Wassermann est négative ; s'ils persistent en excès, au contraire, on a les réactions de Wassermann irréductibles, en l'absence de signes cliniques.

Pour lui, la réaction de Wassermann et ses similaires n'expriment une infection active certaine que dans les cas syphilitiques non traités, ou dans les cas traités, mais avec signes cliniques.

La réaction de S. est basée sur l'existence de ces agrégats auto-antigènes-anticorps, qu'il nomme « auto-agrégats » spécifiques de la syphi-

lis. C'est, dit S., une réaction de valeur syphilimétrique absolue qui résoud le problème de syphilologie le plus difficile : savoir à quel moment interrompre le traitement et quels médicaments préférer.

La sensibilité, la spécificité, la précocité de cette réaction sont très élevées et supérieures à celles des autres réactions.

H. RABEAU.

A propos des ostéopériostites syphilitiques précoces, par L. NITCHEW. *Annales des Maladies Vénériennes,* 27e année, n° 8, août 1932, p. 600, 1 fig.

Les ostéo-périostites sont rares au début de l'infection syphilitique. N. publie trois observations de syphilis primo-secondaire avec réactions osseuses et péri-osseuses accompagnées de violentes douleurs ostéocopes, apparues au cours d'un traitement par le néosalvarsan, la réaction de Bordet-Wassermann étant négative. Le bismuth a eu une heureuse action sur leur évolution, et l'auteur insiste sur la nécessité des cures pluri-médicamenteuses. H. RABEAU.

Gommes syphilitiques du cou à forme tumorale, par GOUGEROT et BURNIER. *Annales des Maladies Vénériennes,* 27e année, n° 8, août 1932, p. 601.

Les gommes syphilitiques volumineuses peuvent prêter aux erreurs de diagnostic ; les auteurs publient deux observations de gommes syphilitiques volumineuses de la région cervicale dont le diagnostic fut primitivement méconnu. L'une de ces gommes fut prise pour un sarcome et opérée chirurgicalement. Dans l'autre cas, on pensa à un lymphadénome et on pratiqua la radiothérapie. Pourtant, si on avait pensé à la syphilis, le Wassermann positif dans les deux cas eut permis de l'affirmer et d'instituer le traitement spécifique. H. RABEAU.

La lymphite suppurée de la verge accompagnant un bubon lymphogranulomateux, par NICOLAU et BANCIU. *Annales des Maladies Vénériennes,* 27e année, n° 8, août 1932, p. 606.

Deux observations intéressantes montrant que le virus lymphogranulomateux peut, dans certains cas, déterminer l'inflammation des voies lymphatiques intermédiaires, se traduisant par une lymphite nodulaire suppurée, associée parfois à une lymphangite tronculaire. Ils ont observé cette dernière détermination deux fois seulement sur une centaine de cas, alors qu'on l'observe relativement souvent dans le chancre mou. H. RABEAU.

La gonoréaction, son application au diagnostic des rhumatismes, par A. URBAIN. *Annales des Maladies Vénériennes,* 27e année, n° 8, avril 1932, p. 614.

U. a pratiqué la réaction suivant la technique de Calmette et Massol (doses progressives d'alexine). L'antigène était constitué par 8 souches de gonocoques tués par l'alcool-éther ; la poudre finement pulvérisée était émulsionnée dans de l'eau physiologique à raison de 1 centigramme

pour 20 centimètres cubes de liquide. Cette poudre a l'avantage de se conserver indéfiniment. Il a étudié la réaction dans des cas où la gonococcie était soit certainement présente, soit certainement absente, pour en tirer des règles précises sur l'interprétation des modalités de la gono-réaction. De l'étude de nombreux cas, il conclut : la gono-réaction est *toujours* positive dans le cours de la gonococcie articulaire. Sauf exception très rare, la gono-réaction est toujours négative en dehors de l'infection gonococcique, actuelle ou passée. La gono-réaction est d'un secours extrêmement précieux dans le diagnostic de la nature d'un rhumatisme.

H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Infection gonococcique à déterminations articulaires et endocarditiques d'une durée évolutive de dix-sept années, par R. MONIER-VINARD, H. CHABANIER, M. PERRAULT et J. PORIN. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.* 48e année, 3e série, no 24, 11 juillet 1932.

17 ans après sa blennorragie, le malade fait un rhumatisme déformant des mains et des pieds, dont la nature fut prouvée par une ponction articulaire pratiquée au moment d'une poussée. Il présenta aussi une endocardite de même nature qui se manifesta tardivement par des signes d'insuffisance cardiaque avec un minimum de signes généraux. Cliniquement, cette endocardite dura une année, mais les lésions histologiques incitent à penser que son évolution fut beaucoup plus lente. Les lésions siègent sur la mitrale, elles sont constituées par trois ulcérations reposant sur un véritable tissu de cicatrice épais, infiltré de calcaire. Malgré ce siège, mais probablement par suite de la localisation juxta-infundibulaire de l'ulcération la plus importante, les signes cardiaques et périphériques réalisaient un syndrome typique de maladie de Corrigan.

H. RABEAU.

Bulletin Médical (Paris).

Traitement des urétrites aiguës et chroniques par la dilatation gazeuse, par L. BIZARD et H. MAISLER. *Bulletin Médical,* 46e année, no 34, 20 avril 1932, p. 571.

La méthode consiste à pratiquer d'abord une injection d'un oxydant à canal ouvert, suivie quelques minutes après d'une seconde injection de spécifique argentique. Par ce procédé, la durée du traitement est très sensiblement diminuée, les séances courtes, la douleur nulle. Les auteurs ont apporté quelques modifications à leur technique : l'oxydant utilisé est de moindre stabilité, l'antiseptique argentique de concentration différente. Une seringue à double cône a été imaginée, qui facilite ce traitement dont les résultats sont très satisfaisants.

H. RABEAU.

Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie (Paris).

Mécanisme des réactions de floculation, par Mme Chevrel-Bodin et M. Cormier. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CX, n° 23, 1er juillet 1932, pp. 705-706.

Tous les sérums déterminent la floculation de l'antigène Bordet-Ruelens, mais l'addition de chlorure de sodium redissout le floculat des sérums normaux, tandis que la réaction est irréversible avec les sérums syphilitiques. En présence d'une solution de chlorure de sodium à 9 o/oo, seuls floculent les sérums syphilitiques. A. Bocage.

Contribution à l'étude du séro-diagnostic des tumeurs malignes. Résultats fournis par quelques réactions pour le séro-diagnostic des tumeurs malignes, par V. Carulla. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CX, n° 23, 1er juillet 1932, pp. 727-728.

Sur 7 réactions diverses pratiquées par l'auteur, la meilleure de beaucoup paraît être celle de Botelho qui a donné, sur 135 malades cancéreux histologiquement diagnostiqués, 124 réactions positives (92 o/o) et 11 négatives (8 o/o), et sur 69 non cancéreux, 54 négatifs (78 o/o) et 15 positifs (22 o/o). A. Bocage.

De l'immunité locale de la peau vis-à-vis de l'arsenic, par A. Besredka. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CX, n° 24, 2 juillet 1932, pp. 766-769.

On peut, par frictions répétées de la peau avec une crème arsenicale, obtenir chez le lapin une immunité spécifique strictement localisée à la région frictionnée, et ne s'accompagnant pas de formation d'anticorps. A. Bocage.

Prurit et hyperesthésie par énervation sensitive partielle (soi-disant pelade expérimentale de Max Joseph), par E. A. Aubrun. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CX, n° 24, 11 juillet 1932, pp. 823-825.

La pelade expérimentale de Max Joseph n'est qu'une alopécie traumatique, en rapport avec un grattage violent, dont l'origine est dans la section d'une partie des filets nerveux sensitifs du territoire cutané correspondant (trijumeau, nerfs et ganglions cervicaux).

A. Bocage.

Généralisations syphilitiques à partir de l'œil chez le lapin, par A. Bessemans et J. Van Canneyt. *Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, t. CX, n° 26, 25 juillet 1932, pp. 984-985.

Aucun résultat positif par simple instillation de tréponèmes au niveau de la muqueuse oculaire normale.

Environ 15 o/o de métastases cliniquement appréciables à partir d'une contamination oculaire ayant déterminé des accidents locaux primaires (27 lapins).

Deux fois sur deux cas de syphilisation par voie oculaire, les ganglions préauriculaires, rétromaxillaires et poplités étaient infectants alors que foie, rate et cerveau ne l'étaient pas. A. BOCAGE.

Journal de Médecine de Paris.

Le varicelle et le zona, par J. COMBY. *Journal de Médecine de Paris*, 52e année, n° 30, 28 juillet 1932, p. 599.

C. s'élève de nouveau contre l'existence de liens entre le zona et la varicelle, doctrine de von Bokay Janos, soutenue en France par Netter et Urbain. Les arguments qu'il donne lui semblent sans réplique. La varicelle est une fièvre éruptive excessivement contagieuse, inoculable, immunisante, n'immunisant pas contre le zona. Le zona est une névrite spéciale, non contagieuse, non inoculable, immunisante, n'immunisant pas contre la varicelle. Les cas rapportés seraient de pures coïncidences. H. RABEAU.

A propos des rapports du zona et de la varicelle, par P. BLECHMANN. *Journal de Médecine de Paris*, 52e année, n° 31, 4 août 1932, p. 626.

B. observant dans une famille de 4 enfants, 2 fillettes atteintes de varicelle, examina les autres enfants, l'un était sain, l'autre portait sur le thorax les croûtes desséchées d'un zona typique survenu 12 à 15 jours auparavant. H. RABEAU.

Bruxelles Médical.

L'Argyrie généralisée d'origine thérapeutique, par A. DAVID. *Bruxelles Médical*, 12e année, n° 39, 24 juillet 1932, p. 1084.

Autrefois exceptionnelle, l'argyrie semble devoir réapparaître. Elle se caractérise par une coloration typique d'un gris sombre légèrement bleuâtre, à reflets nettement métalliques, de teinte uniforme, de coloration nettement prédominante aux régions découvertes, surtout au visage ; il ne faut pas compter sur le liseré gingival ; les signes généraux sont d'ordinaire peu marqués. Nous devons donc nous méfier des préparations argentiques administrées à l'intérieur qui, malgré la tolérance de l'organisme, finissent par déterminer une pigmentation ardoisée caractéristique. Le principal facteur est la durée du traitement, mais les accidents peuvent survenir avec des doses faibles. Il n'y a aucun prodrome, ni indice révélateur. La pigmentation une fois constituée est indélébile. H. RABEAU.

Presse Médicale (Paris).

Syphilis anormales et leur traitement, par H. GOUGEROT. *Presse Médicale*, 40e année, n° 55, 9 juillet 1932, p. 1085.

Les syphilis anormales sont l'exception, mais elles déroutent si souvent que de telles observations sont très utiles à connaître. Ce malade

a eu une première phase de chancre uréthral ou *syphilis primaire muqueuse, arsénosensible*, car le chancre guérit par les arsénobenzènes, totalisant 7,80 de 914, avec 5 doses de 0,90 et une de 1,05. Treize jours après, récidive, donc *deuxième phase d'arséno-récidive précoce et neuro-récidive*, sous forme de *névrite optique unilatérale*, donc arséno-récidive viscérale. *Pendant la guérison rapide de cette névrite optique gauche* par le cyanure d'Hg, vingt-sept jours après le début de cette cure et *en pleine médication mercurielle*, apparition de deux plaques muqueuses de la lèvre inférieure, donc *troisième phase d'hydrargyro-récidive et d'hydrargyro-résistance*. Une telle variation de virulence, de chimio-résistance et de sensibilité est vraiment mystérieuse et pose des problèmes du plus haut intérêt. H. Rabeau.

Vaccination par la porte d'entrée (Méthode Basset-Poincloux, par L. Debrey et J. Lambert. *Presse Médicale*, 40e année, n° 6, 27 juillet 1932, p. 1175,7 fig.

La vaccination par la porte d'entrée représente le traitement le plus simple et le plus efficace des annexites gonococciques. Les auteurs ont voulu savoir si « la porte d'entrée » et le vaccin lui-même avaient un caractère de spécificité. Leurs observations montrent que les effets de la « vaccination antigonococcique par la porte d'entrée » peuvent être obtenus par voie veineuse et en injectant une substance totalement étrangère au vaccin gonococcique, le « propidon de Delbet ». La méthode Basset-Poincloux doit donc être rangée dans le cadre de la thérapeutique dite par *shock*. H. Rabeau.

Le diagnostic précoce de la syphilis par la recherche du tréponème dans le suc de l'adénopathie primaire, par A. Sézary, P. Lefèvre et P. Boutteau. *Presse Médicale*, 40e année, n° 60, 27 juillet 1932, p. 1183.

La présence du tréponème dans les adénopathies primitives a été démontrée en 1915 par Schaudinn et Hoffmann. Habermann et Mauelshagen en 1919 ont fait cette recherche en vue du diagnostic bactériologique. De nombreux auteurs ont depuis confirmé la valeur de cette méthode. Mais elle n'est pas encore entrée dans la pratique et, certains ayant contesté sa valeur, S. et ses collaborateurs l'ont appliquée systématiquement à 70 bubons syphilitiques. Ils trouvent facilement le tréponème dans 56 o/o des cas pour un groupe de 50 malades et dans 85 o/o pour un groupe de 20 malades. La différence dans les pourcentages tient au stade évolutif des bubons. Ils donnent la technique de ponction avec une aiguille de 8/10e à biseau moyen, montée sur seringue. On retire une très petite quantité de suc ganglionnaire qu'on examine à l'ultra-microscope ou sur frottis. Cette méthode sera indiquée : 1° lorsque la recherche du tréponème dans le chancre aura été négative ; 2° lorsque le malade aura appliqué sur son chancre un antiseptique pouvant avoir fait disparaître les tréponèmes de la surface ; 3° dans les cas où des germes associés ont eu pour effet de raréfier considérablement le spirochète à la surface du chancre ; 4° lorsque le

chancre est inaccessible ; 5° lorsque le chancre a passé inaperçu ; 6° en cas de chancre de la cavité buccale, afin d'éviter la confusion possible avec *treponema dentium*.

Il s'agit d'une méthode facile, inoffensive, et de grande utilité dans la pratique. H. RABEAU.

Le traitement de l'acné polymorphe, par A. SÉZARY. *Presse Médicale*, 40e année, n° 60, 27 juillet 1932, p. 1184

L'iode n'avait été utilisé qu'à titre accessoire dans le traitement de l'acné, pour faire avorter les éléments d'acné déjà apparus. S. l'a utilisé en solution au 1/100e pour *prévenir* le développement de l'acné en désinfectant la peau. On fait une légère friction le soir, on peut dans certains cas appliquer des solutions à 1 pour 75 et même 1 pour 50. L'auteur a constaté qu'en même temps l'alcool iodé agit sur la sécrétion séborrhéique. Ce traitement se montre souvent très efficace en quelques semaines. Il suffit de maintenir le résultat en faisant un traitement de quelques frictions iodées chaque mois. On pourra aussi continuer le traitement iodé avec la lotion soufrée en alternant, semaine par semaine, les deux traitements. Le massage facial est une excellente méthode adjuvante. H. RABEAU.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Sur un champignon brésilien producteur de mycétome à grains rouges, (Nocardia Genesii, H. Froès, 1930), par HEITOR P. FROÉS. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. III, n° 6, juin 1932, p. 495, 6 fig.

Dans un mycétome du pied, diagnostiqué et étudié à Bahia en 1915 par Genesio Salles, H. P. F. a mis en évidence une espèce nouvelle de champignons producteurs de mycétomes à grains rouges (érythromycétomes). Il lui a donné le nom de *Nocardia Genesii*, en l'honneur du premier observateur de cette variété de mycose.

Il précise les caractères qui permettent de différencier ce parasite de la *Nocardia Pelletieri* et de la *N. Africa*. J. MARGABOT.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Contribution à l'étude de l'épidermolyse bulleuse traumatique héréditaire dystrophique (Zur Epidermolysis bullosa traumatica hereditaria dystrophica), par I. I. KRIGNEN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIV, cah. 1, p. 61, 2 fig.

Observation chez une fillette de 12 ans d'un cas d'épidermolyse bulleuse traumatique héréditaire légèrement atypique par sa localisation sur le tronc. Consanguinité des parents. Bibliographie et discussion sur la clinique, l'étiologie et les rapports de cette maladie avec l'épidermolyse bulleuse simple. OLGA ELIASCHEFF.

Fibromes avec prolifération épithéliale atypique (Fibrome mit atypischer Epithelwucherung), par Hans Biberstein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIV, cah. 1, 1931, 5 fig.

Description clinique et histologique de 4 cas de tumeurs de volume différent. Une partie de ces tumeurs ressemblait cliniquement aux nodules cutanés de Arning-Lewandowsky, les plus grandes aux lésions précancéreuses, respectivement aux fibromes. L'histologie montra qu'il s'agissait de tumeurs d'origine épithéliale et mésodermique, de fibro-épithéliomes, dénomination employée aussi pour les végétations vénériennes et les verrues, qui n'ont aucun rapport avec ces tumeurs. Pour éviter la confusion, l'auteur propose pour cette forme de tumeur la dénomination « fibromes avec prolifération épithéliale atypique ».

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude des érythrodermies généralisées exfoliatives. II. Forme érythrodermique du mycosis fongoïde avec remarques sur l'anergie vis à-vis de la tuberculine dans le mycosis fongoïde (Beitræge zur Kenntnis der exfoliativen generalisierten Erythrodermien. II. Erythrodermische Form der Mycosis fongoides (nebst Bemerkungen über die Tuberkulinanergie bei M. f.)), par S. K. Rosenthal. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah 1, 1931, p. 82, 3 fig.

Description clinique et histologique d'un cas de mycosis fongoïde précédé d'une érythrodermie pendant de longues années. Pas de prurit ou très peu. L'érythrodermie persista jusqu'à la mort. Adénopathie généralisée. La formule sanguine, sauf une légère éosinophilie, fut normale.

L'histologie montra de l'œdème, une dilatation vasculaire et des fentes lymphatiques et une structure caractéristique de l'infiltrat. A côté de ces lésions, on constata une augmentation des fibroblastes et une tendance à la formation de tissu fibreux à la place des tumeurs.

Pas de réaction à la tuberculine et l'auteur discute l'anergie des malades atteints de mycosis fongoïde vis-à-vis de la tuberculine. D'après la bibliographie, on rencontre cette anergie dans 80 o/o des cas et elle doit être considérée comme un symptôme d'une grande importance ; elle est même, d'après Jadassohn, spécifique.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude du myxœdème local dans la maladie de Basedow (Beitrag zu dem lokalen Myxœdem bei Basedow), par Wilhelm Richter. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 1, 1931, p. 100, 3 fig.

Il s'agit d'un cas de myxœdème circonscrit chez une femme atteinte d'un Basedow. La malade, âgée de 41 ans, qui pesa avant la maladie actuelle 71 kilogrammes, commença subitement à maigrir, la thyroïde augmenta de volume et on constata des signes d'un Basedow typique. Un certain temps après les symptômes subjectifs disparurent, le poids augmenta de nouveau et c'est à ce moment que la malade remarqua

les lésions myxœdémateuses sur les deux jambes ; à l'apparition de ces lésions, on ne nota pas de symptômes subjectifs, ni objectifs nets d'un Basedow. Seulement, le métabolisme basal montra encore une augmentation de 53 o/o. L'auteur tâche d'expliquer ce myxœdème paradoxal (chez un sujet présentant de l'hyperthyroïdisme) par une hyperthyriose locale. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la cellule de Langerhans (Beitrag zur Frage des Langerhans-Zelle), par Rudolf BEZECNY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 1, 1931, p. 116, 9 fig.

Recherches histologiques sur la présence de la cellule de Langerhans dans différentes régions de la peau humaine, dans la peau du cobaye, du lapin, de la souris blanche et dans la muqueuse buccale, l'œsophage, le vagin, le gland, la cornée, la conjonctive. D'après Kreibich, la cellule de Langerhans se développerait par une aplasie physiologique des cellules épithéliales et c'est elle qui règle la circulation de la lymphe dans l'épithélium. L'auteur, en confirmant cette opinion, ajoute que la cellule de Langerhans est non seulement une forme physiologique des cellules cutanées, mais aussi des muqueuses. On la rencontre aussi chez l'animal. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la liquéfaction de l'épithélium (Ueber Epithelverflüssigung), par C. KREIBICH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. vol. CLXIV, cah. 1, 1931, p. 121, 4 fig.

L'auteur a constaté dans un cas de maladie de Bowen, sur une peau atrophique due à une radiodermite, dans le protoplasma des cellules épineuses profondes, des globules ronds acidophiles qui semblent provenir du noyau. Les comparaisons avec le zona font présumer qu'il s'agit d'une substance nucléolaire des noyaux en nécrobiose. Dans de nombreuses cellules des couches supérieures se trouve un véritable réseau de fibrine. Cette fibrine est due à la pénétration dans la cellule d'un plasma coagulable. En faveur de cette constatation parlent, dans différents processus, les formations globulaires dans la couche cornée. Ces formations globulaires remplissent la cellule épithéliale et sont entourées de la membrane cellulaire en transformation cornée. Les globules contiennent du plasma coagulé, la vraie fibrine, des leucocytes, des globules rouges et les restes du noyau de la cellule épithéliale. Le même contenu se rencontre aussi dans les espaces intercellulaires. L'auteur trouva le même épanchement superposé dans la papille et dans la couche cornée dans un fibrome plantaire.

OLGA ELIASCHEFF.

Parallèle entre la réaction hémoclasique de d'Amato et la réaction leucocytaire de Gouin et leur utilisation dans le diagnostic de la syphilis (Eine Parallele zwischen der hæmoklasschen Reaktion nach d'Amato und der Leukocytenreaktion nach Gouin sowie deren Verwertung bei der Diagnose der Syphilis), par A. DE VARGA. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 1, 1931, p. 127.

L'auteur a comparé la réaction hémoclasique de d'Amato avec la réaction leucocytaire de Gouin au point de vue de leur valeur pour le diagnostic de la syphilis. Il conclut :

La valeur pour le diagnostic de la syphilis de ces deux réactions est, en raison de leur moindre spécificité, sensiblement moins précieuse que celle de la réaction de Bordet-Wassermann.

V. n'est pas d'accord avec d'Amato et Fanton, ni avec Laczkas, qui considèrent la réaction hémoclasique comme une réaction spécifique et plus sensible que celle de Bordet-Wassermann, mais il ne rejette pas tout à fait cette réaction, comme le font Mucci et Lateri. L'auteur n'est pas non plus de l'opinion de Gouin et de ses collaborateurs qui considèrent la réaction leucocytaire comme plus sûre que les réactions sérologiques.

D'après ses recherches, il préfère la réaction hémoclasique à la réaction leucocytaire parce qu'elle est plus stable. En tout cas, les deux réactions — en utilisant l'anamnèse et le tableau clinique — doivent être considérées comme un signe assez sûr et elles peuvent être utilisées, vu leur simplicité, comme une épreuve d'orientation avant la réponse du résultat sérologique. OLGA ELIASCHEFF.

Les eczémas dus à l'idiosyncrasie alimentaire. Leur diagnostic, leur pathogenèse, leur transmission passive et leur thérapeutique (Alimentær-idiosynkrasisch bedingte Ekzeme. Ihre Diagnose, Pathogenese, passive Uebertragung und Therapie), par Erich URBACH et Paul FASAL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 1, 1931, p. 133, 21 fig.

Les recherches des auteurs tâchent de démontrer qu'il existe des eczémas chroniques dus à une idiosyncrasie alimentaire. Cette démonstration semble exacte par le fait que les auteurs ont pu obtenir : 1° la guérison d'un eczéma datant de 11 mois par la suppression du blanc d'œuf de la nourriture, ils l'ont obtenue par l'ingestion de doses longtemps prolongées de propeptone spécifique ; 2° par la provocation de poussées nouvelles, par l'ingestion d'œuf en supprimant la propeptone ; et 3° ils ont réussi à reproduire par transmission passive, avec le blanc d'œuf comme antigène, le tableau clinique et histologique d'une réaction eczémateuse.

Dans un nombre de cas, les auteurs n'ont pas obtenu de réactions eczémateuses par la transmission passive, mais des réactions tardives sous forme de papules et de halos inflammatoires. Ils tâchent de réunir les eczémas chroniques qui réagissent à l'ingestion ou aux injections intradermiques d'aliments par des réactions cutanées généralisées ou locales dans un sous-groupe sous la dénomination « d'eczémas nutritifs allergiques ». Ils distinguent cliniquement et étiologiquement trois groupes :

1° Les eczémas chroniques sans caractères cliniques spéciaux, dans lesquels on peut déjà démontrer par l'anamnèse les relations des lésions cutanées avec certains aliments. On peut par la suppression de ces ali-

ments obtenir des améliorations importantes des manifestations objectives et subjectives et les provoquer en introduisant de nouveau l'allergène nutritif. On obtient des améliorations allant jusqu'à la guérison par la thérapeutique spécifique. Mais les réactions cutanées tentées avec les aliments en question sont négatives.

2° Dans ce groupe rentrent certains cas de névrodermites diffuses montrent une hypersensibilité générale ou cutanée vis-à-vis de l'ingestion de l'allergène nutritif, et principalement une idiosyncrasie cutanée très prononcée vis-à-vis du blanc d'œuf. On peut influencer ces formes par une thérapeutique spécifique intradermique, mais non pas par la propeptone.

3° Ici prennent place certains eczémas des nourrissons et des enfants en bas âge qui correspondent cliniquement à l'eczématoïde de Rost, et sont spécialement caractérisés par des démangeaisons violentes. La peau de ces enfants réagit très souvent au blanc d'œuf, au lait et à la farine de froment. Ces formes s'améliorent sensiblement par des injections intradermiques de ces substances. L'étiologie de ces trois formes d'eczéma est très probablement une idiosyncrasie primaire vasculaire vis-à-vis d'un allergène alimentaire. Les auteurs considèrent les formes d'eczéma du premier groupe comme une hypersensibilité primitivement *intestinale*-vasculaire et les formes eczématoïdes exsudatives et exsudatives tardives comme une hypersensibilité *cutanée* vasculaire. Le fait qu'un dialysat, qui semble chimiquement désalbuminé, puisse produire les mêmes lésions cutanées qu'un antigène albumineux, amène les auteurs à la conclusion que l'expérimentation biologique dans les réactions allergiques est de beaucoup supérieure aux méthodes chimiques employées autrefois par les auteurs.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur le sarcome idiopathique pigmenté multiple de la peau (Kaposi) (Ueber das idiopathische multiple Pigmentsarkom der Haut (Kaposi), par Ludwig PHUR. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 1, 1931, p 167, 12 fig.

Observations cliniques et examen histologique de deux cas de sarcomatose de Kaposi. L'auteur considère la dernière comme une maladie hyperplasique du système réticulo-endothélial de la peau. Ce sarcome ressemble à une tumeur, mais il n'est pas un blastome. Histologiquement, il ressemble à l'hémangio-endothéliome décrit par Leber et il le compare avec les lésions leucémiques de la peau, car on y trouve des lésions tissulaires aleucémiques du système monocytaire et une parenté avec la lymphadénose cutanée.

OLGA ELIASCHEFF.

La poïkilodermie atrophique vasculaire de Jacobi est-elle une maladie autonome? (Ist die Poïkilodermia atrophicans vascularis Jacobi ein selbstændiges Krankheitsbild ?). par Richard GEIGER et Josef KONRAD. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 1, 1931, p. 189, 2 fig.

Observation et examen histologique d'un cas de poïkilodermie atrophique vasculaire de Jacobi chez un homme, âgé de 62 ans, qui se porte subjectivement très bien. Elle débuta à l'âge de 58 ans à la face interne des cuisses et gagna presque toute la surface cutanée (excepté une partie du dos, les mains et les pieds), y inclus la face, les paupières. Les muqueuses buccale et palatine sont prises. Les auteurs considèrent la poïkilodermie de Jacobi comme une maladie autonome, facile à différencier de la dermatomyosite. Ils ont obtenu de très bons résultats par le traitement avec les rayons-limites de Bucky. Ils ont pu observer histologiquement un certain temps après ce traitement la réapparition de fibres élastiques ou de fibrilles ressemblant au tissu élastique dans le corps papillaire de la peau préalablement atrophique. Les auteurs constatent ce fait sans en pouvoir donner une explication.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur les rapports de l'histamine avec l'inflammation. II. Preuve de l'augmentation d'une substance proche de l'histamine dans la peau inflammatoire du lapin (Ueber die Beziehungen des Histamins zur Entzündung. II. Der Nachweiss der Vermehrung eines histaminartigen Stoffes in der entzündeten Kaninchenhaut), par H. O. Loos. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIV, cah. 1, 1931, p. 199, 8 fig.

Travail expérimental sur les rapports entre l'histamine et l'inflammation. L'auteur a pu démontrer dans l'oreille normale et inflammatoire du lapin la présence d'une substance qui provoque des contractions de l'intestin isolé du cobaye. Cette substance se trouve augmentée dans le tissu inflammatoire. Elle est dans les oreilles du lapin huit fois plus grande dans les inflammations séro-exsudatives expérimentales. Cette substance est considérée comme un corps proche de l'histamine, parce qu'elle peut produire comme l'histamine des contractions de l'intestin isolé du cobaye ; ces contractions présentèrent dans 12 cas des courbes de contraction du même type que celles de contrôle par l'histamine. Dans les inflammations avec suppuration cette substance est sensiblement augmentée (40 fois plus). Elle semble provenir des cellules tissulaires locales, mais principalement des cellules inflammatoires parmi lesquelles la première place revient aux leucocytes à noyaux polymorphes.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur des lésions cutanées prurigineuses observées chez deux allemands du sud du Mexique, porteurs d'Onchocerca, avec une étude résumée des dermatoses dues à l'infection par l'Onchocerca. Essais sur la valeur, pour le diagnostic, de la réaction cutanée avec un antigène d'Onchocerca (Ueber juckende Hauterscheinungen bei zwei deutschen Onchocerca-Frægern aus Südmexico. Nebst einer Zusammenfassung über die auf Onchocerca-Infektion bezogenen Dermatoses und Versuche über den diagnostischen Wert der Cutanreaktion mit Onchocerca Antigen), par F. FÜLLEBORN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLIV, cah. 1, 1931, p. 216, 15 fig.

Bibliographie et deux observations cliniques, histologiques, accompagnées d'essais sur la réaction avec l'antigène d'onchocerca dans les dermatoses dues à l'infection par ce parasite. Les microfilaires des onchocercas adultes qui se trouvent dans des nodules fibromateux de la peau (on en distingue une forme ouest-africaine *O. volvulus* et une *O. cæcutiens Guatemalas* et *Maxikas*) se trouvent dans le tissu conjonctif de la peau. On leur a attribué des rapports avec beaucoup de dermatoses.

Les cas de l'auteur concernent deux Allemands atteints de *O. cæcutiens* du Mexique et de prurit. Un de ces malades fut aussi atteint d'une « xérodermie » prononcée. Ces manifestations sont considérées par plusieurs auteurs, ce qui est contesté d'ailleurs par d'autres, comme la conséquence fréquente d'une infection par l'*O. volvulus*. Elles n'ont pas encore été mentionnées chez les porteurs de l'*O. cæcutiens*. Mais vu le nombre restreint des cas, il n'est naturellement pas pour le moment possible de dire s'il ne s'agit pas d'un hasard.

L'histologie dans un des cas fut presque normale pour la peau microscopiquement saine et pour un point ne comportant que de rares microfilaires d'*O. cæcutiens*. La peau du sujet atteint de « xérodermie » contenait une grande quantité de microfilaires et une infiltration cellulaire péri-valculaires très prononcée, comme dans les cas à *O. volvulus*. Les lésions cutanées étaient encore plus développées chez un enfant originaire des Indes porteur depuis des années d'*O. cæcutiens*.

Les résultats de ces examens semblent démontrer que la longue présence de nombreux *Onchocerca*-microfilaires dans la peau y peut produire des lésions histologiques. L'auteur apporte aussi les résultats des réactions cutanées avec un antigène préparé avec *O. cæcutiens*. Ces réactions furent positives : apparition de papules typiques non seulement dans les deux cas d'*O. cæcutiens*, mais aussi sur la peau de sujets sains sensibilisés vis-à-vis de *Strongyloides stercoralis* et *Ascaris*. On ne peut donc pas utiliser cette épreuve pour le diagnostic de l'onchocerca.

OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Trophœdème chronique et nævus variqueux ostéo-hypertrophique (Chronisches Trophœdem (Nonnesche-Milroysche, Meigesche Erkrankung) und Nævus varicosus ostéo-hypertrophicus (Klippel et Trenaunay) (Hemangiectasia hypertrophicans, Parkes Weber)), par L. KUMER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 3, juill. et 1932, p. 120.

Un malade de 40 ans présente depuis l'âge de 11 ans des accidents qui se résument ainsi : état éléphantiasique des deux membres inférieurs, tuméfaction considérable des mains, allongement (3 centimètres) du membre inférieur droit, varices des deux cuisses, vaste nævus asymétrique occupant le quart de la surface du tronc.

A son propos, K. commence par rappeler les syndromes éléphantia-

siques familiaux et congénitaux décrits par Nonne, Milroy, le trophœdème de Meige caractérisé par son apparition à la puberté, et reproduit la classification de Courtellemont. Puis, il rapproche ces faits de ceux qui ont été décrits par Klippel et Trenaunay et par Parkes Weber, ainsi que d'un certain nombre de cas antérieurs comparables, disséminés dans la littérature. Tous ces faits sont plus ou moins caractérisés par l'association de vastes hémo- et lymphangiomes plus ou moins variqueux, à des anomalies osseuses hypertrophiques. Toutefois, contrairement au cas type dit de Parkes Weber, dans le malade de K., l'angiome cutané n'était pas latéralisé. K. rappelle qu'il a été publié quelques faits où des altérations angiomateuses et hypertrophiques frappaient les deux extrémités inférieures.

En résumé, les lésions angiomateuses peuvent être associées à celles du trophœdème. CH. AUDRY.

Sur la clinique et le traitement de la sclérodactylie, sclérodermie progressive, acrosclérose (Zur Klinik und Therapie der Sklerodactylie, progressive Sclerodermie (Akrosklerose), par J. SELLEI. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 3, juillet 1932, p. 138.

Revenant sur ses travaux antérieurs relatifs au traitement des sclérodermies, S. formule à nouveau son opinion : il faut distinguer les sclérodermies diverses, partielles ou généralisées, du type sclérodermie progressive, sclérodactylique qu'il sépare nettement de tous les autres, et qu'il désigne sous le nom d'acrosclérose. Celle-ci est définie par son début sur les extrémités, sa symétrie, la constance des phénomènes vaso-moteurs, les troubles de la sensibilité, les lésions atrophiques. On n'y trouve jamais de vraies altérations sclérodermiques sous forme de territoires indurés ; jamais l'acrosclérose ne se combine à la poïkilodermie, ni à l'acrodermatite atrophiante, jamais de gangrène comme dans le Reynaud, etc. Enfin, on ne l'observe jamais chez les enfants.

La thérapeutique par les ferments pancréatiques si souvent efficace en cas de sclérodermie n'a guère d'action sur l'acrosclérose, qui doit être considérée comme une angio-tropho-neurose par lésion centrale du système neuro-végétatif, tandis que la sclérodermie vraie est une maladie de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané. Dans cette dernière, c'est au pancréas (en tablettes) et à l'insuline simultanés qu'il faut recourir. CH. AUDRY.

Traitement de la blennorragie par le vaccin de gonocoques vivants (Zur Behandlung des Gonorrhœ mit Gonokokkenlebendvakzine), par W. EDEL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 3, juillet 1932, p. 166.

Loeser a conseillé l'usage d'un vaccin antiblennorragique avec gonocoques vivants. E. a contrôlé cette méthode déjà étudiée par d'autres auteurs. Il injecte de 50 à 120 millions de gonocoques en injections intrafessières. Il conseille du reste d'associer ce traitement aux méthodes locales (contrairement à Loeser). Les résultats observés ne laissent pas

de doutes sur l'action utile de la méthode, mais ne sont pas sensiblement supérieurs à ceux obtenus par les autres méthodes, ni chez l'homme, ni chez la femme. CH. AUDRY.

Réaction épidermique par la tuberculine dans les tuberculoses et tuberculides cutanées (avec remarques sur les propriétés immun-biologiques de la peau dans la tuberculose de la peau) (Ueber eine epikutane Tuberkulinreaktion bei Hauttuberkulosen bzw. Tuberkuliden (Zugleich ein Beitrag zur immunbiologischen Sonderstellung der Haut bei Hauttuberkulose), par E. NATHAN et P. KALLOS. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 3, juillet 1932, p. 146.

L'application pendant 24 heures, sur l'épiderme, d'un lambeau de gaze imbibé de tuberculine, détermine après 36 ou 48 heures l'apparition d'une réaction eczématoïde plus ou moins violente, qui ne se réalise que chez les individus porteurs de tuberculoses ou de tuberculides cutanées. Elle y est à peu près constante. Elle ne se produit pas chez les sujets tuberculeux (pulmonaires ou autres) qui ne portent point de tuberculose de la peau. Il existe donc chez ces derniers malades une sensibilité spéciale à la tuberculine, capable d'engendrer une réaction eczématoïde. La peau de ces malades possède donc des propriétés particulières à ce point de vue. Ces faits ont une signification théorique et pratique très intéressante quand il s'agit de différencier certaines tuberculoses de la peau. CH. AUDRY.

Emploi d'antigènes lipoïdes dans le séro-diagnostic de la blennorragie (Anwendung der Lipoïden Antigen in der Serodiagnostik der Gonorrhœ), par A. KASAKOFF et S. TSCHUGUGERVA. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXIV, f. 3, juillet 1932, p. 162.

Il faut substituer les antigènes lipoïdes aux antigènes aqueux dans le séro-diagnostic de la blennorragie, ces derniers étant labiles.

CH. AUDRY.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur l'Ulcus rodens pigmenté (Zur Kenntniss des Ulcus rodens pigmentosum), par L. KUMER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 27, 2 juillet 1932, p. 965 (4 fig.).

2 cas de vaste *ulcus rodens* développés depuis une vingtaine d'années chez 2 vieillards de 69 et 66 ans, dans la région axillaire et axillo-thoracique. Les lésions, tout à fait torpides, largement étendues, plus ou moins lupoïdes, étaient surtout remarquables par l'existence de cellules pigmentées répandues tantôt dans la nappe de basaliome, tantôt dans des alvéoles cylindromiformes. K. relate un certain nombre d'observations antérieures et semblables. K. adopte l'opinion de B. Bloch et de Kreibich pour qui les dendrites pigmentées répondent les unes aux cellules de Langerhans, les autres aux mélanoblastes, sans qu'on doive en admettre l'unicité, comme le soutient Masson : les mélanoblastes étant

chargés de la fonction pigmentaire et les cellules de Langerhans réglant la circulation lymphatique de l'épiderme. CH. AUDRY.

Le chlorylène comme anesthésique d'inhalation dans les interventions sur la peau de la face (Chlorylen als Inhalationanæstheticum bei Eingriffen au der Gesichtshaut), par P. KELLER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 27, 2 juillet 1932, p. 973.

Le chlorylène possède la propriété d'amener rapidement une anesthésie durant plusieurs minutes et s'exerçant dans la sphère du trijumeau. Il s'emploie en inhalations de 20 à 25 gouttes étendues sur une compresse devant le nez et la bouche. L'inhalation dure 2 à 3 minutes, et l'anesthésie survient aussitôt. L'anesthésie laisse après elle une diminution de la sensibilité qui persiste plusieurs heures, et elle peut être renouvelée jusqu'à 3 fois par jour (10 à 15 gouttes chaque fois). Cet anesthésique, outre les avantages qu'il présente contre les manifestations douloureuses de la zone du trijumeau, peut faciliter notablement les opérations de chirurgie esthétique. Il faut seulement éviter l'accoutumance et l'habitude. CH. AUDRY.

Sur l'embolie médicamenteuse de la peau après injection intramusculaire de bismogénol (Beitrag zur Kenntnis der Embolia cutis medicamentosa nach intramuskulæren Bismogenolinjektionen), par C. MONCORPS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 27, 2 juillet 1932, p. 976 (7 fig.).

3 observations personnelles, conformes aux descriptions antérieures : accidents purpuriques, urticariens, lividineux. Début après une seconde injection, douleur précoce, etc. Cette embolie médicamenteuse bismuthique, qui a été souvent et bien étudiée, doit être bien distinguée des accidents locaux vulgaires (abcès, etc.) ; ces derniers sont d'un aspect différent, aboutissant à de la myosite kystique, etc. Tandis que dans les cas étudiés, il existe des accidents rappelant un œdème anaphylactique. On peut arriver à les éviter, en ayant soin de n'employer que de très petites doses quand on renouvelle l'injection.

CH. AUDRY.

Paraffinome du pénis et sa cause (Paraffinome des männlichen glüdes und ihre Bewiggrunde), par F. MARQUARDT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 27, 2 juillet 1932, p. 982 (1 fig.).

Un homme de 52 ans avait lu un livre où l'on parlait de l'augmentation artificielle du pénis (et des seins de femme), par l'injection de paraffine. En juin 1931, un pharmacien de Berlin lui injecta sous la peau du pénis 20 grammes d'huile de paraffine. 4 mois plus tard, le pénis était volumineux, violet, dur comme un cartilage de l'oreille, semé de fistulettes. La masse de paraffine qui avait épargné l'urèthre et les caverneux, s'était répandue jusque dans le scrotum.

Au microscope : œdème, nécrose, hémorragie, etc. Thérapeutique sans résultat.

M. rappelle des cas semblables de Morestin, etc.

Il est à noter que ces malformations avaient pour cause des désirs de sexualité augmentés, etc. Mais dans aucun des cas, les sujets ne purent avoir de nouveaux rapports sexuels. CH. AUDRY.

Sur la nature allergique de l'eczéma des boulangers (Beitrag zur Frage der allergischen Natur des Bæckerekzems), par E. ZITZKE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 28, 9 juillet 1932, p. 1009 (2 fig.).

Travail fort intéressant sur un sujet insuffisamment connu en France. Après un historique détaillé, Z. donne le résultat de ses recherches d'après 98 cas d'eczéma des boulangers. Je me borne à en résumer les conclusions, en recommandant la lecture de l'article original. Il comporte une série de recherches résumées en des tableaux qu'on ne peut reproduire ici. D'une manière générale, on doit considérer l'eczéma des boulangers comme une dermatose allergique qui se produit tantôt du fait d'une prédisposition héréditaire, tantôt du fait de mauvaises conditions.

La cause la plus habituelle doit être cherchée dans l'action des « améliorants » de la farine, et spécialement du persulfate d'ammonium, celui-ci agissant tantôt immédiatement, tantôt par l'intermédiaire de protéines de la farine. Mais l'allergie peut être mise en œuvre par d'autres substances telles que les levures, etc., et dans bon nombre de cas, l'hypersensibilité n'est pas seulement monovalente, mais aussi polyvalente.

Du reste, quoique très rarement, il existe une hypersensibilité à la farine seule.

Parmi les eczémas des boulangers, il en est un certain nombre qui doivent être restitués aux dermatomycoses.

Dans tous les cas, il faut donc procéder à la recherche des épreuves spécifiques. La thérapeutique comporte l'usage des topiques, la désensibilisation, l'arrêt temporaire de la profession, etc.

Avant tout, prophylaxie comportant l'exclusion des substances irritantes, etc. CH. AUDRY.

Intoxication arsenicale en masse après usage de vin à bord de bateaux (Ueber eine Massenarsenvergiftung nach Weingenuss au Bord), par C. TROPP et G. RAUCH. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nº 28, 9 juillet 1932, p. 1023 (6 fig.).

Les auteurs font mention de quelques épidémies antérieures observées après usage de vin ou de bière. Eux-mêmes ont eu l'occasion de soigner 6 matelots français atteints d'arsenicisme dû à l'usage du vin, et au moment où une épidémie semblable était observée au Havre, sur 300 matelots.

Les accidents cliniques : exanthèmes, scarlatiniformes ou vésiculeux, prurits, mélanodermies, hyperkératoses palmaires et plantaires, etc., étaient conformes aux descriptions habituelles. Traces nota-

bles d'arsenic dans les produits cornés, etc. En outre des troubles paresthésiques, il existait un larmoiement précoce. Pas d'accidents paralytiques graves ; pronostic relativement bénin. CH. AUDRY.

Sur le léiomyome de la peau (Zur Kenntnis und Histologie der Leiomyoms der Haut), par P. PHOTINOS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 29, 16 juillet 1932, p. 1053 (2 fig.).

Leiomyome de la cuisse droite, datant de 10 ans chez une femme de 29 ans ; depuis 5 ans, autre tumeur semblable de l'avant-bras droit. L'examen histologique mentionna la présence de granulations d'hémosidérine et l'origine vasculaire sanguine du néoplasme.

CH. AUDRY.

Traitement de la lymphogranulomatose inguinale par l'antigène spécifique (Zur Behandlung der Lymphogranulomatosis inguinalis mit spezifischem Antigene), par J. GAY PRIETO. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 29, 16 juillet 1932, p. 1056 (4 fig.).

P. a utilisé les injections intraveineuses d'un antigène fait du pus stérilisé, filtré ou non, ou d'un ganglion broyé, dilué dans l'eau salée et filtrée. Dans le premier cas, syndrome inguinal, rectal dans le second. L'action a été efficace et violente, surtout avec l'antigène non filtré. La réaction fébrile, très violente au début, diminue et reprend son intensité si on espace les injections. Il y a une désensibilisation partielle indépendante de l'évolution clinique. La réaction allergique cutanée n'est pas parallèle à la réaction générale. L'action a été fort utile dans le cas de rectite débutante. CH. AUDRY.

Les bandes transversales des ongles des doigts colorées comme la lunule (Die lunulafarbenen Querbænder an den Fingernægel), par W. KRANTZ. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 30, 23 juillet 1932, p. 1081 (3 fig).

Les accidents se sont produits chez un homme de 26 ans, après tentative d'empoisonnement par une pâte raticide au thallium. On a déjà signalé un petit nombre de phénomènes pareils, mais K. en a rencontré 2 autres cas dus, non pas au thallium, mais à un traitement radiothérapique. Enfin, on en a relaté de semblables après des pyrexies graves, et aussi après d'autres intoxications (arsenicales).

CH. AUDRY.

Actas dermo-sifiliograficas (Madrid).

Uu cas curieux de phagédénisme tertiaire (Un caso curioso de serpiginismo terciario), par J. FERNANDEZ DE LA PORTILLA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 24e année, n° 9, juin 1932, p. 529.

Une ulcération phagédénique occupant la face interne du prépuce, le sillon balano-préputial et le gland, ne présente à l'examen microscopique ni tréponèmes, ni bacilles de Ducrey. Les réactions sérologiques sont négatives ainsi que les intradermo-réactions au Dmelcos et à la

tuberculine. Le néosalvarsan, le Dmelcos, la tuberculine échouent successivement. Par contre, l'iodure de potassium donne rapidement une amélioration notable. Une cure arsenicale achève la cicatrisation.

L'absence d'adénopathies et de manifestations secondaires, la négativité des réactions sérologiques permettent à l'auteur de conclure que, si la syphilis n'est pas douteuse, il s'agit d'un phagédénisme tertiaire, arséno-résistant au début. J. MARGAROT.

Un cas d'oléomes avec kystes dermiques (Un caso de oleomas con quistes dérmicos), par A. NAVARRO MARTIN. *Actas dermo-sifiliograficas*, 25e année, nº 9, juin 1932, p. 531, 7 fig.

La production de tumeurs artificielles par injection sous-cutanée d'une huile végétale est moins fréquente que celle de paraffinomes ou de vaselinomes. A. N. M. en a observé trois cas.

Dans le dernier qu'il a pu voir, il trouve sur les tumeurs profondes faites de plaques dures et violacées, de petits nodules jaunâtres, hémisphériques, dont la grosseur varie de celle d'un grain de chènevis à celle d'un grain de blé et qui donnent, soit par ouverture spontanée, soit par ponction, un liquide jaune rosé. Ces nodules sont saillants, mais peuvent ne présenter aucun relief à d'autres moments.

En d'autres régions, on trouve sur des éléments tumoraux larges, durs et violacés, des points jaunâtres, dépressibles, ayant la consistance, la teinte et le volume des lupomes.

Il s'agit de kystes dermiques du type de ceux qui ont été décrits par Favre et Civatte.

La structure histologique des lésions est tuberculoïde, assez semblable à celle d'un granulome consécutif à l'introduction d'un corps étranger.

On ne trouve chez le malade aucun indice de tuberculose ou de syphilis en activité. Il existe une légère diminution des lipases sanguines associée à une augmentation des lipides totaux du sang.

L'auteur admet une insuffisance lipolytique tissulaire, empêchant la digestion de l'huile et ayant pour conséquence un phénomène de défense inflammatoire et fibro-conjonctive, de même type que celui que détermine l'introduction d'un corps étranger.

J. MARGAROT.

Chéloïdes multiples consécutives à des injections intradermiques de tuberculine (Queloïdes múltiples consecutivos a inyecciones intradérmicas de tuberculina), par J. MUNICZURI GALINDEZ. *Actas dermo-sifiliograficas*, 24e année, nº 9, juin 1932, p. 539, 2 fig.

Un malade, atteint de lupus tuberculeux, présente de l'hypersensibilité vis-à-vis de divers médicaments et, en particulier, des sels d'or.

A la suite d'un traitement par des injections intradermiques de tuberculine, apparaissent de petites chéloïdes dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une amande.

Une biopsie confirme la nature chéloïdienne de ces petites tumeurs et la cicatrice consécutive présente elle-même un caractère chéloïdien.

La calcémie est normale.

L'auteur remarque que seules les injections de tuberculine faites à des doses élevées sont suivies de chéloïdes chez ce malade, tandis que les doses faibles ou les irritations légères ne donnent rien. Il conclut que les chéloïdes ne doivent pas être considérées comme une réponse spécifique à la tuberculine, mais comme une conséquence de l'irritation persistante déterminée par cette tuberculine à cause de l'allergie intense du malade.

J. MARGAROT.

La calcémie dans les dermatoses (La calcemia en las dermatosis), par José Luis CARRERA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 24e année, n° 9, juin 1932, p. 543.

Les différents auteurs qui ont étudié la calcémie dans les maladies cutanées ont apporté des résultats déconcertants. Ils trouvent, suivant les cas, de 3 à 30 milligrammes pour 100 centimètres cubes de sérum sanguin, alors que dans les processus pathologiques paraissant le plus liés à des troubles du métabolisme du calcium, la calcémie ne varie que dans des proportions beaucoup plus faibles.

J. L. C. a repris cette étude, en utilisant la méthode de Clark et Collip. Il considère comme normaux les chiffres qui oscillent entre 9 et 11 milligrammes o/o.

Il résulte de ses nombreuses déterminations qu'une seule dermatose, la sclérodermie, présente une légère hypercalcémie. Encore fait-il remarquer que cette modification n'est pas constante, mais simplement fréquente.

L'éléphantiasis s'accompagnerait également d'une légère augmentation du taux du calcium sanguin, mais le fait ne pourra être affirmé qu'après de nouveaux examens.

L'auteur n'a pu vérifier la constance de la calcémie notée par quelques auteurs dans les chéloïdes.

Il estime que dans les autres dermatoses il n'existe aucune formule de calcémie. Celle-ci est en général normale et ses faibles variations ne peuvent être mises sur le compte de la maladie cutanée.

J. MARGAROT.

Pemphigus foliacé guéri temporairement (cas clinique) (Penfigo foliaceo curado temporalmente), par E. ALVAREZ SAINZ DE AJA et M. FORNS CONTERA. *Actas dermo-sifiliograficas*, 24e année, n° 9, juin 1932, p. 549.

Un malade atteint de pemphigus foliacé de forme particulièrement sévère a été traité par la méthode de Lesczynski (administration buccale d'un gramme de quinine par jour et injections intraveineuses quotidiennes ou faites tous les deux jours de 5 à 10 centimètres cubes d'une solution d'urotropine à 40 o/o), associées à l'arsénothérapie (Kromayer), à la radiothérapie sympathique (Covisa et Bejarano) et à la ponction

lombaire). Les lésions ont cicatrisé. Le malade, qui était un vrai moribond avant le traitement, a pu se lever.

Une récidive s'est produite quelque temps après.

J. MARGAROT.

The New England Journal of Medecine (Boston).

Maladie de Raynaud. Etude des cas opérés concernant l'étiologie et l'efficacité de la glanglionectomie sympathique (Raynaud's disease. Studies of post-operative cases bearing on the etiologie of the disease and the efficiency of sympathetic ganglionectomy, par WHITE. *The New England Journal of Medecine*, 9 juin 1932, p. 1198.

Étude des résultats obtenus par l'intervention chirurgicale dans 6 cas de maladie de Raynaud. La résection des deux ganglions dorsaux supérieurs ou des 2e, 3e et 4e lombaires a donné dans tous les cas une paralysie immédiate du tonus sympathique. La paralysie vaso-motrice consécutive à la résection des ganglions lombaires a été définitive ; l'opération dorsale n'a donné que des résultats temporaires : les fonctions vaso-motrices se sont rétablies dans plus de la moitié des cas après 5 à 6 mois entraînant le retour de tous les symptômes, douleurs, asphyxie, ulcérations, etc. Lorsque les nerfs régénérés étaient sectionnés à nouveau ou inhibés par la novocaïne, les symptômes disparaissaient à nouveau.

La résection des deux ganglions dorsaux supérieurs est donc insuffisante pour amener une paralysie vaso-motrice permanente du bras. Il est nécessaire de réséquer aussi le ganglion cervical inférieur. Le résultat est alors aussi constant et permanent qu'au membre inférieur.

Les cas avancés avec ulcérations anciennes et modifications sclérodermiques ne guérissent pas complètement après la paralysie vaso-motrice.

S. FERNET.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Le triéthanolamine ; une adjonction à la thérapeutique dermatologique (Triethanolamine ; an adjunct to dermatologic therapy), par MAYNARD. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXV, n° 6, juin 1932, p. 1041.

La triéthanolamine est un liquide visqueux, incolore, à odeur légèrement ammoniacale, soluble dans l'eau. Très hygroscopique, la triéthanolamine absorbe deux fois plus d'eau que la glycérine et peut, par conséquent, servir d'agent dessicant. Elle émulsionne les graisses et a la propriété de pénétrer les matières organiques mieux que tous les autres véhicules employés en dermatologie. C'est pour cette raison qu'on l'emploie comme solvant des acides salicylique et benzoïque dans la formule de Whitfield pour le traitement des épidermomycoses. On peut aussi formuler pour ces mêmes affections : iode 4, triétha-

lamine 2, graisse d'oie quantité suffisante pour 30. Combinée à l'huile de cade, la triéthanolamine donne une bonne préparation contre la séborrhée du cuir chevelu. S. FERNET.

Le métabolisme du sucre sanguin dans certaines dermatoses (Blood sugar metabolism in certain dermatoses), par STRICKLER et ADAMS. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 1, juillet 1932, p. 1.

S. et A. ont dosé le sucre sanguin dans de nombreux cas d'acné, de séborrhée, de psoriasis, de mycoses. Sauf dans des cas exceptionnels, le taux de la glycémie a été trouvé normal. Les poussées d'acné ou de psoriasis ne s'accompagnent pas non plus de troubles du métabolisme du sucre. S. FERNET.

Le traitement du lichen plan par les injections intramusculaires de salicylate de bismuth (The treatment for lichen planus with intramuscular injections of bismuth salicylate in oil), par GROSSMAN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 1, juillet 1932, p. 46.

G. a guéri 14 cas sur 15 de lichen plan par des injections intramusculaires d'une solution huileuse de salicylate de bismuth : 0,10 centigrammes une fois par semaine. S. FERNET.

Etude du cholestérol et de la lécithine dans les maladies de la peau (Cholesterol and lecithin studies of skin diseases), par ROSEN et KRASNOW. *Archives of Dermatology and Syphilologie*, vol. XXVI, n° 1, juillet 1932, p. 48.

Le taux de la cholestérine du sang tend à être élevé dans les dermatoses, en particulier dans les cas de xanthome, de névrodermite, de lipome, de maladie de Recklinghausen, de mycoses unguéales. Les chiffres les plus bas ont été relevés dans des cas d'acné, de pelade, de furonculose.

Le taux de la lécithine tend lui aussi à être élevé dans les dermatoses telles que la maladie de Recklinghausen, les mycoses unguéales, les éruptions artificielles. Il est le plus bas dans l'acné, la furonculose, le psoriasis. S. FERNET.

Le traitement du lupus vulgaire par le pyrogallol suivant la méthode de Veiel (Lupus vulgaris ; treatment with pyrogallol according to the method of Veiel), par BROERS. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 1, juillet 1932, p. 69, 5 fig.

B. rappelle une vieille méthode de traitement du lupus qui lui donne d'excellents résultats. Il emploie un mélange de 10 grammes de pyrogallol et de 90 grammes de vaseline additionné, si c'est nécessaire, de 1 ou 2 o/o de novovaïne. Les applications bi-quotidiennes de cette pommade sous pansement sont très douloureuses, occasionnent de fortes réactions, voire même des ulcérations plus étendues que l'affection primitive. Mais le pyrogallol a une action élective sur les lésions lupiques : leur destruction est complète et les cicatrices aussi esthétiques

que possible. Ce traitement a l'avantage d'être économique, mais il est difficile de le faire accepter par les malades. S. FERNET.

Erythème noueux ; sa nature et son étiologie (Erythema nodosum ; character and etiology), par MOON et STRAUSS. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 1. juillet 1932, p. 78, 1 fig.

Dans trois cas d'érythème noueux, M. et S. ont réussi à isoler des lésions par culture des produits de raclage des fragments excisés un organisme, le *Corynebacterium*, qu'ils croient être l'agent spécifique de cette affection. Dans l'un des cas cet organisme a pu aussi être cultivé dans le sang. Le *Corynebacterium* se rapproche par ses caractères d'un micro-organisme déjà décrit dans l'érythème noueux par Rosenow. S. FERNET.

Le traitement des verrues vulgaires par les injections intramusculaires de salicylate de bismuth (Verrucae vulgares, palmar and plantar; treatment by intramuscular injections of bismuth salicylate), par S. LURIE. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 1, juillet 1932, p. 95.

L. a guéri 34 cas de verrues palmaires ou plantaires de l'adulte et de l'enfant par des injections intramusculaires de salicylate de bismuth. L'amélioration se manifeste dès la première injection ; lorsqu'après 2 ou 3 semaines, on constate un arrêt dans la régression des verrues, on doit pratiquer une deuxième et, au besoin, une troisième injection. S. FERNET.

Cheveux tordus (Twisted hairs. Pili torti), par RONCHESE. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 1, juillet 1932, p. 98.

Il s'agit d'un cas fort rare de cheveux aplatis, tordus plusieurs fois sur leurs axes et cassés à une distance variant de quelques millimètres à 4 ou 5 centimètres. Cette malformation correspond à des cas déjà décrits en 1925 par Danforth. S. FERNET.

Les mélanomes cutanés (Cutaneous melanomas), par FARRELL. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 1, juillet 1932, p. 110.

Les nævocarcinomes sont traités à la clinique Mayo uniquement par la chirurgie, la radio- et la radiumthérapie. Les statistiques accusent une mortalité de 95 o/o. Le seul moyen recommandé pour réduire cette mortalité est de pratiquer l'ablation précoce de tous les nævi exposés à des traumatismes. (La diathermo-coagulation et l'électrolyse paraissent être complètement ignorées.) S. FERNET.

Eruption causée par la phénolphtaléine (Phenolphtalein eruption), par NOVY. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 1, juillet 1932, p. 125.

A l'occasion d'un cas observé, N. signale qu'en dehors des éruptions érythémateuses ou ortiées, la phénolphtaléine peut donner lieu à une

éruption du type érythémato-pigmenté fixe ressemblant à celles de l'antipyrine, de l'arsénobenzol ou de l'amidopyrine.

S. FERNET.

L'acrodynie juvénile (Juvenile acrodynia), par CRAWFORD. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, nº 2, août 1932. p. 215, 4 fig.

Étude de l'acrodynie comprenant un aperçu bibliographique et la description de 11 cas suivis personnellement. S. FERNET.

Lymphogranulomatose inguinale ou maladie de Durand-Nicolas-Favre (Lymphogranulomatosis inguinalis or Durand-Nicolas-Favre disease), par ZAKON. *Archives of Dermatologie and Syphilology*, vol. XXVI, nº 2, août 1932, p. 238, 4 fig.

Revue générale à l'occasion de trois observations personnelles.

S. FERNET.

Le neurotropisme du Tréponème pâle (Neurotropism of Spirochæta pallida), par RAIZISS et SEVERAC. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, nº 2, août 1932, p. 271, 4 fig.

On sait que le tréponème pâle ne se fixe pas dans le système nerveux du lapin ; alors même qu'il est inoculé directement dans le cerveau de cet animal, il ne s'y maintient pas plus de quelques heures ; l'infection générale se développe, mais aucun tréponème ne peut être décelé dans le cerveau ni dans le liquide céphalo-rachidien.

Des expériences récentes ont montré, par ailleurs, que la souris et le rat, considérés jusqu'à présent comme réfractaires à la syphilis, pouvaient en réalité être aisément infectés mais que cette infection restait asymptomatique, inapparente. Il est probable qu'elle est due au virus infra-visible ; celui-ci se fixe chez la souris dans tous les viscères et aussi dans le cerveau, comme en témoignent les inoculations d'organes faites à des lapins et positives dans 87 o/o des cas.

R. et S. ont reproduit avec succès les expériences de Schlossberger qui montrent que les tréponèmes qui ont séjourné dans le cerveau de la souris ont acquis la faculté de pénétrer, de se maintenir et de se développer dans le cerveau du lapin ; ayant été neurotropes chez la souris, ils le restent chez le lapin. Lorsqu'un fragment de cerveau de souris est transplanté dans le scrotum du lapin, l'infection se développe chez celui-ci et, de plus, la présence de tréponèmes dans le cerveau peut être démontrée par une réinoculation de la matière cérébrale à des lapins sains.

La conséquence pratique de cette constatation, c'est que le lapin pourra dorénavant être utilisé pour l'expérimentation des produits antisyphilitiques au point de vue de leur action sur la syphilis nerveuse.

S. FERNET.

Angiomes multiples héréditaires, maladie de Goldstein ou de Rendu-Osler-Weber (Hereditary multiple telangiectasia, Goldstein's heredofamilial angiomatosis with familial hemorrhages or Rendu-Osler-Weber's diseaûse), par GOLDSTEIN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 2, août 1932, p. 282, 7 fig.

Revue générale et plus de 150 indications bibliographiques sur cette variété d'angiomes multiples, héréditaires et familiaux de la face, des fosses nasales et de la bouche qui sont cause d'hémorragies rebelles et répétées, bien connues des laryngologistes. S. FERNET.

Coloration du tréponème pâle sur les frottis par la solution alcoolique de nitrate d'argent (Staining of spirochæta pallida in smears by alcoholic silver nitrate), par BOTHE et DAVENPORT. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXVI, n° 2, août 1932, p. 309, 1 fig.

La méthode de coloration des frottis, proposée par B. et D., est dérivée de celle qui est utilisée pour colorer les fibres nerveuses. L'avantage des solutions alcooliques de nitrate d'argent est dans l'ionisation moins active d'où réduction moins rapide par le pyrogallol et coloration plus facile à contrôler.

Les réactifs nécessaires sont les suivants : 1° un mélange à parties égales d'alcool absolu et d'éther éthylique anhydre ; 2° une solution à 2 o/o de celloïdine dans la solution précédente ; 3° une solution alcoolique de nitrate d'argent : 10 grammes de nitrate d'argent dissous dans 10 centimètres cubes d'eau distillée et additionnés de 90 centimètres cubes d'alcool éthylique à 95° ; 4° solution réductrice : 3 grammes de pyrogallol dissous dans un mélange de 95 centimètres cubes d'alcool à 95° et 5 centimètres cubes de formol à 40 o/o.

On plonge le frottis à colorer dans la solution de celloïdine pendant quelques secondes et on laisse la solution sécher sur la préparation qu'elle doit soigneusement recouvrir. On place ensuite la lame pour 4 heures dans la solution alcoolique de nitrate d'argent. La réduction est opérée dans la solution de pyrogallol pendant 1 à 2 minutes. On lave ensuite à l'alcool à 95° puis, plusieurs fois, à l'eau distillée. Cette coloration peut être complétée par un passage dans une solution de chlorure d'or à 0,2 o/o puis dans de l'hyposulfite de soude à 10 o/o. Pour terminer, la préparation est déshydratée progressivement, la couche de celloïdine est enlevée au moyen de l'alcool-éther.

Les tréponèmes apparaissent aussi nettement que sur les coupes après imprégnation argentique. S. FERNET.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Sur un cas de mycosis fongoïde avec localisations dans les organes internes, par Emilio CECCHERI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 2, juillet 1932, p. 137, 4 fig. Bibliographie.

Dans une première partie de ce travail, l'auteur étudie les caractéristiques histo-pathologiques du mycosis fongoïde et expose les différentes théories par lesquelles on a voulu les interpréter. Un des points les plus discutés est celui des rapports entre les localisations cutanées et les localisations viscérales, ces dernières, qui étaient autrefois considérées comme très rares, étant apparues depuis quelques années plus fréquentes.

C. montre que, parmi les éléments constitutifs des tumeurs du mycosis fongoïde, un de ceux qui ont le plus attiré l'attention, ce sont les *grosses cellules mononucléées*, qui apparaissent comme un *élément nouveau*, que l'on ne rencontre pas dans le sang, ni localement dans le tissu normal. Si bien qu'on a voulu considérer ces cellules comme un élément spécifique du mycosis fongoïde et que certains les ont dénommées *mycosiszellen*. Mais en réalité, la structure histologique des tumeurs du mycosis fongoïde est des plus variables et on y a constaté la prédominance tantôt d'une variété de cellules, tantôt d'une autre.

Un autre élément qui a soulevé de nombreuses discussions, ce sont les *fibrilles* disséminées entre les cellules, considérées par les uns comme des éléments normaux du tissu de soutien, dissociés par l'infiltration néoplasique, par d'autres, comme des éléments néoformés et, dans cette dernière hypothèse, le mycosis fongoïde s'apparenterait aux affections lymphadéniques : ce serait une lymphadénie cutanée.

Pour d'autres, enfin, ce qui importe le plus, ce n'est pas tant la constitution de l'infiltrat, que son *degré de diffusion*, et sa *position*, caractères qui avaient fait supposer à Ranvier que le processus se développait sur un terrain prédisposé et selon une systématisation existant dans la peau.

Actuellement, les avis sont partagés surtout entre deux hypothèses pathogéniques : (*a*) l'une qui considère le mycosis fongoïde comme un processus de nature granulomateuse, inflammatoire, identique à celui du lymphogranulome ; (*b*) l'autre qui considère le mycosis fongoïde comme une affection néoplasique.

L'auteur rapporte ensuite l'observation d'un cas de mycosis fongoïde avec localisations viscérales multiples qu'il a eu l'occasion d'étudier et il en décrit méticuleusement les aspects histologiques dans la peau et dans les différents viscères.

Cette étude le conduit à écarter l'hypothèse néoplasique et il se rallie plutôt à considérer le mycosis fongoïde comme l'expression d'une affection de nature granulomateuse, à caractère non systématique au sens étroit du mot, vraisemblablement de nature infectieuse.

BELGODERE.

Recherches sur la morphologie et la physiologie des capillaires cutanés dans quelques syndromes neuro-vasculaires, par Giacomo SANTORI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 2, juillet 1932, p. 174, 3 fig. Bibliographie.

Les recherches sur les capillaires sanguins se sont multipliées dans ces dernières années, grâce au perfectionnement des méthodes capillaroscopiques, mais, comme le fait remarquer l'auteur, on s'est attaché surtout dans ces recherches à l'étude *morphologique* des capillaires et on a trop peu insisté sur l'examen de leurs caractères *physiologiques*.

S. rappelle tout d'abord les notions générales qui résultent des travaux antérieurs, et qui peuvent se résumer ainsi :

Che les sujets le plus souvent de sexe féminin, sous l'influence probablement d'altérations endocrines et en premier lieu ovariennes, il se développe un ensemble très varié de conditions pathologiques qui rentrent dans le tableau décrit par Müller sous le nom de diathèse neuro-vasculaire, parmi lesquelles assument une importance particulière les altérations du système capillaire et précapillaire cutané. De telles altérations, qui d'une manière générale peuvent être rapportées au complexe dit atonico-spastique, intéressent plus ou moins toutes les régions du corps, mais acquièrent une intensité particulière et un aspect clinique caractéristique aux extrémités, particulièrement aux mains et à la moitié inférieure des jambes, dans lesquelles la circulation capillaire est plus difficile et qui ressentent davantage l'action perturbatrice du froid. Ces altérations se développent de préférence pendant la saison d'hiver.

L'auteur a pu se livrer à des recherches sur vingt cas de ces syndromes neuro-vasculaires, et pour la commodité de son exposé, il les divise en trois groupes : *a*) *acrocyanose*, principalement des mains ; *b*) *érythrocyanose des jambes* ; *c*) *acroparesthésie* et *syndrome de Raynaud*. Les recherches ont porté d'une manière particulière sur le système capillaire et précapillaire cutané dont S. a étudié la morphologie, par la capillaroscopie et le mode de fonctionnement (étude de la réactivité, de la résistance, de la perméabilité, de la pression). Pour l'étude de la réactivité, il a employé un indice numérique (*indice de réactivité*) qu'il a établi en observant le comportement des capillaires vis-à-vis de l'adrénaline et de l'histamine, employées localement suivant la technique de Lewis. Cet indice (IR) exprime surtout la capacité réactive des artérioles, et secondairement aussi celle des capillaires proprement dits et des veinules.

Dans les cas d'acrocyanose des mains, ce qui domine, c'est la dilatation atonique et la stase dans le domaine des capillaires et du plexus veineux sous-papillaire avec augmentation de la perméabilité capillaire, qui se révèle dans les zones atteintes cliniquement par la fréquente infiltration œdémateuse, mais qui est présente aussi là où la peau est d'apparence normale, comme le démontrent les valeurs élevées obtenues par l'épreuve de Petersen (recherche du « temps de phlyctène » au moyen d'un vésicatoire). Le dermographisme, recherché sur la peau du dos, est le plus souvent rouge, et souvent intense et prolongé, ce qui concorde avec un état général de labilité des capillaires, à tendance

atonique. Cependant, même dans cette catégorie de cas, outre les faits d'atonie, on constate des faits de spasme, et cela spécialement sur les zones atteintes (mains) où l'on doit admettre, à côté de la dilatation atonique des capillaires et des veinules, un état de contraction des artérioles, révélé par la pression artériolaire élevée, tandis que la pression dans les veinules et dans les capillaires est à peu près normale. L'IR, nettement augmenté dans les zones cyanotiques, tandis qu'il l'est seulement d'une manière modérée dans la peau saine, montre bien qu'il existe une capacité contractile exaltée des artérioles. La résistance capillaire est normale ou plus souvent quelque peu diminuée.

Dans les érythrocyanoses des jambes, qui souvent aussi s'accompagnent de cyanose des mains, déjà cliniquement, on peut présumer d'après la coloration de la peau que, à côté de zones dans lesquelles domine la stase, il y en a d'autres où l'afflux du sang est plus grand qu'à l'état normal. Au capillaroscope, en effet, on observe bien une dilatation notable, particulièrement au niveau des plexus veineux sous-papillaires, mais, à la différence de ce qu'on voit dans l'acrocyanose des mains, la tonalité est plutôt rouge que violacée, et le courant sanguin plutôt rapide. Parfois, les faits de spasme sont aussi accentués, et souvent on observe des anévrismes capillaires, non seulement sur les foyers pathologiques des jambes, mais aussi sur la peau du bras. Les hémorragies ne sont pas rares. Ces faits concordent avec les recherches physiologiques, d'après lesquelles la résistance capillaire est plutôt diminuée, la réaction dermographique légère, et parfois à type blanc prédominant, tandis que l'IR montre des valeurs élevées, tant sur la peau saine que sur celle qui est cliniquement anormale. La pression artériolaire est plus basse que dans les acrocyanoses des mains, mais paraît supérieure à celle des sujets de contrôle normaux. La perméabilité capillaire enfin est légèrement augmentée.

Dans les cas d'acroparesthésie et de maladie de Raynaud, les faits de spasme sont très intenses et les capillaires se montrent fortement contractés, à courant fragmenté, mais en même temps, ils montrent aussi des dilatations, des irrégularités très accentuées et de nombreux anévrismes et hémorragies. Les épreuves fonctionnelles, elles aussi, mettent en évidence la tendance accentuée au spasme et la fragilité capillaire : le dermographisme est toujours à type blanc ou mixte, et l'IR est fortement augmenté, soit dans les zones altérées, soit dans celles qui sont saines. Élevées également sont les valeurs de la pression artériolaire, et celles de la pression capillaire elles aussi sont un peu supérieures à la normale, alors que la pression dans les veinules ne paraît pas modifiée. La perméabilité capillaire est quelque peu augmentée dans le cas d'acroparesthésie, dans lequel on constate habituellement une cyanose accentuée ; la résistance capillaire enfin est plus ou moins diminuée dans tous les cas observés. BELGODERE.

Sur quelques manifestations cliniques de l'allergie eczématique et des exanthèmes allergiques chez les eczémateux (Allergides eczématiques, eczématides), par MARTINOTTI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 2, juillet 1932, p. 219, 14 fig.

Si le problème de la pathogénie de l'eczéma est encore très controversé et entouré de beaucoup d'obscurité, une des acquisitions les plus importantes dans ce domaine est sans aucun doute la notion de l'influence du processus idiosyncrasique-allergique, établie notamment par les travaux de Jadassohn et de Bloch.

Après avoir rappelé les différentes modalités cliniques par lesquelles se manifeste cet état allergique, l'auteur insiste tout particulièrement sur une série de cas, moins fréquents, mais plus intéressants, dans lesquels le processus allergique se présente avec des caractères qui se rapprochent beaucoup des états allergiques que l'on observe dans les affections cutanées de nature infectieuse, telles que les tuberculides, les trichophytides, etc...

Il en rapporte un certain nombre d'observations, illustrées de photographies très démonstratives, et qui peuvent se schématiser ainsi : chez un sujet, atteint d'un *foyer primaire* d'eczéma, unique, ou plus rarement multiple, et dans ce dernier cas en nombre restreint (plaque-mère d'eczéma) on voit apparaître, après un temps d'incubation variable, des *foyers secondaires*. Ceux-ci se manifestent souvent à l'occasion d'une réaction aiguë du foyer primitif, ou bien à la suite d'une intervention thérapeutique. Ils ont le plus souvent le caractère d'une éruption papuloïde, parfois même à type d'eczéma folliculaire, et sont souvent, surtout chez les enfants, accompagnés de manifestations d'infection secondaire, de pyodermites (eczéma impétigineux). Ils s'accompagnent parfois aussi de phénomènes généraux et même de réaction ganglionnaire.

Pour le Prof. M., l'analogie de ces manifestations avec les exanthèmes allergiques du type des trichophytides est évidente. Le nom qui leur conviendrait le mieux est celui d'*allergides eczématiques* ou bien encore d'*eczématides*, si ce dernier terme n'avait pas déjà été utilisé par Darier pour désigner certains types d'eczéma séborrhéique.

Discutant le mécanisme de production de ces lésions cutanées, M. a l'imprssion qu'il s'agit de formes d'origine *hématogène*, mais les recherches expérimentales qu'il a effectuées pour éclaircir cette question n'ont pu aboutir à une solution ; les hémocultures, notamment ont été constamment négatives.

Le problème est d'autant plus difficile, que les agents provocateurs de l'eczéma sont des plus variés. En outre, comme l'eczéma est souvent infecté, il est possible que ces manifestations allergiques soient dues aux microbes ou à leurs toxines, que ces allergides soient en réalité des *microbides*, question sur laquelle Jadassohn lui-même n'a pas cru devoir se prononcer. BELGODERE.

Néoplasie sarcomateuse sur lupus vulgaire, par G. Guardali. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VIII, fasc. 2, juillet 1932, p. 241, 1 fig. Bibliographie.

L'auteur a pu suivre l'évolution d'un néoplasme développé sur une ulcération de lupus vulgaire, tout d'abord avec un caractère granulomateux non spécifique, qui régressa par des traitements locaux.

La reproduction de la masse végétante, après une période d'environ 5 mois et sa facile récidive après les ablations pratiquées, firent suspecter cliniquement la nature sarcomateuse. Les recherches histopathologiques confirmèrent le soupçon clinique.

Discutant les causes qui ont déterminé le développement du néoplasme, l'auteur estime que l'on ne doit pas incriminer une unique application rœntgenthératique qui fut pratiquée après l'excision de la masse granulomateuse, attendu que, 13 ans auparavant, le sujet avait été soumis à des applications répétées de rayons, qui n'avaient provoqué aucun processus néoplasique. Il croit, plutôt, qu'il convient d'attacher plus d'importance à l'ancienneté du processus lupique, qui, en provoquant des excitations toxiques locales répétées, peut déterminer une irritabilité cellulaire pathologique telle qu'elle aboutisse à la formation de tissu atypique. Belgodere.

Il Dermosifilografo (Turin).

Recherches sur les variations quantitatives du potassium du sang et de la peau dans les conditions normales et pathologiques, par Borelli Francesco. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 7, juillet 1932, p. 353.

Le K hématique a été étudié parallèlement au Ca dans les dermatoses, mais les résultats de ces recherches sont loin d'être concordants selon les auteurs, et on ne peut en tirer aucune conclusion étiologique, ni construire sur ces données variables une théorie pathogénique.

L'auteur, après avoir passé en revue la littérature sur les différents points de la question, expose les résultats de ses recherches personnelles, qui ont porté sur les points suivants :

1° Détermination quantitative du K chez les sujets atteints de dermatoses.

2° Contenu en K de la peau normale et pathologique.

3° Recherches des variations régionales, auxquelles certains attribuent une grande importance dans la localisation des dermatoses.

4° Rapport entre le K hématique et le K cutané.

Les recherches qui ont été effectuées sur le K hématique ont montré le peu d'intérêt des expériences effectuées sur le sang, attendu que, par ces recherches, on ne peut établir aucune relation entre le métabolisme potassique et les dermatoses observées.

Les expériences qui ont eu pour but d'étudier le contenu en K dans les diverses régions, ont bien montré des variations régionales, mais le nombre trop restreint de ces expériences ne permet pas à l'auteur pour le moment, de tirer aucune conclusion.

Il a été constaté, d'une manière constante, une augmentation du contenu en K de la peau dans les inflammations aiguës ; dans les inflammations chroniques, il y a au contraire diminution.

BELGODERE.

Influence de l'iode sur la réaction de Wassermann, par Angelo SCARPA. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 7, juillet 1932, p. 365. Bibliographie.

L'auteur, après avoir rappelé rapidement l'influence de la cure iodurée dans la syphilis, s'est occupé particulièrement des résultats obtenus sur la réaction de Bordet-Wassermann résistante de quelques luétiques en période tardive, qu'il a traités en utilisant une préparation iodée par la voie intramusculaire. Des expériences pratiquées, il peut tirer les conclusions suivantes :

a) L'iode a une certaine influence sur la réaction de Bordet-Wassermann résistante aux traitements antiluétiques communs, mais d'une manière inconstante et transitoire.

b) L'iode, par contre, est sans aucune influence sur la M. T. R. résistante.

c) L'iode n'a aucune action efficace et rapide sur aucune lésion objective luétique, déjà résistante aux autres préparations spécifiques.

d) L'iode, par contre, a une action efficace et rapide sur les manifestations arthralgiques et névralgiques en général des luétiques en période tardive.

e) L'iode est généralement bien supporté par les malades, même à doses massives.

f) L'iode a indubitablement le pouvoir d'accélérer la nutrition, donnant ainsi aux malades en peu de temps un sentiment d'euphorie, aussi est-il toujours recommandable. BELGODERE.

Contribution à la connaissance de la tuberculose ulcéreuse de la peau et des muqueuses, par Guglielmo Del FATTORE. *Il Dermosifilografo*, 7e année, n° 7, juillet 1932, p. 379, 8 fig. Bibliographie.

Après un bref historique de la question, l'auteur rapporte en détail sept observations de tuberculose ulcéreuse qu'il a eu l'occasion d'étudier à la Clinique de Florence et il tire de cette étude des considérations qui peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Toutes les ulcérations qui ont fait l'objet de cette étude ont pour siège des régions limitrophes des orifices naturels, sont exposées à des traumatismes et en contact continuel avec de nombreux germes provenant des diverses lésions viscérales.

2° Ces cas de tuberculose ulcéreuse doivent être considérés tous comme secondaires à une grave et ancienne lésion viscérale attestée cliniquement et bactériologiquement. Dans les divers tableaux cliniques, on constate un polymorphisme qui peut être mis en rapport avec la localisation spéciale, avec des actions traumatiques antérieures probables, et enfin avec des facteurs encore inconnus, qui peuvent tenir,

soit aux germes eux-mêmes, soit à une diminution de la capacité défensive individuelle de la peau ; pour cette dernière, les cuti-réactions de Pirquet peuvent être un bon indice, au moins dans certains cas.

3° Les caractères anatomo-pathologiques ne sont pas identiques dans tous les cas, attendu que dans certains, on constate la présence de tubercules nombreux et caractéristiques, dans d'autres, au contraire, un tissu granulomateux uniforme avec constatation plus facile de bacilles.

Cette diversité morphologique et bactériologique justifie, selon l'auteur, la question d'une certaine corrélation entre la morphologie de la réaction tissurale et la prolifération bacillaire.

On connaît les nombreuses constatations expérimentales et les interprétations diverses qui ont été recueillies par différents auteurs dans des conditions diverses de contingence ou de résistance, mais en pratique, il n'est pas toujours facile de mettre en relation étroite ces données expérimentales avec ce qui se manifeste spontanément dans l'organisme humain.

Il existe des différences de caractères cliniques et anatomo-pathologiques entre les ulcérations localisées sur les muqueuses et celles qui sont localisées sur la peau.

Parmi les diverses méthodes thérapeutiques, la diathermo-électrocoagulation doit être considérée comme la meilleure, au moins dans certains cas, soit pour la facilité de son emploi, soit par la rapidité avec laquelle on obtient, en général, des résultats satisfaisants.

Comme il est facile de le comprendre cependant, la guérison locale, puisqu'il s'agit de lésions secondaires, n'a presque jamais d'influence sur l'évolution et sur l'issue de la lésion viscérale, en général grave.

BELGODERE.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Le métabolisme basal dans le psoriasis, par Marjan GRZYBOWSKI. *Actas Dermato-Venereologica,* vol. XII, fasc. 5, novembre 1931, p. 381.

Bibliographie et recherches personnelles sur le métabolisme basal chez 44 sujets atteints de psoriasis. L'auteur utilisa les deux appareils de Krogh et de Plantefol. Il conclut que l'appareil de Plantefol donne des résultats plus précis. Parmi les 47 sujets examinés avec l'appareil de Plantefol, 41 présentèrent un métabolisme basal normal, tous ces sujets ne présentaient pas de signes manifestes d'une dysfonction thyroïdienne. Dans 4 cas, le métabolisme basal était modifié, dans 1 cas il était abaissé, probablement à la suite d'une hypofonction des ovaires et de la thyroïde ; dans 2 cas il était augmenté : dans une hyperthyroïdie indiscutable et dans l'autre cas, probablement à la suite d'une hyperpnée. L'auteur croit probable que la dysfonction endocrinienne accompagnée des troubles du métabolisme acido-basique dans les deux

cas n'est pas en rapport avec le psoriasis, car le nombre de malades ayant un métabolisme basal normal est très important et la gravité du psoriasis, l'étendue des lésions, l'évolution de la maladie et le temps de sa durée n'ont sur lui aucune influence. On peut donc conclure qu'il n'existe pas de données solides pour associer à l'étiologie du psoriasis les troubles endocriniens et particulièrement ceux de la thyroïde. G. a constaté dans 8 cas un coefficient respiratoire exceptionnellement bas (au-dessous de 0,70). Ce phénomène peut être, d'après la conception actuelle et sous toutes réserves, expliqué par le déséquilibre acido-basique (la possibilité d'une erreur technique étant écartée) qui se produirait peut-être dans certains cas de psoriasis.

OLGA ELIASCHEFF.

Mélanodermie et hyperkératose arsenicale. (Melanoderma et hyperkeratosis arsenicalis), par BIRGER et JOHANNSON. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 5, novembre 1931, p. 399.

L'auteur apporte l'observation d'une intoxication par l'arsenic chez un homme âgé de 33 ans qui, atteint d'une dermatite herpétiforme, avait pris de l'arsenic sans interruption pendant 5 années et demie. Un an après le début du traitement apparurent une hyperkératose palmaire et plantaire et une mélanodermie. Pas de symptômes neurologiques, mais depuis quelques années une pharyngite. Une ponction du foie augmenté à la palpation (ponction d'après la méthode de Waldenström) montra des cellules avec un protoplasma clair avec limites cellulaires nettes. Les cellules ressemblaient aux cellules corticales des surrénales. L'examen histologique de la peau montra la présence de pigment dans le derme. La réaction de Bordet-Wassermann fut positive dans le sang, négative dans le liquide céphalo-rachidien.

L'histologie de l'hyperkératose montra les caractères typiques d'une hyperkératose arsenicale avec lésions précancéreuses et cancéreuses.

OLGA ELIASCHEFF.

Le traitement de la syphilis héréditaire par le bismuth et le néosalvarsan (Die Behandlung der kongenitalen Syphilis mit Bismut und Neo-salvarsan), par B. N. SILBERMANN et S. M. MINSKER. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 5, novembre 1931, p. 406.

Travail sur le traitement de la syphilis héréditaire chez les enfants jusqu'à l'âge de 10 ans, basé sur 258 observations. Les auteurs concluent qu'il faut utiliser pour ce traitement tous nos médicaments spécifiques; il faut donner une large place au bismuth qui doit être préféré chez le nourrisson au mercure. Sa combinaison avec le néosalvarsan est spécialement active. Mais il faut commencer le traitement chez le nourrisson atteint de lésions internes par quelques injections de bismuth ou de mercure. On observe très rarement des récidives cliniques en utilisant le traitement combiné. Il ne faut pas négliger dans le traitement des nourrissons la surveillance de l'alimentation ni les

soins d'hygiène et il faut ajouter pour les enfants plus âgés un traitement fortifiant et aussi l'opothérapie là où elle est indiquée.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la cystite hémorragique essentielle (Beitrag zur Klinik und Therapie der essentiellen hæmorrhagischen Zystitis), par KURT BOAS. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 5, novembre 1931, p. 423.

Description clinique de « la cystite hémorragique essentielle », dénomination que l'auteur propose pour remplacer le « purpura de la vessie », la « cystite et pyélite catarrhale » (V. Blum) ou le « purpura vésical spuria » (Ottow). Il discute en détail l'étiologie si différente de cette maladie et le diagnostic différentiel, décrit l'aspect cystoscopique des lésions. B. recommande chaleureusement le traitement par l'alcalinisation d'après V. Blum et rejette le traitement par l'urotropine.

OLGA ELIASCHEFF.

Toxicodermie noueuse (Erythème noueux) après l'emploi de l'iodure de potassium (Toxidermia nodosa (Erythema nodosum et usu kalii jodatis), par A. A. STEIN. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 5, novembre 1931, p. 436, 2 fig.

Bibliographie et une observation personnelle de l'auteur sur l'apparition de nodules chez une femme âgée de 33 ans traitée pour une syphilis tertiaire par le néosalvarsan, le mercure et l'iodure de potassium en solution de 2 à 6 p. 100. Onze jours après la seconde injection de néosalvarsan (légèrement paraveineuse suivie d'un léger infiltrat à l'endroit de la piqûre, c'est-à-dire dans le pli cubital à droite, mais à ce moment presque complètement résorbé), apparut au même endroit un nodule dur du volume d'une pomme. La palpation fut excessivement douloureuse ; apparition de nodules analogues sur la cuisse gauche et sur la cuisse droite. Même après suppression du néosalvarsan et du Hg apparition consécutive d'autres nodules sur les bras et jambes. L'iodure de K fut supprimé à cause de l'intolérance de l'intestin, les nodules diminuèrent de volume et se résorbèrent définitivement. Le traitement ioduré fut de nouveau repris et 6 jours après l'ingestion apparurent de nouveau des nodules, tous sous le tableau clinique d'un érythème noueux, mais avec une localisation anormale. L'ingestion d'iodure de potassium fut chez la malade toujours accompagnée de troubles thyréotoxiques et provoqua l'apparition de nouveaux nodules. L'auteur emploie pour cette forme d'érythème noueux la dénomination *toxidermia nodosa ex usu K. I.*

S. explique l'apparition de ces nodules à des endroits déterminés par la rétention de l'iode du sang à la suite de lésions pathologiques des tissus (lésions vasculaires dans la syphilis, l'artériosclérose).

OLGA ELIASCHEFF.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bâle).

La « disposition », son caractère et son influence sur l'origine des maladies de la peau (Ueber Wesen und Anteil der « Disposition » bei der Entstehung von Hautkrankheiten), par O. Naegeli. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift,* n° 49, 1931, pp. 1164-1169.

L'auteur, tout en parlant des relations entre les causes exogènes et endogènes des maladies de la peau, fait ressortir l'importance de la « disposition ». Elle seule explique les aspects différents d'une même maladie chez le même individu ainsi que chez des hommes, des sexes, des âges et des races différents, en tant que des nuances de qualité ou de quantité de l'agent nuisible n'en sont pas responsables. Il montre que certains facteurs extérieurs n'ont souvent qu'une valeur conditionnelle quoiqu'ils soient identifiés avec l'étiologie de certaines maladies à cause de leurs rapports intimes avec celles-ci. L'auteur affirme qu'il n'y a pas de cause pathogène qui provoque toujours et chez chaque individu des symptômes typiques et identiques.

Exemples : Immunité, saprophytisme dans le groupe des dermatomycoses et des pyodermites.

Souvent les dermatologues distinguent la « disposition » individuelle nettement des causes pathogènes proprement dites soit que ces agents attaquent le tégument de l'extérieur, soit de l'intérieur du corps. Ils appellent la « disposition » une qualité endogène sans se rendre compte qu'elle peut changer à la suite de certaines maladies d'organes divers et d'origine exogène. La disposition peut être normale ou augmentée, ou diminuée. Elle est congénitale ou acquise. La réceptivité congénitale a quelquefois un caractère spécifique, c'est-à-dire elle ne se montre par exemple qu'à l'encontre d'un agent d'une structure chimique définie ; mais plus souvent elle n'est pas spécifique et cela ou bien dès le commencement, ou bien à la suite d'une altération de la sensibilité non spécifique. L'étiologie des urticaires fournit des exemples pour la disposition polyvalente. La disposition congénitale se distingue par la réaction prompte et intense à des quantités très minimes d'un agent nuisible. La disposition universelle est rare et n'existe que pour peu de maladies. Plus souvent seule la peau est disposée, ce qui est le cas pour les maladies de la peau dans leur strict sens. L'autre part, un ou plusieurs organes ou bien des organes en partie peuvent souffrir d'une certaine maladie. Dans le premier cas, il y a non seulement des différences entre les régions cutanées de structure non identique (par exemple la gale, certaines mycoses, psoriasis, les urticaires), mais aussi entre les parties de la même structure.

Il faut s'expliquer la disposition en premier lieu par des particularités de la structure physique et chimique du terrain attaqué par l'agent pathogène (voir A. Desaux, Le rôle du terrain en dermatologie, *Progr. méd.*, 1931). Les fonctions physiologiques et pathologiques des

glandes endocriniennes exercent une influence toute spéciale sur la disposition aux dermatoses : les événements physiologiques périodiques (période, gravidité) et les changements définitifs (puberté, ménopause) semblent causer des exanthèmes (acné, etc.) ou hausser la sensibilité (par exemple à certains médicaments). Si ces phénomènes normaux influencent la disposition, il est bien à comprendre qu'elle subit une influence non moins importante par des glandes malades. Les affections de glandes peuvent être causées par des microbes, donc par des agents exogènes. Ce fait prouve que les causes d'une altération de la résistance peuvent être non seulement d'ordre endogène, mais aussi d'ordre exogène.

Les maladies du tube digestif peuvent aussi sensibiliser la peau. Vallery-Radot et d'autres auteurs expliquent ce phénomène par une labilité temporaire de l'équilibre des substances colloïdales dans les tissus, mais personne n'a trouvé la substance chimique qui en est la raison. Toutefois les recherches scientifiques ont fait des progrès dans le domaine des dermatoses produites par la lumière. Le fagopyrisme et la sensibilisation à la lumière causée par d'autres plantes montrent que les mammifères mangent l'agent sensibilisateur avec leur nourriture. On a pu prouver l'existence de sensibilisateurs pareils chez l'homme pour les porphyrines par des preuves chimiques et photobiologiques (Haussmann-Haxthausen). Les maladies infectieuses de l'organisme entier et de la peau haussent ou diminuent la sensibilité (pyodermites, scarlatine) ou ne l'influencent pas du tout. A la suite d'une telle altération, le caractère morphologique ou l'évolution d'une maladie peut changer. Même au cours de certaines maladies infectieuses, le changement de la disposition peut déjà se manifester (tuberculose, syphilis). Les recherches personnelles de l'auteur prouvent que les altérations de dispositions causées par des infections n'amènent pas de résonance spécifique mais polyvalente.

Exemples : Un tuberculeux présente aussi sur des parties glabres de la peau des foyers de teigne faveuse, mais seulement aux endroits où il avait auparavant des ulcères tuberculeux. — Une jeune fille épileptique présente au cours d'un traitement prolongé au bromure une bromide (*bromoderma tuberosum*) qui n'attaque qu'une région où la malade souffrait antérieurement d'un phlegmon. — Dans le premier cas, la tuberculose locale colliquative et antérieure augmenta la réceptivité pour la teigne faveuse, dans le second l'allergie aux coques pyogènes causa une prédisposition locale et une sensibilité au bromure.

Il arrive que, d'une part, des affections causées par des substances chimiques et, d'autre part, un traumatisme peuvent altérer la disposition cutanée. Il existe même une différence de disposition régionale, voire des éruptions médicamenteuses fixes et la disposition aux chéloïdes.

N. résume ses idées comme suit : Des procès et des conditions très différents sont à la base de la disposition. Des particularités congéni-

tales ou acquises forment la disposition individuelle qui varie presque toujours pour diverses maladies. A côté de la structure physique et chimique de la peau, il y a des événements qui eux aussi amènent probablement des altérations cutanées physiques et chimiques très fines, mais qu'on appelle « biologiques », à défaut de preuves sûres. Cette hypothèse est suggérée par l'étude des dermatomycoses et de la localisation des pédiculoses différentes. La peau dispose de moyens chimiques, physiques et fonctionnels afin de s'adapter à des particularités climatériques et professionnelles et de diminuer la disposition à certaines maladies. Il incombe aux dermatologues d'approfondir les études sur la disposition et de rechercher des moyens thérapeutiques effectifs. Les résultats obtenus sous ce dernier rapport sont intéressants mais encore peu satisfaisants. MAX-HENRI WELTI.

Le traitement de l'érysipèle par l'huile de chénopode (Ueber die Behandlung des Erysipelas mit Oleum chenopodii), par Rissyun SUZUKI. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n° 52, 1931, p. 1250.

Pendant 20 ans, l'auteur a étudié l'action thérapeutique de l'huile de chénopode sur l'évolution de l'érysipèle. Son principe actif est une substance volatile aromatique qui, appliquée extérieurement, pénètre facilement à travers l'épiderme jusqu'aux parties les plus profondes de la peau. Il y empêche l'évolution des streptocoques ou même les détruit. Le remède n'atteint guère les germes logés plus loin et infectant le sang, ce qui prouve l'importance d'un traitement abortif aussi précoce que possible.

S. s'est servi d'une émulsion aqueuse d'huile de chénopode à 0,3 o/o employée en compresses froides. Éventuellement, il prescrit des cardiotoniques. Il a observé que la fièvre monte presque toujours rapidement, souvent jusqu'à 40°, au cours des 24 premières heures. Deux jours après la chute de la fièvre, les compresses se font avec une émulsion moins concentrée (0,2 o/o). Pour les nouveaux-nés et les malades sensibles, il faut diluer et réchauffer cette émulsion ; mais plus on l'atténue et plus on la réchauffe, moins elle est efficace. La guérison se manifeste par une exfoliation à l'endroit de l'infection initiale d'où elle se répand peu à peu.

Bien que l'huile de chénopode appliquée extérieurement paralyse le système nerveux central de divers animaux (les injections sous-cutanées et intraveineuses ont le même effet), il ne se produisit point de lésions internes chez les patients de Suzuki à la suite des doses employées par lui. Cependant, il a observé chez quelques malades un eczéma après une application prolongée du remède, mais cet eczéma disparut en 2 ou 3 jours sans causer de dommage aux organes internes (reins, foie, etc.).

Selon l'opinion de l'auteur, les résultats du traitement avec l'huile de chénopode sont équivalents à ceux obtenus par la radiothérapie.

MAX-HENRI WELTI.

Contribution à la thérapeutique de l'érysipèle de la face (Beitrag zur Behandlung der Erysipelas Faciei), par M. C. H. Gysler. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, nº 52, 1931, p. 1253

L'érysipèle de la face est, dans la plupart des cas, la suite de crevasses infectées ou d'eczéma du nez. C'est pourquoi G. a essayé de guérir la maladie par une désinfection radicale des lésions initiales. Pour atteindre ce but, il fit introduire dans le nez des tampons d'ouate abondamment imprégnés d'une solution concentrée de Septakrol (Septakrol, 0,1 ; Aq. dist. 20,0) et les fit renouveler toutes les heures. Il s'abstint d'autres moyens thérapeutiques afin de pouvoir constater l'effet de ce remède chez 12 malades. Après deux jours de traitement, G. observa généralement une réaction locale et vit l'érysipèle guérir en peu de jours. Il estime qu'il serait intéressant d'examiner sa méthode plus à fond ainsi qu'une combinaison éventuelle avec d'autres moyens thérapeutiques.

Max-Henri Welti.

Un symptôme inédit dans l'eczéma, par J. Bonjour. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, nº 52, 1931, p. 1255.

B. discute la possibilité de guérir l'eczéma par la suggestion et attire l'attention sur le fait que dans le cas des eczémas récidivants lors de la menstruation, le phénomène se complique de l'action de la fonction hypophyso-ovarienne sur le cœur. Il admet que l'hypertension menstruelle est pathologique dès qu'elle dépasse un centimètre pour la minima. Il a observé que la minima monte singulièrement lors des règles chez les eczémateuses. Parfois la minima humérale demeure normale et la radiale augmente seule de sorte que leur rapport normal 6 et 7 dans la position assise passe à 6 et 10 ou 7 et 11. Pour se rendre compte de la vaso-motricité, il faut donc examiner les deux minima. B. affirme que si les hormones ou l'allergie jouent un rôle dans ces cas, il dépend de l'hypertension, puisque l'hypotension produite par le traitement guérit l'eczéma définitivement.

Ainsi « l'allergie » est, dans ces cas, secondaire et commandée par l'hypertension soit constitutionnelle, soit provoquée ou entretenue par le psychisme. Une cure hypotensive seule ne conduira pas toujours au succès, la suggestion doit s'attaquer à des réactions psychiques fréquentes, provoquées par des troubles de la sentimentalité entretenus ou excités par les règles ou la ménopause.

Exemples : Une malade atteinte d'eczéma de la face et du buste depuis deux ans souffre de récidives malgré plusieurs traitements suivis chez divers dermatologues. La récidive correspond à l'apparition des règles. Dès la première séance de suggestion, le prurit cesse et la malade guérit en quelques jours. La veille des règles, le prurit reprend et la minima humérale remonte à 3 centimètres. Après une cure hypotensive légère (voir *Schweiz. Medizinische Wochenschrift*, nº 39, p. 919) et progressive, l'eczéma guérit pendant que la tension redevient normale. La minima reste invariable et l'éruption n'est plus revenue.

Une malade de 30 ans souffre depuis son enfance d'eczéma périodique au visage, aux oreilles et aux poignets, l'éruption ne disparaît plus depuis trois ans, à la suite d'un violent chagrin. Dès la première séance, le prurit cesse et la malade retrouve définitivement le sommeil. Le 4e jour, les minima ont passé de 6 et 11 à 7 et 7, l'eczéma suintant est guéri. La récidive a lieu 15 jours plus tard lors des règles, les minimas montent à 7 et 9, l'eczéma dure quinze jours pendant lesquels la malade commence une cure hypotensive. La femme est réglée les deux mois suivants sans présenter d'hypertension ni d'éruption, les minima restent de 6 et 7. MAX-HENRI WELTI.

Dermite folliculaire tuberculeuse humaine expérimentale, par S. MARBAIS. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n° 21, 1932, pp. 499-500.

L'auteur a étudié l'effet que produit l'onction de la peau avec une émulsion de bacilles de Koch tués. Selon son opinion, la réaction à cet antigène pourrait devenir un instrument social pour le dépistage de la tuberculose humaine.

Il s'est servi d'une émulsion préparée avec de l'huile d'olives et de la poudre de bacilles de Koch humains et bovins restés sur le filtre au cours de la fabrication de la tuberculine brute de Koch (100 centimètres cubes d'huile pour 1 gramme de poudre bacillaire). Un gramme de cire d'abeille préalablement fondue et ajoutée à l'émulsion la rend plus consistante. Les bacilles s'émulsionnent aussi, à 1 o/o, dans une pommade de lanoline et axonge ää.

7 ou 8 heures après l'application de l'onction au bras ou à l'épaule (2 centimètres cubes à la fois, friction pendant 10 à 15 minutes), une éruption de papules péri-folliculaires, qui est très analogue à celle provoquée par la *primula obconica*, se produit sur les endroits frottés. Il n'y a pas de réaction thermique. A la suite d'un grattage, les papules excoriées se couvrent d'une croûte hémorragique et ressemblent à des papules de prurigo simplex aigu. Le produit de râclage garde sa propriété d'antigène tuberculeux. Les papules sont en général spontanément résolutives, mais dans 6 cas sur 8, des papules nécrotiques sont apparues. La friction provoque de l'eczéma sec sur la face antérieure du poignet. Les papules durent de 1 à 3 mois, puis disparaissent sans laisser, en général, de cicatrices. Cette durée est raccourcie lors des frictions successives pratiquées sur un même individu. Mais le processus inflammatoire n'est pas éteint dans l'épaisseur de la peau et se manifeste par l'apparition presque immédiate de petites papules, si l'on gratte cette peau d'apparence normale.

Il ne se forme pas de papules sur la paume de la main du sujet (qui s'applique l'onction lui-même), mais de petites vésicules sèches apparaissent et éclatent spontanément. Après leur disparition, la peau reste sèche, rugueuse et hyperpigmentée. Elle est guérie par un enduit de cire fondue dans l'huile d'olives à raison de 5 grammes o/o.

Les bacilles morts, lavés pendant 3 jours et 3 nuits, produisent des

papules d'une intensité moindre. La tuberculine brute, filtrée sur bougie, produit un fort érythème et des papules qui sont en général très petites.

L'examen microscopique des papules, après deux biopsies, a montré « d'un côté la pustule de la poro-folliculite de Besnier, avec son amas péri-pilaire de polynucléaires dégénérés, d'un autre côté, une infiltration de mononucléaires intense autour des follicules et des vaisseaux et surtout dans les papilles ». Il n'y a ni éosinophiles, du moins dans les papules âgées de 1 et de 6 jours, ni de cellules géantes. Le bacille de Koch n'a pu être retrouvé, soit dans la profondeur du derme, soit dans l'ostium folliculaire.

M. a employé son émulsion bacillaire sur 88 personnes, dont 49 phtisiques pulmonaires. Voici ce qu'il vient d'observer : « L'éruption ne paraît se produire que sur des sujets tuberculeux en état de défense contre la tuberculose. Elle n'est pas provoquée sur des sujets cachectiques. Il y a aussi des malades robustes, à la follicito-réaction négative, qui recèlent pourtant des bacilles de la tuberculose dans leur corps, par exemple dans les amygdales, dans les ganglions, dans la peau, etc. Dans ces cas le bacille est tenu à l'écart, le sujet n'est que « porteur de germes tuberculeux » et doit répéter la folliculo-réaction, une fois l'an, pendant plusieurs années de suite pour surprendre la moindre offensive du bacille. Les personnes vigoureuses, dont les réactions successives restent toujours négatives, peuvent se considérer comme exemptes de tuberculose.

Quant aux personnes à réaction positive, l'auteur insiste sur la nécessité de se faire traiter par le vaccin tuberculeux, avirulent, vivant, type humain (Marbais) jusqu'à la guérison véritable de la tuberculose.

Tandis que Darier range ces dermatoses dans son groupe de tuberculides, les expériences de M. prouveraient que les dermatoses spontanées ressemblant aux affections expérimentales décrites seraient en réalité des tuberculoses cutanées dépourvues de cellules géantes.

Note. — En appliquant plus tard la réaction décrite ci-dessus chez tous ses malades, M. a obtenu des résultats superposables aux résultats des réactions classiques de von Pirquet et de Besredka.

MAX-HENRI WELTI.

Aylik Tip Gazetesi (Istanbul).

Un cas rare de corne cutanée, par Cherif KORKUT. *Aylik Tip Gazetesi*, n° 8, 1932, p. 153.

Il s'agit d'une excroissance cornée existant depuis 2 ans, à la face externe de la cuisse gauche, chez un garçon de 12 ans.

ROBERT ABIMÉLEK.

Istanbul Seririyati (Istanbul).

Quelques considérations sur les Poïkilodermies, par Houloussi Behdjet. *Istanbul Seririyati*, nº 6, 1932, p 296.

L'auteur commence par un aperçu bibliographique, citant Oppenheim, Petges, Pautrier, Gougerot et Eliascheff, etc., etc. Il donne le résultat de ses observations poursuivies depuis une année et demie sur les petites papules rouges primitives, décrites par Mierzecki, Nicolau et surtout Gougerot-Eliascheff.

Le malade qui fait l'objet de l'étude est un homme âgé de 61 ans, atteint depuis une dizaine d'années de poïkilodermie généralisée.

Robert Abimének.

Le traitement protéinique dans les réactions de Wassermann irréductibles, par Saim. *Istanbul Seririyati*, nº 6, 1932, p. 300.

Dans le but de les rendre allergiques, l'auteur a soumis ses malades à la protéinothérapie. Il a injecté pour cela à ses malades progressivement jusqu'à 5 centimètres cubes de lait stérilisé et cela un jour avant chaque piqûre de néosalvarsan.

Dans quelques cas, le lait à lui seul n'a pu donner lieu à une réaction fébrile ; dans ces cas, il a eu recours concomitamment à un vaccin gonococcique local. Par ce moyen, l'auteur a pu réduire chez presque tous ses malades, des réactions de Bordet-Wassermann jusque-là opiniâtres dans leur positivité. (L'auteur ne donne pas le nombre des malades ainsi traités. Ab.) Robert Abimének.

Tip Dünyasi (Istanbul).

La scarlatine et sa répression, par Vefik Wassaf. *Tip Dünyasi*, nº 2, 1932, p. 1689.

Les épidémies se voient surtout dans les contrées froides ; ainsi dans notre pays, alors que dans les districts chauds d'Adana, Mersine, etc., les cas de scarlatine restent sporadiques, dans les vilayets de Konia, Ankara, Kastamoni, Bursa, Kirchehir, etc., on note des épidémies plus ou moins étendues.

Auparavant, la mortalité de la scarlatine à Istanboul était minime ; ces dernières années, elle a dépassé les 30 o/o.

Au cours d'une épidémie survenue dans un village et alors que des moyens de prophylaxie n'étaient pas encore pris, le nombre d'enfants infectés n'a pas dépassé 21 o/o. Pendant l'épidémie de Kastamoni, on avait noté chez les chèvres une infection à streptocoques hémolytiques.

L'auteur s'est adonné depuis 3 ans à la prophylaxie des maladies contagieuses. Afin d'instruire la population, il a été distribué des placards muraux, des films cinématographiques, il a été tenu des conférences

et fait des sermons dans les mosquées. Le résultat le meilleur a été obtenu par les conférences données aux instituteurs, ceux-ci étant en contact permanent avec les enfants.

Près de 60.000 enfants dans les vilayets de Samsun, Bursa, Kastamoni et Kirchehir ont été vaccinés contre la scarlatine. Le nombre d'injections faites a été d'environ 300,000. Il n'a été signalé aucun trouble se rapportant à cette vaccination. ROBERT ABIMÉLEK.

Izmi Klinigi (Smyrne).

Des rapports entre les maladies de la peau et celles des viscères, par Assaf SAFA. *Izmi Klinigi*, t. II, 1932, p. 396.

Conférence faite à l'hôpital militaire de Smyrne le 11 février 1932. L'auteur met en relief la différence entre les termes maladie de peau et affection cutanée. Une multitude de maladies de peau surviennent au cours des diverses maladies des organes.

1° *Affections du tube digestif.* — Des prurits, de l'urticaire et des eczématisations. Le strophulus des enfants se rattache à cette rubrique. Selon plusieurs auteurs, le pityriasis rosé de Gibert serait en rapport avec la dilatation de l'estomac.

2° *Maladies du foie.* — A commencer par les prurits très intenses à la suite d'ictère. Dans les cirrhoses, le pigment cutané se trouve très augmenté au point de donner le tableau de ce que l'on appelle l'habitus hépatique.

Les xanthomes et le xanthélasma sont en rapport avec un trouble de la fonction hépatique.

Ravaut a guéri quelques cas de psoriasis uniquement avec l'insuline.

3° *Maladies des reins.* — Les prurits au cours du mal de Bright et les eczématisations chez les néphritiques sont connus.

4° *Maladies du sang et des organes hématopoïétiques.* — Ce sont les leucémies typiques ou atypiques, le mycosis fongoïde, les érythrodermies exfoliatives, le *pityriasis rubra*, la maladie de Dühring, les pemphigus végétant et foliacé, le prurigo de Hebra.

5° *Affections des glandes à sécrétion interne.* — En premier lieu la maladie de Basedow avec les pigmentations cutanées et le prurit.

6° *Maladies nerveuses.* — Le vitiligo et la pelade sont considérés comme des manifestations d'une excitation du sympathique. Quelques prurits essentiels sont guéris par un traitement du système nerveux. De même quelques cas de lichen plan. ROBERT ABIMÉLEK.

Gangrène des extrémités inférieures à la suite de malaria, par Feridoun CHEVKET. *Izmi Klinigi*, t. II, 1932, p. 430,

Malade âgé de 49 ans ; admis à l'hôpital dans un état comateux. Cyanose des orteils des deux côtés. Les 2°, 3° et 4° orteils des deux côtés sont noirs et froids. Les battements de l'artère tibiale antérieure ne sont

pas perceptibles. Dans le sang, on trouve des gamètes et anneaux de tropica. Sous l'influence d'injections intraveineuses et intramusculaires de quinine, la gangrène a pu être limitée et le malade guéri dans l'espace de 25 jours. ROBERT ABIMÉLEK.

Pratik Doktor (Istanbul).

Le traitement des brûlures, par AVNI MOUSTAFA. *Pratik Doktor,* nos 3-4, 1932, p. 211.

Cette étude est dictée par l'augmentation croissante du nombre des brûlures. Il s'agit pour la plupart des cas d'ouvriers de fabriques.

L'auteur distingue la brûlure sous ses diverses manifestations cliniques : l'érythème, la forme bulleuse et la forme nécrotique. Chaque catégorie demande un traitement approprié.

ROBERT ABIMÉLEK.

Sur les relations de la peau avec la ménopause par Djevdet KÉRIM. *Pratik Doktor,* nos 3-4, 1932, p. 217.

C'est une conférence faite à la Société de Médecine. L'auteur, qui s'est documenté à une bibliographie assez nourrie, a su faire de son sujet un tableau concis et clair qu'il a illustré de nombreuses observations personnelles.

Un des moyens thérapeutiques qu'il a employés consiste dans l'autoourothérapie de Jausion et Paléologue. Il a fait 32 injections sur 5 malades. L'auteur a eu à enregistrer un abcès.

ROBERT ABIMÉLEK.

La réaction de Wassermann irréductible, par TALAT. *Pratik Doktor,* nos 5-6, 1932, p. 225.

Considérations générales sur le sujet et moyens thérapeutiques. Rien de nouveau pour le spécialiste. ROBERT ABIMÉLEK.

A propos des dermites provoquées par les figues et le figuier, par Houloussi BEHDJET. *Pratik Doktor,* nos 5-6, 1932, p. 226.

A l'instar des cas signalés par Chaim Berlin à Tel-Aviv, l'auteur a observé de nombreux cas de ces dermites. Cette dermite se voit au printemps, dans 90 o/o des cas, chez des dames non musulmanes qui font de la confiture avec des figues non mûres ; soit que ces femmes cueillent elles-mêmes le fruit ou qu'elles le manipulent seulement.

En outre, on voit apparaître l'éruption chez des personnes ayant employé l'extrait aqueux de feuilles de figuier pour dégraisser et nettoyer des étoffes.

Le tableau clinique est le même que celui décrit par Chaim Berlin dans la *Dermatologische Wochenschrift,* 1930, I, p. 733, article référé dans la *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten,* t. 35, p. 117.

ROBERT ABIMÉLEK.

A propos des glandes apocrines du creux axillaire, par Halis Tevfik. *Pratik Doktor*, nos 5-6, 1932, p. 228.

L'auteur donne une description concise du résultat de ses 30 autopsies ayant pour but l'étude histologique des glandes de Schiefferdecker.

Robert Abiméleк.

Un cas d'iodite bulleuse végétante, par Djevdet Kérim. *Pratik Doktor*, nos 5-6, 1932, p. 229.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, admise dans le service des maladies internes pour insuffisance aortique. 3 jours après l'administration d'iodure de potassium, apparition d'une éruption nécessitant le transfert de la malade au service dermatologique. Pas de symptômes de syphilis, si ce n'est 4 fausses couches dans le passé et actuellement un Bordet-Wassermann ++++.

L'éruption se trouve localisée à la face et aux mains et consiste dans des plaques érythémateuses infiltrées et œdémateuses, parsemées de vésicules et de bulles. Celles-ci sont remplies d'un liquide qui, de séreux et limpide, devient au fur et à mesure trouble et purulent. Pas de fièvre. Urine normale. (L'auteur n'indique pas la dose d'iodure prescrite et ingérée. Ab.)

Robert Abiméleк.

Rapport de la syphilis congénitale avec la mortalité infantile, par Ali Riza. *Pratik Doktor*, nos 5-6, 1932, p. 231.

Résumé de quelques statistiques puisées dans l'organe de la Société de prophylaxie sanitaire et morale et se rapportant au Congrès tenu par cette Société à Mulhouse.

Robert Abiméleк.

LIVRES NOUVEAUX

La Sarcomatose de Kaposi, par M. Pedas. *Thèse,* Marseille, 1932.

A l'occasion d'un cas de sarcomatose observé dans le service de la Clinique Dermatologique, P. donne une bonne revue générale de l'affection décrite par Kaposi en 1870. Cette sarcomatose multiple pigmentaire idiopathique, assez fréquente en Europe Centrale, en Italie, assez rare en France, est quelquefois observée à Marseille sur des malades venant de Corse. Elle est constituée par des infiltrations, des nodosités, des tumeurs rouges, violacées, pigmentaires, souvent peu ou pas douloureuses. L'affection qui débute toujours par les extrémités, évolue lentement vers la cachexie et la mort. Le début par les extrémités où elle reste longtemps localisée, la symétrie des lésions, la coexistence de tumeurs dermiques pigmentées et d'infiltrations diffuses œdémateuses, non ulcérées, l'extension centripète avec, pendant longtemps, conservation d'un bon état général, permettent habituellement de poser le diagnostic clinique que la biopsie confirmera. D'étiologie et de pathogénie inconnues, l'étude histo-pathologique permet de penser qu'il s'agit d'une variété d'angiomatose. Le traitement est encore local, électrocoagulation et cryothérapie. H. Rabeau.

Etudes modernes sur la Dermatosyphiligraphie (Modernos estudios sobre dermatosifiliografia), par J. S. Covisa et ses collaborateurs. 1 vol. gr. in-8°. Javier Morata, Madrid, 1932, 312 p., 28 fig.

L'ouvrage réunit les travaux de la Chaire de Dermatologie de Madrid pour l'année écoulée. Il fait suite aux trois tomes déjà publiés sur les recherches de cette école.

Les auteurs sont, les uns, des maîtres dont la renommée et le prestige sont consacrés, les autres, de jeunes travailleurs d'une science éprouvée.

Malgré le caractère souvent nouveau et original des diverses études, on trouve en même temps que la documentation scientifique la plus rigoureuse un souci constant de la pratique.

Covisa précise la morphologie du précancer et Gay Prieto l'histologie des processus précancéreux.

Les formes superficielles des épithéliomas cutanés sont étudiées par Béjarano, la radiothérapie du cancer de la peau par Humbria et Soto.

Viennent ensuite les travaux de J. S. Covisa sur les myomes cutanés, de Gay Prieto sur des kystes hydatiques cutanés, de Humbria et Soto sur les chéloïdes, de Béjarano sur les tuberculoses cutanées, de Béjarano et Enterria, de R. G. Medina sur la lèpre, etc., etc... Nous regrettons de ne pouvoir citer qu'un très petit nombre de ces recherches qui, pour la plupart, sont déjà connues par diverses publications de leurs auteurs.

Leur présentation actuelle, sous une forme neuve, ajoute à leur intérêt et rend leur lecture attrayante. J. Margarot.

NÉCROLOGIE

Pierre LEGRAIN

La mort brutale de Pierre Legrain a consterné ses maîtres et ses amis. A peine plus d'un an après la mort de Lortat-Jacob, de qui il avait été l'assistant et le collaborateur fidèle, nous le voyons disparaître à l'âge de quarante-cinq ans, en pleine force, en pleine vigueur, en pleine joie de vivre. Une infection soudaine et qui, dès les premières heures s'était montrée sévère, a terrassé en douze jours notre malheureux collègue.

Pierre Legrain était né à Paris. Très jeune, il s'était décidé à faire ses études médicales. Interne provisoire en 1910, il était titularisé l'année suivante. Ses maîtres dans l'internat furent le Prof. Ménétrier et M. Souques. Interne du Prof. Sergent à la déclaration de guerre, il partit comme médecin auxiliaire dans un régiment colonial. Sa brillante conduite au front lui valut la croix de guerre. Il fut affecté ensuite comme aide-major à une auto-chir. qui avait pour chirurgien-chef, le professeur agrégé Mocquot. Démobilisé en 1918, la même année il passa sa thèse de Doctorat sur les *Septicémies au cours de l'évolution des blessures de guerre*.

Interne de Thibierge pendant quelques mois, il devint son assistant en 1919. En 1921, Lortat-Jacob, qui succéda à Thibierge, le garde près de lui et pendant dix ans il est le collaborateur précieux, estimé par son chef et les élèves du service, aimé de ses malades et considéré par le personnel. A la mort de Lortat-Jacob, il continue à fréquenter l'hôpital Saint-Louis dans le service de Touraine, tout en dirigeant une consultation de dermatologie à l'hôpital Foch.

Membre de la Société de Dermatologie en 1920, secrétaire des séances depuis 1928, il fit, en collaboration avec ses maîtres Thibierge et Lortat-Jacob, de nombreuses communications sur les cas intéressants de dermatologie. Signalons surtout sa contribution à l'étude de la *mélanose de Riehl*, de la *maladie de Hodgkin*, du *Sodoku*, des *sclérodermies chez les syphilitiques*, du *lupus érythémateux des muqueuses*, du *traitement du lupus érythémateux par les sels de bismuth*, du *lichen plan*

buccal déclenché par la chrysothérapie, des *leucoplasies* et *mélanoses jugales d'origine syphilitique*, etc...

En 1922, en collaboration avec Thibierge, il publie un *Précis de Thérapeutique des maladies de la peau ;* avec Lortat-Jacob, il écrit de nombreux articles sur la cryothérapie et particulièrement sur le *traitement des angiomes par la neige carbonique ;* avec Brin, il fait paraître une monographie sur le traitement de la syphilis par les sels de bismuth (1926), il devait collaborer au *Traité de Dermatologie* de chez Doin et avait déjà rédigé ses articles.

Dans les différents Congrès de dermatologie, il avait fait des communications importantes sur le métabolisme basal, sur les méthodes protéino-thérapiques, sur le traitement du chancre mou et des bubons chancrelleux par les vaccins spécifiques, sur l'origine mycosique de la dyshydrose. Dans les *Annales*, il avait, avec Lortat-Jacob, Bidault et Urbain, étudié la réaction de fixation par la technique de Besredka dans les tuberculides cutanées.

En me demandant d'écrire cet article nécrologique, le Rédacteur en chef des *Annales* savait la grande amitié qui m'unissait à Pierre Legrain. C'est avec un profond chagrin que j'ai écrit ces lignes et rappelé son œuvre. Cordial, jovial, d'une complaisance à toute épreuve, il était aimé de ses amis et n'avait que des amis. Ignorant les ardeurs de l'ambition, concentrant ses joies dans un intérieur qu'il aimait et où il était tendrement aimé, il écartait systématiquement tout ce qui semblait lutte et compétition, se contentant d'imposer à tous l'affection et l'estime. La mort brutale est venue tout briser.

En raison des services dévoués rendus à l'hôpital Saint-Louis pendant de longues années, M. Mourier a décerné à Pierre Legrain la médaille d'or de l'Assistance publique, à titre posthume.

P. Fernet.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ÉRYTHÈMES POLYMORPHES

MALADIE INFECTIEUSE OU RÉACTION D'INTOLÉRANCE

Par MM. ARNAULT TZANCK et MAURICE CORD
Médecin des Hôpitaux de Paris. Interne

Les éruptions érythémateuses furent d'abord classées selon leur type morphologique, et décrites selon des dénominations diverses : érythème iris de Rayer, herpès iris de Bateman, arthritide bulleuse, hydroa de Bazin, herpès pemphigoïde de Devergie, *pemphigus pruriginosus*. C'est dans ce groupe si hétérogène des érythèmes qu'Hebra eut le premier le mérite de distinguer un syndrome qu'il désigna sous le terme d'érythème exsudatif multiforme et que l'on appela en France, érythème polymorphe. L'école viennoise en faisait une maladie infectieuse. En France, sous l'influence de Brocq, l'affection était plus ou moins dissociée au profit de la maladie de Dühring.

Les auteurs reconnaissaient à l'érythème polymorphe des étiologies et des parentés multiples, des relations avec les tuberculides ou les syphilides cutanées, avec des infections diverses, typhoïdes ou rhumatismales ; pour d'autres, il s'agissait d'une toxidermie.

C'est dans ces conditions d'incertitude que la question fut portée à l'ordre du jour du Congrès de dermatologie de 1929. Aucun éclaircissement n'y fut apporté, et le problème conserve aujourd'hui toute sa complexité. Les conclusions des deux rapporteurs, Lortat-Jacob et Ramel, se sont opposées. Leur lecture laisse une impression de confusion que les communications ultérieures viennent encore accroître. Lortat-Jacob a décrit l'érythème polymorphe comme une maladie infectieuse autonome. Il en a excepté les érythèmes polymorphes secondaires, ne leur accordant aucune place dans le cadre de cette maladie, en dépit des caractères objectifs communs

qu'ils ont avec elle. Reprenant la description ancienne de l'érythème exsudatif multiforme d'Hebra, Lortat-Jacob concluait : « Pour nous, l'érythème polymorphe est une maladie infectieuse autonome qui ne comporte pas de faits de passage, mais de pures difficultés de diagnostic ».

Ces affirmations ne soulèvent-elles pas les objections suivantes?

1° Peut-on, dans une maladie infectieuse imposée à l'organisme, invoquer le rôle d'un terrain particulier? Or, Lortat-Jacob a souligné l'influence possible de l'ancienne diathèse colloïdoclasique, en relevant dans les antécédents de ses malades des manifestations d'asthme, d'urticaire, de rhume des foins et de migraine. Bazin, déjà, n'avait-il pas classé cette affection parmi les arthritides?

2° Comment rejeter du cadre de l'érythème polymorphe, en l'absence de tout critère biologique, des érythèmes qui sont identiques, mais dont la nature étiologique est connue, infectieuse dans certains cas, d'intolérance dans d'autres?

La délimitation de l'érythème polymorphe est difficile du fait même de sa lésion cutanée. De nombreux auteurs en élargissent le cadre et y font entrer des formes de passage : érythème noueux d'une part, dermatite polymorphe de Dühring d'autre part, réunissant ainsi en un ensemble confus des affections bien différentes.

Les données de la thérapeutique elles-mêmes n'ont apporté aucun éclaircissement. Il existe en effet des formes d'érythème polymorphe à guérison spontanée, et d'autres prolongées ou récidivantes, dans lesquelles l'autohémo, l'arsenic, les diverses méthodes désensibilisantes donnent d'excellents résultats.

Nous croyons que la question de l'érythème polymorphe restera confuse et obscure, tant qu'on partira de l'idée qu'il s'agit d'une maladie unique et bien définie, reposant sur une étiologie univoque. De plus ce serait y apporter beaucoup de clarté que de faire intervenir dans certains cas la notion d'intolérance cutanée, telle qu'elle a été développée par l'un de nous et utilisée par M. Darier dans son rapport sur l'Eczéma au dernier Congrès de Dermatologie.

Si nous nous plaçons à ce point de vue, nous serons amenés à reconnaître qu'il y a lieu de distinguer deux ordres de faits bien individualisés, à savoir :

a) Les érythèmes polymorphes, maladie infectieuse, dus à des

agents qui restent le plus souvent indémontrables, mais qui cependant sont parfois décelables ;

b) Les érythèmes polymorphes réaction d'intolérance.

Ces deux affections se présentent sous une forme clinique semblable, à quelques nuances près, sur lesquelles nous insisterons, parce qu'elles ont une grande importance diagnostique ; mais elles diffèrent essentiellement l'une de l'autre : 1° par leur étiologie et le terrain sur lequel elles se développent ; 2° par leur évolution ; 3° par leur parenté avec d'autres affections auxquelles elles se rattachent par des formes de passage ; l'une se relie aux entités morbides infectieuses ; l'autre, aux manifestations de l'intolérance cutanée.

Examinons successivement les deux tableaux morbides que nous voulons dissocier :

L'érythème polymorphe infectieux, c'est le véritable érythème exsudatif multiforme de Hebra, ou érythème polymorphe, celui dont Darier a dit qu'il était un « syndrome que l'on est presque tenté de considérer comme une maladie autonome ». De fait, si l'on en distingue les réactions d'intolérance, comme nous le demandons, il s'individualisera comme maladie, et méritera une place dans la nosologie dermatologique.

Il s'agit d'une maladie infectieuse, qui atteint des sujets de 5 à 40 ans, avec un maximum entre 10 et 30 ans, et qui survient par petites épidémies au printemps et à l'automne.

Le début est celui d'une maladie infectieuse. Il est marqué par les signes généraux suivants : fièvre légère, malaise et courbatures, douleurs rhumatoïdes, laryngite. Ces signes sont presque constants dans l'érythème polymorphe, maladie infectieuse, et persistent jusqu'à l'éruption. Celle-ci apparaît du 4e au 7e jour, débutant à la face dorsale des mains, des pieds, des avants-bras, pour gagner le cou, le pourtour des yeux, avec une certaine tendance à la symétrie. Elle réalise des types multiples, constitués le plus souvent par des placards érythémato-papuleux, taches congestives lenticulaires et nummulaires, à centre cyanosé et légèrement déprimé, à bordure vermillonnée, tantôt plane, tantôt surélevée. L'extension est rapide et conduit parfois à la production de taches marginées, ou même d'anneaux par effacement de la partie centrale. *L'absence de prurit* constitue un signe d'une importance capitale, elle est un des éléments

différentiels principaux d'avec les éléments d'intolérance, où le prurit est au contraire d'une constance des plus remarquables. Ici, l'éruption est indolore, ou tout au plus légèrement cuisante, mais ne démange pas. Des vésicules, des bulles peuvent apparaître, soit d'emblée, soit secondairement par transformation des éléments papuleux. Elles se disposent irrégulièrement, occupant le centre ou la surface des élevures. Parfois, elles siègent en couronne à leur périphérie. Ainsi se trouve réalisé l'aspect de l'hydroa de Bazin, ou de l'herpès iris de Bateman. Toutefois, ces apparences semblent plutôt appartenir aux érythèmes polymorphes d'intolérance. L'atteinte des muqueuses a été différemment appréciée par les auteurs. Bazin en nie la possibilité ; par contre, certains la retrouvent dans un tiers ou un quart des cas observés. Par ordre de fréquence, les muqueuses des joues, des lèvres, plus exceptionnellement celles du palais et du pharynx, sont le siège de soulèvements bulleux éphémères, bientôt remplacés par des érosions nummulaires, carminées ou diptéroïdes.

Les signes généraux d'infection persistent pendant quelques jours, ils diminuent dès le début de l'éruption et ne tardent pas à disparaître. Il n'y a d'éosinophilie ni dans le sang, ni dans la sérosité des bulles. Seule, une légère leucocytose, de 8.000-12.000, témoigne de l'état infectieux. L'évolution est presque cyclique (Lortat-Jacob) ; elle s'étend sur une durée de 15 jours environ ; toutefois, des poussées successives peuvent la prolonger sur une période de trois à quatre semaines. Lors de chaque poussée, on observe une élévation thermique, avec réapparition de l'éruption cutanée. La convalescence peut être longue, un état de fatigue et de dépression peut faire suite aux formes mêmes légères

La question des récidives est appréciée différemment par les auteurs, suivant la nature des érythèmes polymorphes observés. Elles sont moins fréquentes dans la forme infectieuse que dans la réaction d'intolérance. C'est ainsi que l'érythème du type caduménial, par exemple, qui relève d'une autre pathogénie, ne saurait rentrer dans le cadre des érythèmes infectieux. Pour l'estimation de la fréquence des récidives de l'érythème infectieux, le chiffre de 15 o/o, que donne Jordan, nous paraît le plus exact.

A côté de cette forme d'intensité moyenne, que nous venons de décrire, existe *une forme intense et pyrétique*, reliée à la première

par tous les intermédiaires. Ici, l'infection est évidente. Cette forme, observée de préférence à l'hôpital Claude-Bernard, se rapproche de près par son évolution d'une fièvre éruptive.

Après une période de début, d'une durée de 5 à 6 jours, caractérisée par l'intensité des signes généraux, fièvre subite et élevée, frissons, courbature et rachialgie, catarrhe oculo-nasal, apparaît une éruption du même type que dans la forme moyenne. Elle présente les aspects que nous avons mentionnés, de macules, de papules, de lésions en cocarde et de vésicules. L'extension est plus grande ; toutes les surfaces tégumentaires, à l'exception des régions palmaires et plantaires, peuvent être touchées. L'énanthème est de règle : lésions buccales, pharyngées, velaires. A ces manifestations se surajoutent parfois des arthralgies d'intensité variable. L'albuminurie est fréquente, la leucocytose assez importante (12.000 à 16.000) avec légère mononucléose. L'évolution se fait par poussées assez rapides, et la guérison, qui est constante, survient en 2 à 3 semaines, sans complications. Les récidives sont exceptionnelles.

Ainsi, l'érythème polymorphe infectieux se présente avec une physionomie clinique bien déterminée.

L'agent pathogène de l'érythème polymorphe infectieux de la forme légère ou moyenne et de la forme intense et pyrétique dont nous venons d'esquisser le tableau, n'est pas connu ; telle est au moins jusqu'à preuve du contraire, notre opinion sur ce point.

Cependant, il n'est pas impossible que le microbe en cause soit celui que Levaditi, Nicolau et Poincloux (1) ont découvert dans un cas et dénommé *Streptobacillus moniliformis*. Nous devons ouvrir une parenthèse pour examiner cette question, qui a ici sa place marquée.

La maladie du sujet étudié par Levaditi et ses collaborateurs s'était caractérisée, en dehors d'une éruption à tendance purpurique, par une brusquerie de l'invasion, une élévation de la température et une importance des arthralgies, sortant de l'ordinaire. Or, il est intéressant de constater que les auteurs qui ont confirmé leur découverte, tels que F. Parker et Hudson (2), ont eu affaire à une

(1) *Académie des Sciences*, 14 avril 1925, et *Presse Médicale*, 17 mars 1926.
(2) *Amer. Journ. of Pathology*, septembre 1926.

maladie érythémateuse aiguë, avec polyarthrites dont une épidémie limitée avait été observée à Hoverhill (Massachusetts) et rapportée par E. H. Place, L. E. Sutton et O. Willner (1). Nous croyons savoir que d'autres auteurs encore, dans un milieu différent, mais toujours en étudiant des cas survenus en groupes et caractérisés par l'intensité des phénomènes infectieux et surtout des polyarthrites, ont obtenu des cultures de *Streptobacillus moniliformis*.

Le problème ainsi posé revient à décider si ces érythèmes polymorphes, hautement septicémiques et épidémiques, rentrent dans le cadre de l'érythème polymorphe infectieux bénin que nous avons eu en vue, et notamment s'ils se relient à la forme vulgaire par des intermédiaires. La question est d'autant plus intéressante que les recherches plus récentes de Levaditi, avec F. R. Selbie (*Acad. des Sciences*, 23 décembre 1929, et *C. R. Soc. de Biologie*, 1er février 1930), avec Selbie et Mlle R. Schœn (*C. R. Soc. de Biologie*, 15 février et 5 avril 1930), nous font connaître une septicémie spontanée des souris, se traduisant par un rhumatisme polyarticulaire infectieux et inoculable, pouvant se compliquer de myocardite, et dû à ce même *Streptobacillus moniliformis*. On en est donc venu à envisager que les souris pourraient être le réservoir où l'espèce humaine puise soit seulement l'érythème polymorphe épidémique grave, soit l'érythème polymorphe infectieux sous toutes ses variétés de degré, soit même, comme le suggèrent récemment Levaditi, Selbie et Mlle Schœn (*Ann. de l'Institut Pasteur*, mars 1932), le rhumatisme articulaire aigu de l'homme, type Bouillaud.

Si la deuxième de ces interprétations n'est pas exacte et si l'étiologie de l'érythème infectieux polymorphe bénin reste à découvrir, l'ignorance de l'agent pathogène ne permettrait cependant pas d'infirmer la nature infectieuse de cette maladie.

Il nous reste à examiner la question de la nature des *érythèmes polymorphes apparaissant au cours d'infections aiguës diverses*.

Les pseudo-rhumatismes infectieux s'accompagnent assez volontiers d'érythème polymorphe, et l'on a décrit de nombreuses formes de passage entre ces deux maladies. La fièvre typhoïde, par exemple, et plus particulièrement dans certaines épidémies, a donné lieu à une éruption d'érythème. C'est ainsi qu'Hutinel, sur 39 cas de

(1) *Boston méd. et surg. journal*, février 1926.

fièvre typhoïde, observa dans 13 d'entre eux un érythème polymorphe. Plus intéressants sont les cas, plus rares, où la fièvre typhoïde ne se manifeste que par une septicémie pure sans syndrome entéritique, et où apparaît un érythème polymorphe. L'on a décrit des érythèmes polymorphes à siège variable, survenant au cours des septicémies les plus diverses, de la grippe, de la pneumonie, de la diphtérie. Pour Hutinel, l'érythème faisait partie du syndrome secondaire malin. Mais l'on est en droit de se demander s'il s'agit dans ces cas d'érythèmes polymorphes authentiques, car d'une part les descriptions rapportées sont le plus souvent insuffisantes, et d'autre part, font parfois mention d'éléments anormaux, tels qu'une certaine tendance au purpura, ou à des pyodermites locales, manifestations qui sont au moins exceptionnelles au cours de l'érythème polymorphe d'Hebra.

Les cas d'érythèmes polymorphes observés *au cours d'infections générales chroniques* sont plus intéressants; ils ont permis à certains des déductions étiologiques vraiment prématurées et abusives dans leur généralisation. Le rôle de la syphilis, soutenu autrefois par plusieurs auteurs, le fut encore au dernier Congrès, où l'on apporta à l'appui des faits positifs. On peut avec Jordan qui, sur 88 sujets atteints d'érythème polymorphe, trouve quatre syphilitiques, conclure que l'érythème polymorphe n'est pas de nature syphilitique. Néanmoins certains faits conduiraient à penser qu'exceptionnellement il peut y avoir une relation entre les deux maladies. C'est ainsi que l'un d'entre nous eut l'occasion avec Caïn et Horowitz d'en observer un cas probant : il s'agissait d'une lésion érythémato-bulleuse typique par son siège et son aspect, évoluant de pair avec des accidents cutanéo-muqueux de syphilis secondaire. Le spirochète fut trouvé à deux reprises dans le liquide des bulles, et, sous l'influence du traitement, l'éruption disparut sans récidive.

Le rôle de la tuberculose, entrevu par Landouzy et par Gaucher a été remis en lumière par Ramel, de Lausanne. Ce dernier fait rentrer l'érythème de Hebra dans le cadre des tuberculoses inflammatoires résolutives de la peau. A l'appui de cette opinion, il apporte 25 cas d'érythèmes polymorphes, avec inoculation à des cobayes, soit du sang, soit des efflorescences cutanées. Les animaux présentèrent des lésions particulières : granulations acidophiles, voire même bacilles acido-résistants au niveau du poumon, du foie,

de la rate, et dans six cas, Ramel put obtenir une transmissibilité en série et la transformation nette en tuberculose véritable et virulente. Il apparaît donc que si la méthode de démonstration employée par cet auteur est valable, il existe des cas où l'érythème polymorphe est en rapport avec une tuberculose atténuée. Ce fait permet de comprendre l'opinion ancienne de Besnier et de Kaposi, qui rattachaient l'érythème polymorphe à l'érythème noueux. Des formes intriquées, des formes de passage existent indubitablement entre ces deux affections, nous voulons dire entre l'érythème polymorphe, maladie infectieuse qui peut être de nature tuberculeuse, d'une part, et l'érythème noueux, de l'autre.

***

A l'érythème polymorphe infectieux, nous opposons *l'érythème polymorphe réaction d'intolérance*. Nous nous efforcerons de justifier notre conception en montrant :

les particularités cliniques qui opposent cette forme à la précédente ;

les circonstances d'apparition et la pathogénie toute différente.

Cliniquement, l'érythème d'intolérance réalise une affection en tous points semblable à l'érythème infectieux. L'apparence morphologique est identique dans les deux cas. Pourtant, un interrogatoire et un examen soigneux peuvent mettre en évidence certains caractère distinctifs. Ces éléments du diagnostic différentiel ne sont pas constamment réunis, mais la constatation de l'un ou de plusieurs d'entre eux — et en particulier du prurit — doit attirer l'attention vers la possibilité d'une réaction d'intolérance et commander les recherches biologiques confirmatives.

Ces éléments sont les suivants :

1° Absence d'une phase infectieuse prémonitoire, absence d'angine, d'arthralgie, etc... Une légère hyperthermie précédant l'éruption peut toutefois s'observer sans faire écarter le soupçon de réaction d'intolérance. Peut-être peut-elle s'expliquer par un processus colloïdo-clasique ?

2° Absence d'épidémicité ;

3° Polymorphisme plus accentué de l'éruption. Les formes érythémato-bulleuses, les formes bulleuses pures, sont ici un peu

plus fréquentes. Ces dernières réalisent l'hydroa de Bazin. Dans certains cas, elles prédominent et justifient les formes de passage décrites par Brocq avec la dermatite douloureuse de Dühring ;

4° Coexistence possible et assez fréquente d'éléments ortiés indiscutables ;

5° Existence quasi-constante d'un *prurit* très marqué. Le prurit nous apparaît comme l'élément clinique le plus précieux pour différencier les deux formes d'érythème polymorphe ;

6° Existence quasi-constante d'une éosinophilie sanguine et bullaire et absence de leucocytose ;

7° Évolution par poussées durant des semaines et des mois. Les récidives sont ici plus fréquentes, elles surviennent soit pour la même cause déclenchante, soit, chez un sujet polysensibilisé, pour d'autres facteurs de réaction ;

8° Le rôle du terrain est manifeste et reprend toute sa valeur. Et c'est à juste titre que Bazin, pour avoir observé dans les antécédents de ces malades de l'asthme, du rhume des foins, des migraines, des alternances avec l'eczéma et de l'urticaire, rangeait l'érythème polymorphe parmi les arthritides ;

9° La possibilité d'une sensibilité propre à un réactogène : hémato-porphirine et lumière solaire, ou sensibilité à l'iodure de potassium qui a pu être transmise à l'animal (Lehner) ;

10° La thérapeutique différente : désensibilisation et non traitement anti-infectieux ;

11° Les formes de passage, les parentés morbides de cette réaction d'intolérance, type érythème polymorphe, avec d'autres réactions d'intolérance. On ne saurait comprendre qu'il y ait une parenté ou une alternance entre une maladie infectieuse, telle que l'érythème polymorphe infectieux que nous avons décrit plus haut, et l'urticaire ou l'œdème de Quincke, que l'on sait être d'une toute autre nature. Mais on s'explique les rapports intimes qui peuvent unir une réaction d'intolérance cutanée à une autre réaction, telle que l'eczéma, le strophulus, l'urticaire, l'œdème de Quincke, la maladie de Dühring et l'érythème polymorphe d'intolérance. Ces affections représentent une même essence de réaction cutanée et justifient un groupement commun dans le cadre des « séroses polymorphes prurigineuses ». Nous retrouvons dans chacune de ces affections les grands caractères qui nous ont permis de séparer l'érythème polymorphe infectieux

de l'érythème d'intolérance : apparition pour des causes déclenchantes multiples, absence des phénomènes infectieux prémonitoires, absence d'épidémicité, polymorphisme des lésions, prurit, éosinophilie, évolution par poussées, importance du terrain et d'une sensibilisation antérieure, traitement commun par désensibilisation ;

12° La multiplicité des substances déclenchantes. L'étude de ces substances montre :

a) Qu'elles sont extrêmement nombreuses : elles peuvent être chimiques (albuminoïde ou cristalloïde), ou physiques (lumière ou chaleur) ;

b) Qu'elles suscitent les réactions à doses infratoxiques infinitésimales le plus souvent, et toujours individuelles pour un même malade ;

c) Qu'elles agissent comme agent provocateur, suscitant dans l'organisme une réaction vive, vécue en quelque sorte par celui-ci.

On a signalé des cas d'érythème polymorphe survenant après l'injection d'iodure et de bromure ; Brocq, déjà, avait montré que l'iodure de potassium aggravait les lésions et provoquait des poussées bulleuses intenses, mettant en cause ces érythèmes d'intolérance qui sont forme de passage avec la maladie de Dühring, dans laquelle la sensibilité à l'iodure de potassium est connue.

Toute la série des barbituriques a pu provoquer des érythèmes d'intolérance : témoin le cas fort démonstratif de Pasteur Vallery-Radot : érythème déclenché par la prise de 0,50 de véronal chez un sujet déjà accoutumé au véronal et qui récidive 15 mois plus tard, sous la forme d'une sérose polymorphe prurigineuse, après l'injection de 30 gouttes de somnifène. Le chloral, la phénolsulfonephtaléine, l'antipyrine, l'iodoforme, ont pu déclencher des érythèmes. Les accidents d'intolérance au novarsénobenzol ont pu revêtir cette allure clinique. Récemment, Sézary, puis Milian, ont rapporté deux observations d'érythème polymorphe indiscutable, déclenché par une injection de Dmelcos. L'injection intradermique de Dmelcos provoquait chez le malade de Sézary des éléments érythémato-papuleux aux bras, et des éléments noueux aux cuisses ; elle reproduisait ainsi le type morphologique survenu après l'injection première. Sézary décrit encore un cas d'érythème polymorphe survenu chez un enfant au cours de l'immunisation antidiphtérique par l'anatoxine : érythème polymorphe typique, constitué par des

éléments papuleux et bulleux très prurigineux, se répétant à trois reprises, chacune à trois semaines d'intervalle, lors des trois injections immunisantes, évoluant sans température, sans signes généraux. Debes rapporte un cas très semblable, accompagné au surplus de purpura et de néphrite aiguë, réalisant ainsi un tableau impressionnant de réaction anaphylactique.

Dracoulidès, au Congrès de Dermatologie, rapporte un cas d'érythème polymorphe associé à une photo-sensibilisation à la lumière, et conclut à la possibilité d'une pathogénie humorale. Peyre signale un cas survenu après une application de radium et récidivant à un nouvel essai d'irradiation. Flandin présente un érythème provoqué par le soleil et réapparaissant après chaque exposition.

C'est ici que prend place *l'hydroa vacciniforme de Bazin* : affection atteignant l'enfance, caractérisée par l'apparition par poussées de bulles de taille petite ou moyenne, très prurigineuses, qui s'ombiliquent, se dessèchent en croûtes brunâtres sous lesquelles le centre de l'élément se nécrose. L'hydroa vacciniforme est une réaction d'intolérance à la lumière ; il n'apparaît qu'après exposition des régions découvertes aux rayons solaires. Il est en relations avec l'hématoporphirinémie, dont expérimentalement on montre le rôle sensibilisateur. Jausion, frappé par la similitude morphologique de l'érythème polymorphe et de l'hydroa vacciniforme, qui cliniquement, dit-il « peuvent se ressembler jusqu'à en imposer pour une seule et même infection » et tirant argument d'un certain nombre d'érythèmes polymorphes d'origine solaire, conclut à l'origine photobiotropique de l'érythème polymorphe.

L'on pourrait étendre longuement l'énumération des érythèmes polymorphes apparaissant comme réaction d'intolérance à un réactogène quelconque. Ces faits permettent d'en comprendre d'autres, beaucoup plus rares, épars dans la littérature médicale, où l'érythème semble apparaître comme une réaction d'intolérance à une toxine ou à un antigène microbien, dont le lieu d'origine est un foyer local d'infection chronique : Lanzenberg rapporte un cas d'érythème polymorphe, récidivant par poussées depuis plus de six mois, résistant à toute thérapeutique et qui guérit en l'espace de dix jours, par l'ablation d'une dent cariée. Lecoing, puis Formeng, observent l'apparition d'érythème polymorphe au cours d'une

blennorragie, guérissant avec elle et récidivant par l'irritation artificielle de l'urèthre, Anthony, une observation d'érythème polymorphe récidivant au cours de rétention d'urines, Böck, aux États-Unis, signale des érythèmes polymorphes succédant à des angines ou à des abcès amygdaliens. Il insiste sur la fréquence de l'érythème polymorphe, comme conséquence de pharyngite. Il en serait, dit-il, une séquelle toxique, apparaissant dix à quinze jours après la guérison, délai commun aux accidents sériques.

Conclusions

1° Nous croyons avoir démontré que l'incertitude qui règne au sujet de la nature de l'érythème polymorphe provient du fait que l'on groupe à tort sous ce nom deux affections essentiellement différentes :

a) Une maladie infectieuse, dans laquelle le rôle d'agent pathogène appartient ou à un germe encore inconnu, ou peut être joué par divers germes connus ;

b) Une réaction d'intolérance à des agents extrêmement divers.

2° Que malgré une identité objective presque complète, certains caractères cliniques, et en particulier le prurit, permettent de différencier ces deux affections ;

3° Que cette différenciation a une importance non seulement théorique, mais aussi pratique, en ce qu'elle doit servir de guide pour établir le pronostic et la thérapeutique.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en août 1932.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Ostéites multiples et méningo-encéphalite. Les images radiographiques de la syphilis osseuse, par J. Gadrat. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nos 7-8, juillet-août 1932, pp. 390-409, 7 fig.

Observation d'un homme de 58 ans, rachitique, porteur de lésions de syphilis osseuse et présentant des signes de paralysie générale. A son propos, l'auteur fait une revue générale des lésions de la syphilis osseuse qu'il décrit minutieusement : syphilis héréditaire précoce décelable seulement sur les radiographies, syphilis héréditaire tardive, syphilis acquise, concluant qu'actuellement la radiographie permet de suppléer aux défaillances des réactions sérologiques et a souvent une aussi grande valeur qu'un Wassermann positif. Un index bibliographique complète cet excellent article. A. Bocage.

Ostéite syphilitique nécrosante d'un métacarpien, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nos 7-8, juillet-août 1932, pp. 410-413, 1 fig.

Diagnostic fait sur l'aspect clinique et radiologique et sur l'évolution rapide ; guérison aisée par le traitement ; sérologie toujours négative. A. Bocage.

Impétigo escharotique par syphilis associée, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nos 7-8, juillet-août 1932. pp. 414-419, 2 fig.

Bien que le malade fût un grand diabétique et ne put faire de régime pendant son séjour à l'hôpital, le traitement mercuriel fit cicatriser en quelques jours les ulcérations nécrotiques. A. Bocage.

Syphilis à génie ulcéreux. Gomme syphilitique térébrante de l'aile du nez, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nos 7-8, juillet-août 1932, pp. 420-425, 1 fig.

Chez un homme de 23 ans, gomme perforante de l'aile du nez, avec élimination d'un volumineux séquestre osseux, non arrêtée par le traitement mercuriel, mais rapidement cicatrisée par l'arsenic. Trois ans avant, le même malade avait déjà fait toute une série de syphilides ulcéreuses guéries par une pommade et des lésions de la gorge cicatrisées par le tréparsol. A. Bocage.

Le myxœdème tubéreux, par O. Eliascheff. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nº 6, juin 1932, pp. 324-336.

Revue générale avec rappel d'une observation personnelle antérieure sur cette affection très rare qui paraît subordonnée à un état d'hypothyroïdie et est curable par l'opothérapie et dont la première étude fut faite par Dœssekker en 1916.

L'élément caractéristique est la présence de nodules fermes blanc cireux lisses, et légèrement transparents, de volume très variable, et dont l'histologie est celle du myxœdème. A. Bocage.

L'érosion ponctuée syphilitique des ongles, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nº 6, juin 1932, pp. 337-446, 7 fig.

Petites dépressions cupuliformes analogues à celles que donne l'eczéma, mais apparaissant en très petit nombre chez des sujets indemnes d'eczéma et de psoriasis, et souvent beaucoup plus profondes, parfois allongées ou alignées les unes derrière les autres ; elles sont synonymes de syphilis en activité et guérissent par un traitement spécifique prolongé. Une longue observation illustre cette thèse avec sept schémas de l'état des ongles au cours d'un traitement de quatre années chez un médecin atteint de syphilis ignorée qui s'était révélée par quelques troubles cardio-vasculaires et une réaction de Hecht positive.

A. Bocage.

Syphilis et vieillesse, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 8e année, nº 6, juin 1932, pp. 352-356.

L'auteur passe en revue les stigmates classiques de la vieillesse et montre que chacun d'entre eux peut être dû à la syphilis : rides, cheveux blancs, douleurs qualifiées rhumatismales, diminution de la puissance sexuelle, troubles du caractère. A. Bocage.

Annales de l'Institut d'Actinologie.

Etudes cliniques, actino-biologiques et histologiques sur le Summer-Prurigo d'Hutchinson, par J. Schaumann et F. Lindholm. *Annales de l'Institut d'Actinologie*, t. VI, nº 3, pp.

Conclusions : en projetant le spectre de la lampe de quartz sur la peau d'un individu normal, et sur celle d'un porteur de summer-prurigo, nous avons provoqué une réaction érythémateuse par les radiations de longueur d'onde 302 et 297, l'action des premières étant particulièrement intense et durable. Chez le porteur de summer-prurigo, nous avons provoqué au niveau de la raie 302, et de cette raie seule, des éléments papuleux et prurigineux cliniquement et histologiquement identiques à ceux que le soleil produit chez ce malade.

Les radiations qui provoquent de l'érythème actinique (λ 302) sont donc les mêmes que celles qui font apparaître le summer-prurigo (il

s'agissait d'une fille de 42 ans, tuberculeuse, présentant depuis l'âge de 12 ans des manifestations cutanées sans hémato-porphyrinurie).

CH. AUDRY.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Syndrome de Raynaud guéri par des injections de bismuth, par SÉZARY et HOROWITZ. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 48e année, nº 25, 18 juillet 1932, p. 1263.

Cas grave de syndrome de Raynaud avec douleurs cuisantes intolérables, troubles trophiques importants, traité par les médications classiques et l'acétylcholine à hautes doses sans succès. Sur la constatation d'une aréflexie achilléenne unilatérale, sans aucun autre signe clinique ou biologique de spécificité, les auteurs instituent un traitement par les injections de bismuth. Ce traitement a amené la guérison et a subi l'épreuve de l'hiver 1931-1932, pendant lequel le malade fut exposé au froid. Cette observation doit inciter à faire un tel traitement qui pourra dans certains cas donner un résultat inespéré. H. RABEAU.

Une observation de cérébellite syphilitique, par F. COSTE et M. BOCQUET. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série 48e année, nº 25, 18 juillet 1932, p. 1314.

L'atteinte du cervelet est, parmi les localisations de la syphilis sur l'axe cérébro-spinal, relativement rare. Cette observation d'un cas de cérébellite spécifique presque pure montre l'action remarquable d'un traitement arsenico-bismuthique. Néanmoins, les résultats de la ponction lombaire doivent faire craindre une évolution ultérieure progressive. H. RABEAU.

Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie (Paris).

Transmission de la syphilis à la souris par greffe de lymphadénome contaminé par du virus syphilitique, par C. LEVADITI et N. CONSTANTINESCO. *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie,* t. CX, nº 28, 12 août 1932, pp. 1217-1218.

Ce résultat est obtenu quel que soit le résultat positif ou négatif de la greffe de la tumeur maligne, ce qui montre que le lymphadénome greffé chez des souris infectées de tréponèmes contient lui-même le virus syphilitique. A. BOCAGE.

Réceptivité du chat à l'égard du virus lymphogranulomateux de la maladie de Nicolas-Favre, par C. LEVADITI, P. RAVAUT, R. SCHŒN, et A. VAISMAN. *Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie,* t. CX, nº 28, 12 août 1932, pp. 1218-1220.

Le jeune chat doit être compris parmi les espèces animales susceptibles de contracter une infection soit apparente, soit inapparente après inoculation transcrânienne du virus lymphogranulomateux entretenu par des passages sur le singe et la souris. A. BOCAGE.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Un dérivé anthranolique peu connu, le 1-8 Di-oxyanthranol. Son utilisation en thérapeutique dermatologique, par P. VALETTE. *Gazette des Hôpitaux*, 105e année, n° 68, 24 août 1932, pp. 1255-1258.

Corps synthétique créé en 1915 en Allemagne, voisin de la chrysarobine, mais plus actif, ne provoquant pas d'irritation conjonctivale, ni de coloration des cheveux et n'exposant pas à des accidents toxiques de résorption. De composition rigoureusement constante, il est indiqué dans les psoriasis, eczémas secs, lichens, épidermophyties, teignes et acnés rebelles.

On l'emploie en solution dans le benzol ou dans une pommade à une concentration variant habituellement de 1 à 10 o/oo ; l'auteur préfère les pommades qui donnent moins de réactions hyperémiques. Il peut être associé au goudron, à l'acide salicylique, ou la résorcine, etc.

A. BOCAGE.

Paris Médical

Sur quelques accidents au cours du traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique, par A. BAUDOUIN, R. LARGEAU et A. BUSSON. *Paris Médical*, 22e année, n° 32, 6 août 1932, pp. 126-128.

Observation d'une mort à la suite d'injections intraveineuses et d'une autre après injections intramusculaires quotidiennes justifiant les règles formulées par Sézary et Barbé : ne jamais dépasser un gramme par injection, jamais d'intraveineuse, jamais plus de trois injections par semaine. A. BOCAGE.

Action des rayons X sur la peau, par M. JOLY. *Paris Médical*, 22e année, n° 33, 13 août 1932, pp. 140-143.

Description clinique méthodique détaillée des différentes lésions de la peau qui suivent les applications de rayons X à doses thérapeutiques normales ou excessives ; exposé remarquablement clair et précis.

A. BOCAGE.

Revue Neurologique (Paris)

Les résultats de la malariathérapie dans la syphilis nerveuse durant la période de 1925 à 1931 inclus, par M. D. PAULIAN. *Revue Neurologique*, 39e année, t. I, n° 6, juin 1932.

Sur 689 malades inoculés, 636 ont fait des accès, mais 6 ont eu seu-

lement un ou deux accès et ne sont pas comptés dans cette statistique.

Sur 347 paralysiés générales, 40 o/o de rémissions, 37 o/o d'améliorations ; chiffres très voisins dans l'association tabès-paralysie générale. Résultats meilleurs dans la syphilis méningo-encéphalique, le tabès, l'hérédo-syphilis nerveuse (85 o/o), l'hémiplégie ; médiocres dans l'atrophie optique tabétique (7 o/o).

Avec des soins spéciaux on peut impaluder tous les malades.

A. Bocage.

Troubles neurologiques produits par l'œdème de Quincke, par J. C. Mussio, Fournier et A. Garra. *Revue Neurologique*, 39e année, t. I, nº 6, juin 1932, pp. 1444-1447.

Un homme de 25 ans a fait, à quelques années d'intervalle, de l'œdème de Quincke de la face, précédé chaque fois de céphalée, suivie de perte de connaissance durant une demi-heure environ. Quatre jours après, la ponction lombaire montrait une légère hypertension rachidienne qui diminua quelques jours plus tard. A. Bocage.

Journal de Médecine de Lyon.

Quelques formes de syphilis nerveuse auriculaire, par H. Proby. *Journal de Médecine de Lyon*, nº 301, 20 juillet 1932, p. 457.

Il existe des formes frustes de syphilis du nerf auditif, où le nerf cochléaire n'est pas ou presque pas touché et où seul, le nerf vestibulaire manifeste son atteinte par des vertiges que l'on rapporte à toute autre étiologie.

Il faut être prévenu de cette symptomatologie discrète pour rechercher les modifications cytologiques du liquide céphalo-rachidien et de la réaction de Wassermann.

L'amélioration et même la guérison de ces vertiges par le traitement spécifique confirmera le diagnostic. Jean Lacassagne.

Lyon Médical.

Aortite syphilitique avec syndrome angineux sans lésions coronariennes, par L. Gallavardin. *Lyon Médical*, 64e année, t. CL, nº 34, 21 août 1932, p. 189.

Il peut se produire dans quelques cas d'aortite syphilitique des manifestations angineuses qui ne reconnaissent pas une origine coronarienne.

Il est difficile de préciser dans de tels cas la pathogénie de ce syndrome angineux, non coronarien, qu'il faille invoquer l'existence d'une volumineuse insuffisance aortique, des oblitérations en série des orifices des artères intercostales, la coexistence d'un anévrysme de l'aorte thoracique descendante ou toute autre cause.

Jean Lacassagne.

Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Immunologia, y Quimioterapia (Buenos-Ayres).

Etat actuel du traitement des maladies pyogènes en dermatologie (Estado actual del tratamiento de las enfermedades piogenas en dermatologia), par J. C. Canera. Rapport au 4e congrès national de médecine (section de dermatologie in *Revista sud-americana de Endocrinologia, Immunologia y Quimioterapia*). Buenos-Ayres, 1932, 54 pages.

J. L. C. limite son sujet à l'étude des streptodermies et des staphylodermies. Il range dans le premier groupe l'impétigo vulgaire, la perlèche, la streptodermie vésiculo-croûteuse superficielle, l'érysipèle dermatologique, l'ecthyma streptococcique, le périonyxis. Il réunit dans le second la périporite staphylococcique de Lewandowski, le furoncle, le sycosis, l'impétigo dit de Bockahrdt, les abcès multiples du nouveau-né, l'acné nécrotique, l'hidrosadénite de l'aisselle, la stomatite à staphylocoques et, d'une façon générale, toutes les folliculites.

Il expose les idées nouvelles relatives aux streptodermies atypiques, comme les streptococcies eczématiformes de Sabouraud, les dermatoses secondes du type eczématide dont Ravaut a démontré le caractère allergique par des intradermo-réactions, certaines éruptions dysidrosiformes, etc...

Diverses raisons militent en faveur du rattachement au groupe des pyodermites d'affections comme le pemphigus, et plus particulièrement le pemphigus aigu fébrile grave de Nodet et Pernet, le pemphigus tropical, le pemphigus aigu des nouveau-nés et la dermatite exfoliatrice de Ritter.

Les relations de quelques autres dermatoses sont beaucoup plus discutées. Divers faits sont de nature à faire considérer comme des maladies secondes le pityriasis rosé, la dysidrose, le psoriasis, la névrodermite de Brocq, les purpuras, certains prurigos et enfin l'eczéma.

J. L. C. étudie ensuite les défenses de la peau contre les germes pyogènes, ainsi que le mécanisme de l'infection.

Il souligne l'importance du traitement des pyodermites. Les lésions microbiennes de la peau constituent des *infections focales*, qui peuvent être le point de départ de diverses maladies internes (adénopathies, néphrites, endocardites végétantes, septicémies, etc.).

D'autre part, certaines modifications du terrain favorisent le développement des germes. On peut citer comme cause générale le diabète, et comme facteur local la séborrhée.

Le traitement doit être établi d'après des indications basées sur le caractère des lésions infectieuses. Alors que les pyodermites à pustules superficielles n'exigent que des soins locaux, il est nécessaire de faire intervenir dans les autres des médications générales. Celles-ci sont d'autant plus nécessaires que le siège des altérations est plus profond.

J. L. C. rappelle des diverses méthodes de traitement local des infections cutanées. A côté des préparations soufrées, de l'eau d'Alibour,

du nitrate d'argent, de l'alcool iodé, des injections locales d'oxygène, etc..., les moyens physiques trouvent leur place lorsqu'il s'agit d'affections particulièrement rebelles comme les sycosis ou les acnés. En pareil cas la radiothérapie donne d'excellents résultats.

Les rayons ultra-violets ont été employés avec des succès variables.

Récemment, on a utilisé dans la pratique dermatologique les rayons de grande longueur d'onde (rayons de Grenz ou de Bucky).

Le traitement général peut mettre en œuvre de nombreuses méthodes. J. L. C. passe en revue les diverses données relatives à la protéinothérapie non spécifique, à la chimiothérapie, aux méthodes de désensibilisation, à la vaccinothérapie générale et locale, à la vaccinothérapie de Wright et enfin au bactériophage. J. MARGAROT.

Annaes brasileiro de Dermatologia e Sifilographia (Rio-de-Janeiro).

Fréquence des accidents arsenicaux (Frequencia de accidentes arsenicaes), par Henrique de MOURA COSTA. *Annaes brasileiros de Dermatologia e Sifilographia*, 7e anée, nos 1 et 2, 1932, p. 9.

L'auteur donne la statistique des accidents qu'il a observés au cours du traitement de la syphilis par le néosalvarsan. La proportion est passée de 20,9 o/o en 1921 à 1,1 o/o en 1930. La courbe présente une chute rapide à 4,58 o/o en 1923, remonte à 8,7 o/o en 1924 et descend ensuite progressivement jusqu'en 1930. J. MARGAROT.

Sur quelques aspects de la question des « Botryomycoses ». Conception actuelle (Sobre alguns aspétos da questao das « Botriomicoses » conceito actual), par Rabello FILHO. *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia*, 7e année, nos 1 et 2, 1932, p. 17.

Dans un premier travail, l'auteur a déjà indiqué que sous le nom de « Botryomycome » on a étudié des complexes symptomatiques différents : Un premier groupe de cas répond à la « véritable botryomycose ». Un deuxième réunit les « granulomes pyogéniques, pédiculés, télangiectasiques ». Dans un troisième prennent place des lésions cutanées auxquelles il a donné le nom de « pyodermite lente », par analogie avec l'endocardite lente d'Osler et qui répondent aux pyodermites chroniques des auteurs allemands.

R. F. passe en revue les diverses conceptions de la botryomycose et conclut que ce nom doit être réservé à une affection cutanée nettement caractérisée par la clinique et par l'anatomie pathologique. Le terme de botryose éviterait toute confusion. J. MARGAROT.

Sarcome multiple pigmentaire (maladie de Kaposi) (Sarcoma multiplo pigmentar, Doença de Kaposi), par Rabello FILHO. *Annaes brasileiros de Dermatologia e Syphilographia*, 7e année, nos 1 et 2, 1932, p. 31.

R. F. apporte un cas de sarcomatose multiple pigmentaire de Kaposi. Ce travail fait partie de la série de recherches entreprises par l'auteur

sur le groupe des granulomes de marche chronique, qui comprend à côté des botryoses, les pyodermites lentes et le granulome télangiectasique (angiome hyperplasique de Masson).

Il discute à propos de ce cas les diverses hypothèses qui ont été proposées (sarcome, infection, troubles nerveux, malformation mésenchymateuse).

Cette dernière interprétation permet une explication d'ensemble de toutes les affections du groupe Kaposi (angiomes cellulaires, angiofibromes, plus ou moins cellulaires, et sarcomes suivant que la prolifération prédomine sur les vaisseaux ou sur le tissu conjonctif).

J. MARGAROT.

Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec.

Erythème noueux et tuberculose, par L. LARUE et G. DESROCHERS. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec,* nº 6, juin 1932, pp. 181-187.

Chez une enfant de 13 ans, atteinte d'hémiplégie ancienne avec épilepsie et troubles mentaux, apparition d'un syndrome infectieux, fièvre légère, toux sans signes pulmonaires, puis érythème noueux. Mort quinze jours plus tard en état de mal épileptique.

A l'autopsie, outre les lésions congestives et les suffusions sanguines habituelles à l'état de mal, présence d'une masse caséeuse de la taille d'une petite prune dans un des poumons, un semis de petits nodules tuberculeux au voisinage et un ganglion tuméfié. Au niveau des points où existait de l'érythème noueux, quelques infiltrats péri-vasculaires, et rares amas nodulaires avec quelques cellules épithélioïdes ; une seule cellule géante, pas de bacilles de Koch.

Ce cas paraît un exemple typique de l'origine tuberculeuse de certains érythèmes noueux.

Discussion : M. R. Desmeules pense aussi que la tuberculose est très souvent la cause de l'érythème noueux.

M. S. Caron a vu deux fois se tuberculiser des malades ayant eu dans les années précédentes de l'érythème noueux.

M. J. B. Jobin ne croit pas que l'érythème noueux relève *toujours* de tuberculose.

A. BOCAGE.

The American Journal of Syphilis (Saint-Louis).

La ponction sous-occipitale (Cistern puncture), par ASTRACHAN. *The American Journal of Syphilis,* vol. XVI, nº 3, juillet 1932, p. 321.

A. discute la valeur des deux techniques de la ponction sous-occipitale, la technique indirecte d'Eskuchen qui consiste à ponctionner en deux temps et la technique directe d'Ayer.

Aussi bien en Amérique qu'en Europe, la technique indirecte paraît

généralement être préférée et passe pour donner plus de sécurité. Il semble d'après la littérature qu'on ait pratiqué jusqu'à l'heure actuelle environ 30.000 ponctions suivant la technique indirecte et 7.000 par la technique directe.

Le travail de A. est cependant un plaidoyer en faveur de la technique directe d'Ayer. Il s'agit, en effet, dans la technique indirecte, de repérer d'abord avec l'extrémité de l'aiguille le bord inférieur de l'occipital puis de dévier l'aiguille pour passer en dessous. On risque dans cette manœuvre de casser l'aiguille. Un plexus veineux particulièrement riche longe le bord inférieur de l'occipital et l'aiguille, passant en cette région, ne peut guère l'éviter. Une hémorragie peut aussi facilement être causée par les piqûres répétées du périoste lorsque le rebord osseux n'a pas été repéré du premier coup. Le périoste étant le tissu le plus sensible de cette région, la technique indirecte est de beaucoup la plus douloureuse.

La méthode directe d'Ayer est donc préférable et peut donner autant de sécurité que la précédente si l'on prend certaines précautions indispensables ; il faut tout d'abord s'exercer sur des cadavres ; il faut repérer le point à piquer, le malade étant debout ; pour ponctionner le malade doit être couché sur le côté droit, la tête relevée sur un coussin dur de façon à ce que la colonne cervicale soit rectiligne ; la tête doit être maintenue fléchie pendant toute la durée de l'opération ; on doit enfoncer l'aiguille lentement, millimètre par millimètre ; si le liquide ne vient pas lorsqu'on a la sensation d'avoir pénétré dans la citerne, ne pas continuer à enfoncer l'aiguille, mais amorcer l'écoulement avec une seringue ; ne jamais supprimer plus de 30 centimètres cubes de liquide ; le malade doit rester assis pendant 3 à 4 heures après la ponction pour éviter les variations de la pression intracrânienne et la céphalée consécutive. On ne doit pas pratiquer de ponction sous-occipitale chez les enfants au-dessous de 3 ans, chez les artério-scléreux, dans les cas suspects de tumeur cérébrale, à la suite des gros traumatismes crâniens.

En dehors de ces cas, la ponction sous-occipitale est la méthode de choix pour obtenir du liquide céphalo-rachidien en vue d'un examen, pour pratiquer le drainage thérapeutique (soustraction de liquide 10 minutes après une injection arsénobenzolique), pour pratiquer des injections de sérums divers ou de substances médicamenteuses (luminal, adrénaline, strychnine, atropine, etc.).

A. a pratiqué 340 ponctions par la méthode directe chez 225 malades sans accident grave. D'après son expérience, il évalue à 5 centimètres la distance moyenne qui sépare la peau de la citerne ; elle était de 7 cm. 1/2 dans 3 cas et de 3 cm. 1/2 seulement dans 1 cas.

S. Fernet.

Syphilis et traumatisme (Syphilis and trauma), par Greenbaum et Madden. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, n° 3, juillet 1932, p. 297.

Le traumatisme intervenant comme cause d'une localisation syphilitique ne paraît pas être très rare. Une règle a même été énoncée (Tarnowsky) : plus le traumatisme se fait tôt après le début de l'infection, plus la production d'une lésion spécifique est probable.

G. et M. ont étudié le problème expérimentalement ; au moyen de la neige carbonique, ils ont déterminé des phlyctènes en peau saine chez 12 syphilitiques en période primaire ou secondaire et chez 7 autres présentant soit des syphilis latentes, soit des lésions tertiaires.

La sérosité des phlyctènes datant de 2 à 12 jours (?) fut examinée à l'ultra-miscroscope et inoculée à des lapins. Tous les examens furent négatifs.

S. Fernet.

La pénétration du bismuth dans le cerveau : résultats expérimentaux obtenus avec l'iodobismuthite, l'iodobismitol et quelques autres produits bismuthiques (Cerebral penetration of bismuth : experimental results with iodobismuthite, iodobismitol and some other bismuth products), par Hanzlik et Spaulding. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, juillet 1932, nº 3, p. 335.

Étude expérimentale de la pénétration dans le cerveau animal de divers produits bismuthiques. Parmi les composés étudiés se trouve l'iodobismitol, solution à 6 o/o d'iodobismuthite de Na dans du glycol, additionnée de 12 o/o d'iodure de Na. Le bismuth contenu dans l'iodobismuthite de Na (Na_2BiI_5) est électronégatif et par conséquent ionisé comme anion contrairement à la plupart des autres sels couramment employés. Dans toutes les études expérimentales citées jusqu'à l'heure actuelle et portant sur des sels bismuthiques dont le Bi est ionisé comme cation, des doses toxiques ont été employées et l'on peut se demander si le Bi n'a pas pénétré dans le cerveau uniquement en faveur d'altérations de la barrière méningo-encéphalique.

H. et S. ont injecté à des lapins et à des cobayes l'iodobismuthite de Na seul ou sous forme d'iodobismitol à doses thérapeutiques. Chez 82 o/o de ces animaux, ils ont trouvé du Bi dans le cerveau au taux de traces à 0 mg. 75 par 100 grammes de matière cérébrale (0 mg. 05 en moyenne).

Il ne pénètre pas plus de Bi dans le cerveau après des injections intraveineuses qu'après des injections intramusculaires. La présence d'iodure dans la préparation n'augmente pas la quantité de Bi qui pénètre dans le système nerveux.

Après les injections de produits bismuthiques courants dans lesquels le Bi est électro-positif, le cerveau des animaux contenait moitié moins de Bi : 0 mg. 025 pour 100 grammes de matière cérébrale.

Ces faits expérimentaux confirment la théorie que le bismuth anion pénètre plus facilement dans le système nerveux que le bismuth cation.

S. Fernet.

La pénétration du bismuth dans le cerveau et le liquide céphalo-rachidien : résultats cliniques observés avec l'iodobismuthite (iodobismitol) et quelques autres produits bismuthiques (Cerebral and spinal fluid penetration of bismuth : clinical results with iodobismuthite (iodobismitol) and some other bismuth products), par HANZLIK, MEHRTENS et SPAULDING. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, juillet 1932, n° 3, p. 350.

57 malades neuro-syphilitiques ont reçu des injections intramusculaires d'iodobismuthite de Na (Na_2BiI_5) ou d'iodobismitol (iodobismuthite additionné d'iodure de Na). Le liquide céphalo-rachidien de 82 o/o de ces malades contenait de 0 mg. 001 à 1 mg. 988 de Bi par 100 centimètres cubes de liquide ; environ 20 o/o en avaient 0 mg. 005.

Chez 6 malades, atteints de tumeurs cérébrales ou d'encéphalites épidémiques et autopsiés peu de temps après des injections d'iodobismitol, on trouvait de 0 mg. 017 à 0 mg. 087 de Bi dans 100 grammes de cerveau.

On peut donc admettre qu'il y a du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien toutes les fois qu'on a injecté une dose totale de 24 à 26 centimètres cubes d'iodobismitol (3 injections de 2 centimètres cubes par semaine pendant 1 mois). Il n'en est pas ainsi avec les autres produits bismuthiques dont le Bi-cation ne pénètre qu'à la faveur d'une altération méningée. S. FERNET.

Le traitement de la neuro-syphilis par le bismuth-anion (Anionic bismuth therapy in neuro-syphilis, par MEHRTENS et POUPPIRT. *The American Journal of Syphilis*, vol. XVI, n° 3, juillet 1932, p. 373.

L'introduction dans la thérapeutique d'un sel bismuthique, l'iodobismuthite de soude (Na_2BiI_5), dont le bismuth est chargé d'électricité négative et diffuse sous forme d'anions, a été suggérée par certaines considérations théoriques ; les iodures et les bromures pénètrent dans le liquide céphalo-rachidien ; celui-ci contient relativement plus d'anions que de cations ; la barrière entre le sang et le liquide céphalo-rachidien est une membrane chargée négativement, elle est relativement imperméable aux cations de faible concentration. Donc, théoriquement, le bismuth-anion doit pénétrer dans le liquide céphalo-rachidien plus facilement que le Bi-cation.

L'expérimentation sur les animaux a confirmé ces faits : 82 o/o des animaux injectés ont du Bi dans le cerveau tandis qu'on n'en trouve que chez 30 o/o après des injections de sels bismuthiques ordinaires.

M. et P. ont expérimenté le nouveau sel bismuthique (iodobismitol) dans de nombreux cas de neuro-syphilis. Ils accusent 21,8 o/o de guérisons sérologiques et 78,1 o/o d'améliorations cliniques dans les neuro-syphilis méningo-vasculaires, 56 o/o d'améliorations notables dans le tabès et 59 o/o d'améliorations dans la paralysie générale (27 o/o des cas ont pu reprendre leur travail).

Les auteurs admettent que l'efficacité d'un produit bismuthique sur la neuro-syphilis dépend de son aptitude à fournir du bismuth électronégatif. S. FERNET.

L'influence de l'ingestion d'alcool sur les réactions de Wassermann, de Kahn et de Hinton (The effect of ingestion of alcohol on Wassermann, Kahn and Hinton tests), par Brittingham et Rosen. *The American Journal of Syphilis,* vol. XVI, juillet 1932, n° 3, p. 403.

On a affirmé que l'ingestion d'alcool pouvait négativer momentanément les réactions sérologiques ; le whisky et la bière de Münich ont été particulièrement incriminés.

B. et R. ont fait ingérer à 18 syphilitiques non traités de 90 à 300 centimètres cubes d'alcool à 95°. Des réactions de Wassermann, de Kahn et de Hinton ont été pratiquées pendant les deux ou trois jours suivants : aucune d'elles n'a été trouvée modifiée. S. Fernet.

Giornale Italiano di Dermatologia e sifilologia (Milan).

Contribution à l'étude de la dermatose de Fox-Fordyce, par Del Vivo. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, fasc. 5, août 1932, p. 1257, 7 fig. Bibliographie.

Après un rapide rappel des notions que nous possédons sur cette dermatose, dont l'étiologie en particulier est fort obscure comme pour beaucoup d'autres affections cutanées, l'auteur passe à l'étude d'un cas personnel concernant une femme de 39 ans, qui était atteinte d'un prurit intense aux creux axillaires, aux aréoles mammaires et au pubis, accompagné de manifestations papuleuses typiques de la dermatose de Fox-Fordyce, localisées aux aisselles. Aucune altération des organes internes, examen gynécologique négatif ; sujet présentant des signes d'hypothyroïdisme, d'hypercortico-surrénalisme et d'hyposurrénalisme médullaire. Système nerveux végétatif à prédominance vagale. La patiente a été tenue en observation pendant environ trois ans et a été soumise aux traitements les plus variés, opothérapiques et médicamenteux, sans compter les rayons X et les rayons ultra-violets, sans en obtenir de résultat bien appréciable.

Les recherches anatomo-pathologiques effectuées dans le cas de cette malade, parallèlement à des recherches pratiquées sur des biopsies de peau du creux axillaire de femmes jeunes montrent nettement que l'attention doit se porter surtout sur les glandes sudoripares apocrines. Celles-ci présentent en effet des altérations de l'épithélium des tubes sécréteurs, altérations qui vont d'une simple souffrance et insuffisance sécrétoire jusqu'à une véritable et propre altération dégénérative de l'épithélium glandulaire, qui peut se montrer atrophique, désagrégé, détaché, et accumulé en amas dans la lumière glandulaire. Autour des conduits malades, il peut exister, soit un infiltrat inflammatoire constitué en majeure partie de cellules à type lymphocytaire et de fibroblastes, soit une véritable et propre néoformation conjonctive. Outre les altérations des glandes, existent également les altérations connues aux dépens de l'épiderme, des follicules pilaires, des poils, etc...

De l'étude de ce cas, et de l'examen de la bibliographie de la ques-

tion, l'auteur, pour diverses considérations, aboutit à cette conviction que la dermatose de Fox-Fordyce est une maladie bien distincte du *lichen simplex* chronique de Vidal et qu'elle doit être considérée comme une apocrinite sudoripare, c'est-à-dire comme un processus morbide propre des organes sudoripares apocrines, chez des sujets endocrinopathiques. BELGODERE.

Recherches sur la cutis marmorata, par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, fasc. 4, août 1932, p. 1282, 10 fig. Bibliographie.

L'auteur apporte le résultat de recherches personnelles qu'il a entreprises pour élucider le mécanisme physiologique si discuté du livedo, et de la *cutis marmorata.*

Un certain nombre de cas de *cutis marmorata* et de syndromes cliniques voisins, furent soumis à des recherches (examen du tableau thermique général et local, de la réactivité dermographique, des réponses aux diverses excitations : thermique, à l'adrénaline et à l'histamine) dans le but d'étudier le mécanisme de formation du dessin vasculaire cutané. Les principales données fournies par ces recherches peuvent se résumer de la manière suivante :

1° Le dessin vasculaire de la livedo est dû essentiellement à des phénomènes aux dépens des capillaires cutanés : une intervention directe des artérioles n'apparaît pas de l'examen de la température des aires pâles et de celles cyanotiques (dans le cyanème annulaire) ou de celles érythémateuses (dans l'érythème annulaire). Un autre argument en faveur d'un mécanisme capillaire est encore fourni par le fait de la persistance du dessin vasculaire à des températures cutanées très différentes. Toutefois, il résulte de l'état anormal du tonus thermique cutané et des réactions dermographiques que les réactions des artérioles elles aussi ne doivent pas être considérées comme normales.

2° Dans des conditions d'excitation vasculaire variée, on peut assister à deux phénomènes au point de vue du dessin vasculaire : ou bien sa disparition, ou bien son passage du cyanème annulaire (*cutis marmorata*) à l'érythème annulaire (érythème léopard). Dans ce dernier cas, en même temps que la couleur, on voit varier les dimensions de la trame vasculaire. On peut admettre un phénomène de gradation des modifications du dessin vasculaire, en rapport avec l'intensité des excitants thermiques et chimiques employés : à un premier degré, correspondraient les variations de couleur du dessin — de violacé à rosé — par intervention de l'hyperémie active. A un second degré, la disparition du dessin. A un troisième degré, d'excitation plus énergique, l'apparition d'érythème annulaire.

3° Les faits observés s'expliquent, sur la base des conceptions modernes, sur le déterminisme vaso-moteur des petits vaisseaux cutanés, si l'on admet par hypothèse que les aires cyanotiques de la livedo se forment par un état réfractaire anormal de leurs capillaires à la vaso-

constriction : par un seuil vaso-constricteur élevé. Les faits de modification du dessin s'expliquent alors par l'intervention de phénomènes réfractaires et de réactions de compensation. Des recherches ultérieures devront d'autre part élucider la question du mécanisme de distribution de la trame du dessin vasculaire lui-même : le facteur paraît en être essentiellement cutané, et réactif. BELGODERE.

Recherches et considérations sur l'appareil vasculaire dans quelques acrodermatoses, par C. PISACANE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 4, août 1932, p. 1306. Bibliographie.

P. fait remarquer que si, dans ces dernières années, de nombreux travaux ont été entrepris afin d'établir les rapports entre la pathologie cutanée et l'économie générale de l'organisme, rares sont les recherches sur les relations entre les dermatoses et les troubles de l'appareil circulatoire. Et cependant, les modifications de la dynamique circulatoire ont un retentissement sur la peau dont l'importance apparaît avec évidence. Il a cherché à combler cette lacune en entreprenant des recherches sur les différents territoires circulatoires : celui des artères, celui des veines, celui des petits vaisseaux cutanés et en prenant de préférence comme objet d'études des affections dans lesquelles les perturbations du « cœur périphérique » ont un rapport plus évident, c'est-à-dire des acrodermatoses : acrocyanose, érythème noueux, varices, acné rosacée.

Il a étudié ainsi dans ces différents cas : la pression artérielle, la pression dans les petits vaisseaux, la pression veineuse, l'indice oscillométrique.

Les résultats de ces recherches ne peuvent se résumer et voici à quelles conclusions P. croit devoir aboutir :

1° Les variations de pression artérielle et veineuse sont plutôt le témoin des conditions générales individuelles que la caractéristique spécifique de dermatoses déterminées. Même pour la pression capillaire, tout en tenant compte du peu de sensibilité des méthodes de recherche dont nous disposons, il n'existe pas de véritables tableaux spécifiques.

2° Pour ces diverses raisons, l'étude des pressions ne peut pas constituer à elle seule un élément de grande valeur diagnostique dans les diverses dermatoses ; elle peut cependant, surtout si on l'associe à des recherches plus précises que celles que nous permet actuellement la technique sur la pression capillaire, constituer une donnée de grande importance pour déterminer le terrain sur lequel la dermatose elle-même évolue. A ce point de vue, cette étude peut nous être utile pour élucider la pathogénie des dermatoses elles-mêmes.

En effet, dans beaucoup de cas et surtout dans le cas des acrodermatoses, il existe certainement des conditions de terrain, ou prédisposantes de caractère vasculaire, il existe en outre des causes spécifiques, les unes connues, les autres moins, qui provoquent justement sur ce terrain particulier la dermatose elle-même.

Par conséquent, dans l'ensemble, les recherches sur la pression et sur la circulation en général, si elles offrent peu de ressources par leurs caractères pour des diagnostics spécifiques, peuvent cependant, dans beaucoup de cas, être d'un grand secours pour aider à comprendre la pathogénie de beaucoup d'affections cutanées. BELGODERE.

Nævus kystique tricho-sébacé diffus du tronc (Stéatose multiple des follicules pilo-sébacés (Bosellini); Stéatocystome multiplex (Pringle); Sébocystomatose (Gunther), par Francesco LISI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 4, août 1932, p. 1325, 8 fig. Bibliographie.

Chez une jeune fille de 28 ans, l'auteur a observé une dermatose diffuse, ayant débuté à l'époque de la puberté, au niveau des bras et de la poitrine et qui s'est étendue par jetées successives, spécialement dans les dernières années sur tout le corps, à l'exception du visage et du cuir chevelu, et avec prédominance au tronc. Cette dermatose est caractérisée par de petites formations kystiques, légèrement saillantes sur le plan cutané, recouvertes de peau normale, de couleur le plus souvent jaunâtre, ayant un contenu vaseliniforme, limpide, soluble dans les solvants habituels des graisses.

A l'examen histologique, ils apparaissent comme des kystes de types divers, à paroi épithéliale constituée par des cellules plates pluri-stratifiées.

Dans la forme la plus commune, et fondamentale, ils sont arrondis, à paroi lisse, vides de tout contenu, et surgissent au niveau du conduit de la glande sébacée si bien que, au point de vue histogénético-morphologique, ils sont interprétés comme des kystes folliculo-sébacés.

Moins communément, il est donné d'observer des kystes à paroi nettement papillomateuse dont les rapports avec les formations anatomiques normales de la peau apparaissent moins clairs et qui semblent être dus à une évolution ultérieure, non très fréquente, du type précédent.

Enfin, de rares formations kystiques du type dit folliculaire s'observent sur les préparations, dans quelques-unes desquelles il est également donné de relever un foyer à structure fibrogranulomateuse excavé de nombreuses cavités, circonscrit par des cellules géantes, qui semble devoir être interprété comme l'aboutissant d'un processus de résorption (spontané ?) des kystes.

A cause de l'absence de causes histologiques évidentes (congénitales ou acquises, capables d'aboutir à un mécanisme de rétention, que les critères cliniques eux-mêmes ne confirment pas, à cause du polymorphisme histologique et surtout à cause du caractère hyperplasique du revêtement épithélial des kystes, bien visible dans les formes jeunes ou non excessivement avancées dans leur développement, de même que, en raison de l'existence de formes papillomateuses kystiques, il est exclu que dans le cas étudié on puisse parler de kystes par rétention et on pense plutôt à des formes kystiques par vice de conformation.

A cette interprétation est favorable la donnée du caractère familial et congénital de cette affection, qui semble ressortir de quelques observations de la casuistique du sujet, que l'auteur a recueillies et rapportées dans son travail, et que l'on peut considérer comme analogues à son cas personnel, bien que moins complexes et plus monomorphes (simples kystes de type fondamental).

Pour toutes ces raisons, l'auteur pense que cette dermatose doit être interprétée comme un *nævus*, plutôt que comme kystes multiples par rétention par accumulation de la sécrétion des glandes sébacées annexes jusqu'ici : tout en admettant que, en raison du siège particulier de la malformation, il doit s'y associer nécessairement un mécanisme de détention par accumulation de la sécrétion des glandes sébacées annexes qui forme le contenu des kystes.

Le mécanisme génétique d'une telle dystrophie, pour toute une série de considérations, semble devoir être rapporté à une tendance *innée, particulière au développement anormal du conduit de la glande sébacée qui porte à une tendance dilatatoire-kystique* dont les causes premières nous échappent.

Dans cette obscurité étiologique, apparaît digne d'attention, dans le cas étudié, le fait d'une faiblesse congénitale du système nerveux chez les membres de la famille du sujet et en partie aussi chez le sujet lui-même : ce qui pourrait faire supposer qu'il existe quelque rapport entre ces deux faits dans le sens d'une disposition congénitale aux dystrophies de tout le système ectodermique.

Le cas est remarquable, par conséquent, non tant par sa rareté, que parce qu'il permet d'isoler *un tableau clinique nævique de type kystique diffus* dont l'auteur, en se basant sur son observation et sur quelques autres analogues actuellement connues, définit les caractéristiques cliniques, histologiques et génétiques.

Sur ces caractéristiques peut être justifiée pour ce cas la dénomination de *nævus kystique trichosébacé diffus du tronc.*

Ce nævus est à opposer à d'autres formes nævIques épithéliales connues de la peau (en particulier l'hydroadénome éruptif) et à distinguer de certains cas rares de kystes diffus de signification nosographique différente (kystes cornés diffus, etc...).

Ce cas est remarquable encore par l'analogie des caractères avec ceux de formes circonscrites de kystes cutanés beaucoup plus communes et de signification tératologique moins nette, ce qui amène l'auteur à distinguer deux variétés cliniques de nævus trichosébacé kystique : une *forme diffuse* et une *forme circonscrite.* BELGODERE.

Contribution à l'étude de l'herpès gestationis, par Elio SECHI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, fasc. 4, août 1932, p. 1353. Bibliographie.

L'auteur étudie un cas d'*herpès gestationis* chez un sujet de 34 ans ayant eu 6 grossesses. La première s'est terminée par avortement au

4e mois ; vers le 4e mois de la 4e grossesse, la patiente présenta une première attaque d'herpès, qui régressa spontanément. L'accouchement s'effectua normalement, mais le fœtus mourut au 8e jour avec des attaques convulsives. Au 5e mois de la 6e grossesse, il présenta une nouvelle éruption qui guérit rapidement au moyen d'un traitement avec un extrait de corps jaune ; même évolution d'une autre explosion qui se manifesta à 4 mois de l'accouchement.

De ce résultat thérapeutique, et confirmant l'opinion généralement dominante, l'auteur tire d'une manière générale la conclusion que l'*herpès gestationis* reconnaît comme *primum movens* une perturbation de l'hormone lutéale, même lorsque les tentatives faites pour déceler la source allergisante ont mis en évidence d'autres substances mono- ou pluri-glandulaires étrangères à la sphère ovarique.

En outre, après avoir rappelé les critères cliniques qui différencient cette dermatose, d'autres formes qui s'en rapprochent morphologiquement, il estime que le fondement pathogénétique de l'*herpès gestationis* présente des points de contact étroits avec la dermatite de Dühring et que, par suite, la position étiologique de cette dernière affection pourrait tirer de cette constatation quelque profit.

BELGODERE.

Recherches sur les propriétés biologiques de la peau et les possibilités de transmission de celles-ci, d'animal à animal, au moyen de greffes cutanées, par Felice BERNUCCI. *Giornale italiano di Dermatologiae Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 4, août 1932, p. 1372 7 fig.

Le biologiste polonais Trawinski a effectué des expériences qui ont démontré que la peau était un siège actif de formation de processus défensifs et que par son intermédiaire il était possible de réaliser la transmission des caractères biologiques.

Après avoir immunisé des lapins à un degré élevé vis-à-vis de bactéries de Breslau ou de Gærtner, il faisait une ablation de fragments de peau *in toto*, et les greffait sur des lapins de contrôle non immunisés. Au bout de huit jours, il constatait chez ces derniers la présence d'agglutinines à un taux élevé.

Mais on pouvait se demander si le transport d'immunité ainsi obtenu était une immunité passive ou active. Dans une nouvelle série d'expériences, Trawinski détruit le fragment de peau greffé, au bout de quelque temps et il voit disparaître les agglutinines, ce qui démontre que les propriétés immunitaires obtenues par la greffe sont bien dues à un processus actif.

Le Prof. B. a voulu instituer sur ces faits des recherches de contrôle. Les résultats qu'il a obtenus confirment complètement ceux de l'auteur polonais. Mais, en outre, il a voulu pousser plus loin cette recherche et utiliser la même technique à l'étude de la transmission du pouvoir hémolytique, en greffant des fragments de peau de lapin préparés par des injections de globules rouges de mouton. Il a constaté également par ce moyen la transmission du pouvoir hémolytique.

Il résulte donc de ces recherches que la peau entre en cause non seulement dans la formation des agglutinines, mais aussi d'autres anticorps, tels que les hémolysines. Le phénomène, quoique patent, est moins évident que dans le cas des aglutinines ; le taux hémolytique s'atténue progressivement soit chez l'animal traité avec l'antigène directement, soit chez celui qui est injecté avec le lambeau de peau du lapin immunisé.

C'est là une preuve de plus de l'importance du rôle joué par la peau, non seulement dans l'équilibre des défenses immunitaires de l'organisme, mais aussi comme système ayant ses propriétés particulières.

BELGODERE.

Syphilis maligne, par CHIALE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, fasc. IX, août 1932, p. 1380, 8 fig. Bibliographie.

Dans une introduction, l'auteur cherche à préciser ce qu'il convient d'entendre par « syphilis maligne » et il fait remarquer que sur ce point, les conceptions des différents auteurs sont assez discordantes, et il considère que la classification proposée tout récemment par Chevallier et Garnier, dans le Traité de Janselme, est quelque peu subtile. De l'analyse de ces différentes conceptions, il lui apparaît que l'on doit entendre par « syphilis maligne » une forme de cette infection caractérisée par « l'apparition, l'évolution, et la succession rapide de manifestations cutanées à caractère nettement destructif, dans une période très précoce de l'infection (généralement début de la période secondaire) par la tendance aux récidives et par le comportement particulier des réactions allergiques, tissulaires et humorales ». Tous les autres caractères invoqués par les différents auteurs ne lui paraissent ni nécessaires, ni suffisants.

C. étudie ensuite deux de ses malades atteints de syphilis maligne conçue comme ci-dessus. Il a effectué sur ces deux malades de multiples recherches : sérologiques, biochimiques, allergiques, histologiques, dont il rapporte les résultats très en détail.

Se basant sur ces résultats, il entreprend la discussion des théories pathogénétiques qui ont été invoquées pour expliquer cette évolution spéciale de la syphilis.

Rappelons les principales d'entre elles : virulence plus grande de l'agent pathogène ; présence d'infections associées ; diminution de la résistance organique par déficience de la réaction lymphatique ou par maladies cachectisantes concomitantes (dans ce dernier cas, il s'agirait plutôt de syphilis maligne secondaire symptomatique) ; hypo-allergie par absence de syphilis chez les ascendants, etc...

C. discute d'une manière très serrée chacune de ces interprétations et montre qu'aucune d'elles ne résiste d'une manière probante à la critique.

Mais ce qui lui paraît en tout cas évident, c'est que la syphilis maligne paraît bien être due à une réaction spéciale d'un organisme en état

d'hyperergie vis-à-vis du tréponème ; et cette réaction peut être assimilée au stade allergique tertiaire de la syphilis commune.

Une telle interprétation est évidemment diamétralement opposée à celle de l'anergie par absence d'antécédents spécifiques héréditaires qui vient d'être signalée ci-dessus. Pour C., la syphilis maligne serait due au contraire à un état d'*hyperergie héréditaire*, état qui serait dû à des états de lues allergique chez les ascendants, et qui se manifesterait chez les descendants vis-à-vis d'une nouvelle infection spirochétique, par la violente réaction ulcéreuse cutanée.

Pour conclure, l'auteur est donc porté à interpréter la syphilis maligne comme la manifestation d'une réaction organique atypique hyperergique à l'égard du tréponème, cette réaction pouvant être due à des influences héréditaires dans certaines conditions.

BELGODERE.

Ulcus vulvæ acutum de Lipschutz, par Giona NARDI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXIII, fasc. 4, août 1932, p. 1414. Bibliographie.

L'auteur rapporte un cas de cette affection qu'il a observé chez une jeune fille de 17 ans, internée dans une maison de correction à la suite de quelques frasques sexuelles. Elle présentait une blennorragie aiguë caractérisée par la présence nette de gonocoques, des végétations vulvaires, et enfin des ulcérations des petites et grandes lèvres qui offraient les caractères de la lésion ulcéreuse décrite par Lipschütz. En outre, au bout de quelque temps et alors que les ulcérations précédentes étaient déjà guéries, apparut une nouvelle ulcération dont le diagnostic resta quelques jours en suspens, et qui siégeait au méat uréthral. L'induration consécutive de cette dernière lésion fit reconnaître un accident primaire, qui fut confirmé par la constatation des tréponèmes, absents au début et par une réaction de Bordet-Wassermann positive alors qu'elle était négative au début.

Pour ce qui est des lésions ulcéreuses que N. considère comme des ulcères de Lipschütz, leur nature était appuyée sur la constatation du *Bacillus crassus*, agent pathogène de cette lésion. En outre, N. discute le diagnostic d'après les caractères cliniques et élimine les diverses affections ulcéreuses vulvaires d'autre nature.

Mais si l'ulcère de Lipschütz est une maladie autonome, ce qui est contesté par certains qui ne veulent voir dans cette lésion qu'une forme particulière de gangrène locale, s'ensuit-il pour cela que le *B. crassus* soit son agent spécifique ? On rencontre en effet ce bacille sur les muqueuses de femmes qui ne sont atteintes d'aucun ulcère, et Schugt en particulier pense qu'il ne s'agit que d'un banal saprophyte qui ne joue aucun rôle étiologique. Mais Lipschütz, par contre, affirme nettement sa spécificité. Il est possible, fait remarquer N., que ce microbe vive comme saprophyte chez beaucoup de femmes, mais ce ne serait

pas le premier exemple d'un microbe saprophyte pouvant occasionnellement et sous certaines influences devenir pathogène.

Enfin, alors même que le *B. crassus* ne serait pas le véritable agent spécifique, le fait qu'on le trouve en tout cas toujours dans les lésions qui offrent les caractères cliniques de la lésion décrite par Lipschütz permet de penser qu'il joue en tout cas un rôle en imprimant à ces lésions leur physionomie particulière. C'est à cette interprétation éclectique que se rallie N. Le rôle pathogène du *B. crassus* ne pourra en effet être affirmé que par des recherches expérimentales (inoculations), mais les tentatives faites jusqu'à ce jour ont toujours donné des résultats négatifs.

Rappelons enfin qu'au point de vue clinique Lipschütz a décrit trois formes de l'*ulcus vulvæ acutum : forme aiguë*, douloureuse, avec forte fièvre ; *forme subaiguë*, apyrétique et indolore, guérissant en une quinzaine de jours ; *forme miliaire*, ressemblant beaucoup à l'herpès et dont l'évolution est très courte. C'est à la deuxième forme qu'il faudrait rattacher le cas décrit par l'auteur, dans lequel il n'y avait aucune manifestation générale. BELGODERE.

Résultats de la Radiumthérapie des hémangiomes caverneux de la peau, par Arduino RATTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. IV, août 1932, p. 1430, 15 fig.

L'auteur présente la documentation photographique des résultats qu'il a obtenus par l'emploi du radium pour le traitement des hémangiomes caverneux. Il indique les directives de la technique observée (irradiation à petites doses répétées avec des appareils modelés, à intervalles de 40 à 60 jours, à 4 ou 6 reprises). Il fait remarquer les avantages de cette méthode en insistant particulièrement sur sa facilité d'application, sur l'absence de douleur, sur l'excellence des résultats, même au point de vue esthétique. Il affirme enfin que les craintes formulées par certains au sujet de l'emploi de ce mode de traitement surtout dans le premier âge, ne sont pas fondées, à la condition d'avoir l'expérience technique nécessaire pour doser judicieusement l'emploi du radium, et surtout pour savoir s'arrêter à temps. Il n'y aurait pas d'arrêt de développement, pas d'action nocive d'épilation sur le cuir chevelu, pas d'accidents hémorragiques. La distance qui sépare le foyer du fond de l'œil est suffisante pour permettre d'écarter toute crainte d'action nuisible sur le fond de l'œil et du reste le tissu nerveux ne présente pas de sensibilité particulière aux irradiations. Bien au contraire, les résultats les plus brillants obtenus par R. l'ont été précisément pour des localisations palpébrales. BELGODERE.

La découverte de l'origine parasitaire de la gale, par Ugo FAUCCI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXIII, fasc. 4, août 1932, p. 1437

Sur ce sujet, l'auteur a publié déjà une monographie qui a fait ici même l'objet d'une analyse. Voir le n° de juillet des *Annales*, p. 671.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

La Pharmacologie du soufre en rapport avec ses applications thérapeutiques actuelles, par Giusto Coronedi. *Il Dermosifilografo,* 7e année, nº 8, août 1932, p. 425.

Leçon faite à la station sulfureuse de Poretta. L'auteur, qui est professeur de Pharmacologie, ne peut, dans une unique leçon sur un sujet aussi vaste, que se borner à des considérations générales. Il fait remarquer que le S après une période d'oubli, tend à être de nouveau en faveur et cette orientation favorable doit être attribuée surtout aux dermatologistes qui ont toujours reconnu l'efficacité de cet agent thérapeutique par la clinique seule. On ne peut pas dire que la Pharmacologie ait suivi dans ce progrès une marche parallèle, aussi bien pour l'étude des médicaments sulfurés que pour les eaux minérales sulfureuses ; pour ces dernières en particulier, nous sommes privés de recherches biochimiques qui puissent nous expliquer le pouvoir thérapeutique de ces eaux.

Que l'action du S se soit montrée particulièrement efficace dans les maladies de la peau, cela ne doit pas surprendre si l'on songe que la kératine est la protéine la plus riche en cystine (amino-acide sulfuré principal de la molécule protéique). Il a été démontré que la kératine possède un soufre labile qu'elle peut perdre facilement au cours de certains états morbides. Ainsi se comprend l'action *kératoplastique* des eaux minérales sulfureuses : il semble que la kératine devienne réceptive pour le S quand elle en a perdu une certaine quantité. Le soufre n'agit pas seulement par lui-même, mais souvent aussi par son H^2S qui explique l'action *parasiticide* des composés soufrés et aussi son action *antiphlogistique* et *résolutive*.

Une deuxième partie de cette leçon est consacrée à l'examen du rôle du S en médecine générale, notamment dans les syndromes anaphylactiques et anaphylactoïdes, dans les arthropathies chroniques, dans la physiopathologie du métabolisme et en particulier de celui des hydrates de carbone. C'est dans ces affections, en effet, que le rôle efficace du soufre est le plus communément reconnu. L'auteur cherche à élucider quel est dans ces différents cas son mode d'action et montre que c'est là un mécanisme qui nous échappe à peu près complètement.

Pour ce qui concerne plus particulièrement les eaux minérales sulfureuses, il semble qu'elles agissent comme *association médicamenteuse*, les éléments dont elles sont constituées agissant par une véritable *synergie pharmacologique*. Ainsi, pour les eaux de Poretta, leur action doit certainement être attribuée à l'association soufre-iode. Cette activité thérapeutique des eaux minérales sulfureuses vient en outre à l'appui de l'opinion qui tend à attribuer un rôle important aux médicaments employés à *doses minimes*, qui agiraient en qualité de catalyseurs.

Belgodere.

Sur un cas d'hydroa vacciniforme de Bazin, par Elio Secui. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 8, août 1932, p. 440. Bibliographie.

L'auteur rapporte un cas d'hydroa vacciniforme observé chez un enfant de 6 ans. Description conforme avec ce que chacun sait de cette affection. Quelques particularités cependant : absence d'hématoporphyrine ; poussées bulleuses sur le globe oculaire ; prolongation des poussées même pendant l'hiver. Diverses expériences effectuées avec diverses doses de rayons ultra-violets provoquèrent l'apparition de lésions bulleuses. S. rappelle les discussions sur la nature du processus histo-pathologique : inflammatoire pour les uns, nécrotique pour d'autres, mixte enfin d'après une troisième opinion.

Au point de vue pathogénique, il rappelle la théorie mixte exo-endogène qui est la plus communément admise : action combinée des radiations et de l'hématoporphyrine, qui exercerait une action sensibilisante. Quant à cette dernière substance, on a longtemps admis qu'elle était le témoin d'un trouble fonctionnel du foie ; depuis, on a reconnu que ses origines sont en réalité multiples et non pas seulement hépatiques. Une théorie pathogénique nouvelle qui tend à rallier beaucoup de partisans fait intervenir en outre une action prédisposante de nature endocrine, qui préparerait l'action de l'hématoporphyrine.

Mais S. pense que toutes ces théories pathogéniques ne donnent pas en réalité satisfaction complète et qu'il y a dans cette affection rare qu'est l'hydroa vacciniforme quelque chose d'obscur qui nous échappe. Il pense que ce facteur mystérieux serait un facteur constitutionnel cellulaire. Cette opinion concorderait bien avec ce fait que la maladie de Bazin s'observe presque uniquement chez des enfants et presque jamais chez des adultes, sans doute parce que l'état constitutionnel cellulaire se modifie avec l'âge.

Quant à l'absence d'hématoporphyrine dans le cas rapporté, elle ne doit pas surprendre outre mesure, attendu que la propriété photosensibilisante a été reconnue à d'autres substances et notamment aux pigments biliaires. Il est en outre possible que des quantités très minimes de la substance photosensibilisante se fixant sur le substratum biologique, en déterminent la sensibilisation, alors que ces substances se trouvent absentes dans le sang ou en quantité trop minimes pour pouvoir être décelées. Belgodere.

Un cas d'érythrodermie et purpura par administration buccale d'une préparation arsenicale pentavalente. par Angelo Scarpa. *Il Dermosifilografo*, 7e année, nº 8, août 1932, p. 456, 2 fig. Bibliographie.

S. a observé une érythrodermie généralisée accompagnée de purpura des membres inférieurs, chez une femme enceinte, qui avait fait déjà plusieurs fausses couches et à qui on avait, pour cette raison, conseillé une cure de *pentarsol* (analogue au tréparsol) dont elle prenait 4 comprimés par jour de 25 centigrammes sans interruption ; elle avait absorbé près de 60 comprimés lorsque les accidents apparurent.

Description de cette érythrodermie conforme au type habituel, avec tout le cortège habituel des signes de l'intoxication arsenicale. Discussion du diagnostic et de la pathogénie. S. se rallie à la théorie toxique, surtout démontrée par l'association du purpura. Il croit que les accidents toxiques s'exercent surtout par l'intermédiaire du système nerveux périphérique et central (d'où l'œdème et le purpura par action sur les capillaires périphériques).

Il fait enfin remarquer que les avis sont partagés sur la valeur de ces préparations arsenicales buccales. Au point de vue de leur efficacité, les uns sont enthousiastes, les autres sceptiques. Au point de vue de leur innocuité, les uns sont optimistes, les autres sont plus réservés. Ce sont ces derniers qui ont raison, comme le montre le cas rapporté. A ce sujet, l'auteur critique avec raison les traitements pratiqués par le malade lui-même sans surveillance médicale, alors que le malade ne connaît aucunement les petits signes d'intolérance prémonitoires. Si l'on prescrit un tel traitement à un malade, il doit être soumis à une surveillance médicale aussi rigoureuse que les malades traités par les injections endoveineuses. BELGODERE.

Haematologica Archivio.

Localisation dans la moelle des os au cours du lupus pernio (type Hutchinson), par J. SCHAUMANN. *Haematologica Archivio*, t. IX, fasc. 6, 12 pl. et 4 fig.

Dans un cas de lupus pernio (type Hutchinson) (paysan danois de 18 ans), les doigts et les orteils présentaient, sous forme de gonflements au niveau des articulations, des déformations différentes de celles qui accompagnent si souvent la lymphogranulomatose bénigne. L'examen microscopique de la tête d'un métatarsien a découvert, dans la moelle osseuse, des lésions semblables à celles du lupus érythémateux. Cette constatation vient à l'appui de l'opinion de J. S., considérant le lupus érythémateux comme une manifestation cutanée d'une « lymphogranulomatose métascrofuleuse ». CH. AUDRY.

Sur l'étiologie et les altérations systématiques des organes hématopoiétiques dans le lupus érythémateux aigu (Sulla eziologia et sulle altrazioni sistematiche degli organi ematopietici del lupus eritematoso acuto), par J. SCHAUMANN et P. INTROZZI. *Hematologica Archivio*, t. XII, fasc. 7, 3 pl., 17 fig.

Résumé en français rédigé par les auteurs :

Ils décrivent 4 observations de lupus érythémateux aigu. Dans 3 cas avec autopsie, lésions des ganglions lymphatiques, les amygdales, la rate, la moelle osseuse ; dans le 4e cas, le ganglion épitrochléen seul put être examiné et était malade. Des considérations cliniques, des recherches histologiques, sérologiques et bactériologiques, ainsi que la découverte dans le sang de 2 de ces malades d'un bacille non acido-

résistant représentant sans doute une forme de bacille tuberculeux les amènent à conclure que : le lupus érythémateux aigu n'est pas un processus exclusivement cutané, mais un phénomène d'une maladie systématisée de nature tuberculeuse, pouvant se manifester par la bacillémie, et dont il existe des localisations, sinon toujours macroscopiques, du moins histologiques, dans l'appareil hématopoïétique : ces localisations présentant tantôt la forme de la tuberculose classique, tantôt celle d'un granulome non folliculaire, pouvant ressembler au tissu de la granulomatose maligne.

(Les auteurs mentionnent des cellules volumineuses mono- et polynucléées qui rappellent (ricordano) les cellules épithélioïdes et la cellule de Sternberg du granulome malin.) CH. AUDRY.

Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii (Moscou).

Contribution à la dermatite herpétiforme de Dühring, par S. A. BODDANOVITCH. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, Moscou, n° 3, mars 1932, pp. 13-18.

Durant les 5 dernières années, l'auteur a observé 4 cas de dermatite herpétiforme de Dühring chez des enfants de 8 mois, 1 an 1/2, 8 ans et 11 ans, tous de sexe masculin. Dans un cas, l'affection a débuté après la revaccination, dans un autre, après une otite moyenne purulente ; dans les 2 autres cas, on n'a pas pu établir de signes précurseurs quelconques. L'état général n'était pas atteint. Le prurit était faible, à peine perceptible dans 2 cas. Les éléments primitifs étaient constitués chez les 4 malades par des efflorescences vésiculo-bulleuses. Les éléments érythémateux ou papulo-urticariens, si fréquents chez les adultes, n'existaient pas. Dans un seul cas, au bout d'un an et demi après le commencement de l'affection, alors que son intensité avait déjà beaucoup diminué, on a pu observer aussi d'autres formes d'éléments primitifs. Le contenu des bulles récentes se montrait toujours stérile à l'examen bactériologique. En cas de formation d'éléments impétigineux, on constatait des staphylocoques dont la présence s'expliquait par l'infection secondaire. Dans 2 cas, le sang renfermait des éosinophiles en nombre augmenté. L'amélioration du processus cutané s'accompagnait de la diminution du chiffre des éosinophiles dans le sang. L'épreuve à la pommade à l'iodure de potassium a provoqué une réaction chez 2 malades sur 3. Un malade accusant une hypersensibilité à l'administration buccale de l'iodure de potassium a été désensibilisé par l'augmentation progressive des doses de cette substance. En même temps, on a observé une amélioration de la dermatose qui restait réfractaire à d'autres médications. L'auteur conclut à la difficulté du diagnostic qui ne peut être établi par le laboratoire, car l'éosinophilie, la sensibilité à l'iode, la rétention des chlorures, ne sont pas constants. C'est l'observation clinique durable qui décide du diagnostic exact, surtout dans les cas atypiques. BERMANN.

L'infection tuberculeuse de la peau, par A. A. Zénine. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* Moscou, nº 3, mars 1932, pp. 18-23.

Ce sont les types humain et bovin du bacille de la tuberculose qui sont principalement pathogènes pour la peau de l'homme. L'infection tuberculeuse gagne l'organisme humain par 3 voies : exogène, endogène et par continuité. Le mode d'infection exogène est rare. Il a lieu chez l'enfant (blessures, promiscuité avec des tuberculeux actifs, percement d'oreille, etc.). Il se forme alors à l'endroit de la pénétration du virus une infiltration inflammatoire banale, puis un ulcère à base indurée et ensuite une adénopathie. Les adultes peuvent aussi s'infecter par la voie exogène (bouchers, préparateurs de laboratoires, etc.). La voie endogène est la plus fréquente. La peau est infectée d'un foyer viscéral primitif par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. L'infection par continuité a lieu si la peau est infectée par un foyer voisin disposé dans la peau, par exemple aux os, articulations, ganglions, etc. (scrofuloderme, ulcères tuberculeux péri-buccaux et péri-nasaux). Les voies de pénétration peuvent d'ailleurs se combiner. Les mêmes formes de la tuberculose cutanée peuvent se produire par différentes portes d'entrée du bacille de la tuberculose. Les preuves de la tuberculose cutanée sont « de premier ordre » et « de second ordre » (Lewandowsky). La preuve de premier ordre est la constatation du bacille dans les coupes de la peau, ce qui est rare et difficile dans la pratique. L'inoculation à l'animal est aussi une preuve de premier ordre, en cas de positivité. La preuve de second ordre est la réaction de l'économie à la tuberculine (Pirquet, Mantoue, Koch). Les preuves relatives, mais non absolues, permettant de supposer la tuberculose sont : le tableau clinique, l'évolution, la coexistence d'autres lésions tuberculeuses, la structure histologique typique et atypique. La classification des formes de la tuberculose cutanée n'est pas encore définitive. La division en tuberculose cutanée vraie et tuberculides (Darier), les périodes de Bancke, la tuberculose typique et atypique de Jesionek, etc., ne sont pas encore admise unanimement. Les rapports de la tuberculose de la peau avec les tuberculides sont tellement évidents qu'il faut considérer les tuberculides comme un type affaibli de la tuberculose cutanée. La production de ces 2 formes principales dépend de la réaction allergique de l'organisme et de la quantité de bacilles envahissant la peau. En cas de forte réaction allergique et de faible quantité de bacilles, on constate une tuberculide ; dans d'autres cas, la vraie tuberculose cutanée. Naturellement, la prédisposition, la race, la constitution, les facteurs physico-chimiques, les conditions de vie jouent, comme dans toute infection, aussi un grand rôle, mais ces causes nécessitent encore une étude ultérieure et complète. Bermann.

Diabète syphilitique, par S. Kh. Krapivine. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* Moscou, nº 3, mars 1932, pp. 24-28.

Après un aperçu bibliographique, l'auteur rapporte l'observation d'un cas personnel.

Il s'agit d'un ouvrier russe de 38 ans, se plaignant de polydipsie, de polyurie, de polyphagie, de céphalées et de douleurs aux jambes (surtoute la nuit), d'enrouement, de nasillement, d'œdème des jambes et de la face et de faiblesse générale. Ces troubles datent de 2 ans environ et ont débuté après un traumatisme (chute d'un mur sur le dos du malade). Le malade a été traité dans divers hôpitaux par l'insuline et le régime, mais sans résultat favorable. A l'âge de 6 ans, le malade a eu des « plaies » aux jambes et avait mal à la bouche, après quoi il a perdu la luette. Ses parents sont morts brusquement, dans la même année et encore jeunes, le malade ignore de quoi, car il n'avait que 5 ans à cette époque. Marié à l'âge de 28 ans, il a une femme et 3 enfants bien portants. Pas d'avortement chez sa femme. Le malade nie toute affection vénérienne antérieure.

Il est amaigri, pâle, avec œdème des jambes et du visage. Bosses frontales proéminentes, appendice xiphoïde rudimentaire. Tous les ganglions lymphatiques sont hypertrophiés. Le foie est augmenté de volume et dépasse les côtes de 2 travers de doigts. Rien de particulier au poumon, cœur, système nerveux et système uro-génital. Le voile du palais manque, les bords de la lésion sont inégaux et la surface ulcérée. Bordet-Wassermann, Sachs-Georgi, Meinicke et Kahn négatifs. Pas de bacilles tuberculeux dans les crachats. Le traitement spécifique mixte institué avec le régime ordinaire, a aggravé l'état du malade, mais a cicatrisé la lésion du voile du palais. Le traitement par l'insuline et la diète n'a pas amélioré l'état du malade et n'a pas diminué la quantité de sucre dans les urines. Le traitement mixte pratiqué parallèlement à l'administration de l'insuline a énormément amélioré le malade. Or, le bismuth et le mercure irritaient les reins et le traitement ne fut plus fait que par le néosalvarsan que le malade supportait bien aux doses faibles. Le manque d'insuline a entraîné de nouveau une aggravation, bien que les injections de néosalvarsan fussent continuées régulièrement. Le malade quitte à ce moment la clinique, sur sa demande. Au bout de quelques jours après sa sortie de la clinique, il meurt chez lui, après un coma de 24 heures.

L'auteur conclut au diabète pancréatique d'origine hérédo-syphilitique. BERMANN.

La clinique de la blennorragie non traitée, d'après les matériaux de l'expédition vénérologique scientifique bouriato-mongole, par I. G. ZAWE et I. M. POROUDOMINSKY. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, Moscou, n° 3, mars 1932, pp. 29-37.

Les auteurs ont analysé 663 observations recueillies au cours de l'expédition vénérologique en Bouriato-Mongolie. A part la blennorragie à divers stades avec et sans complications, ils ont étudié aussi les affections non gonocócciques et des hommes sains. Les conclusions des

auteurs se résument ainsi : la marche de la blennorragie chez les Bouriates se caractérise par un nombre énorme de complications du côté des glandes génitales, par exemple, l'épididymite se rencontre dans 40,4 o/o. L'affection blennorragique des voies génito-urinaires des Bouriates se caractérise par des processus infiltrants et sclérosants profonds, mais locaux. L'existence prolongée de l'infection gonococcique du tractus uro-génital chez les Bouriates, provoquant des altérations profondes, ne s'accompagne pas de troubles prononcés de l'état général physique et neuro-psychique. Les Bouriates continuent à avoir des rapports sexuels multiples et monter à cheval durant toute la durée de leur maladie, bien que ne la soignant pas. Dans la blennorragie chronique des Bouriates, on trouve des gonocoques dans les sécrétions uréthrales et les filaments plus souvent que chez les malades habituels. En même temps, la flore secondaire est plus rare et plus pauvre. L'absence de traitement de l'épididymite n'entraîne pas d'élévation du nombre des cas d'azospermie en comparaison avec la blennorragie traitée. La lutte contre la blennorragie parmi les Bouriates peut avoir un succès à condition d'améliorer leurs conditions de vie, de logement, et d'assainir leur vie sexuelle désordonnée. Il faut répandre parmi la population les notions hygiéniques et prophylactiques les plus élémentaires. La population nomade doit être rendue fixe, en changeant ses conditions économiques. C'est alors qu'on pourra lutter contre l'infection gonococcique par la méthode des grands lavages, seule efficace et rationnelle. En l'absence de blennorragie expérimentale, l'étude des particularités de l'infection non traitée chez les petites populations dans diverses conditions de leur vie, peut constituer une des méthodes d'étude de la biologie du gonocoque dans l'organisme humain.

BERMANN.

Contribution au sérodiagnostic de la lèpre, par A. K. BOULKINE et B. W. GLOUKHOWTZEFF. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, Moscou, nº 3, mars 1932, pp. 38-43.

Après un aperçu bibliographique, les auteurs rapportent des données personnelles basées sur l'étude de 146 malades lépreux observés à la léproserie de Kouban. Ils ont pratiqué la réaction de Bordet-Wassermann avec divers antigènes syphilitiques, celle de Hecht-Mutermilch et celle de Kahn, parallèlement aux réactions avec des antigènes du tissu lépreux et ceux de la culture d'actinomyces-streptothrix obtenue dans la lèpre par A. K. B.

Les conclusions des auteurs se résument ainsi : la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée avec l'antigène hépatique a été positive dans 51,5 o/o des cas (forme tuberculeuse, 52 o/o ; mixte, 72 o/o ; anesthésique, 33 o/o) ; le Bordet-Wassermann fait avec l'antigène cardiaque a été positif dans 33 o/o (forme tuberculeuse, 37 o/o ; mixte, 48 o/o ; anesthésique, 13 o/o). La modification de Hecht-Mutermilch a fourni en moyenne 31 o/o de réponses positives (forme tuberculeuse,

36 o/o ; mixte, 37 o/o ; anesthésique, 31 o/o). La modification de Kahn a été positive dans 41 o/o des cas (forme tuberculeuse, 39 o/o ; mixte, 61 o/o ; anesthésique, 23 o/o). Le phénomène de discordance paradoxal des antigènes syphilitiques (Margarot-Dévé) a été rencontré dans 12 o/o. La discordance des résultats des examens divers des sérums lépreux avec des antigènes syphilitiques doit être expliquée non seulement par l'état frais du sérum, mais aussi par le type de l'antigène syphilitique employé et par le contingent des malades (activité du processus lépreux). Les antigènes antiforminés du tissu lépreux montrent une positivité dans 71,2 o/o (forme tuberculeuse, 83 o/o ; mixte, 73 o/o ; anesthésique, 51 o/o). Les antigènes antiforminés de la culture d'actinomyces-streptothrix de B. donnent une positivité dans 88,2 o/o (forme tuberculeuse, 96,5 o/o ; mixte, 92,3 o/o ; anesthésique, 72,2 o/o). Les antigènes antiforminés du tissu lépreux fournissent des résultats convenables pour l'examen des sérums lépreux, mais ils sont difficiles à obtenir et doivent être remplacés par des antigènes des cultures de streptothrix léproïdes de B. qui sont actifs, spécifiques et faciles à préparer, donc préférables pour des recherches sérologiques dans le domaine de la lèpre. BERMANN.

Un cas de réinfection syphilitique, par S. O. BRON. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, Moscou, n° 3, mars 1932, pp. 44 45.

Le malade de l'auteur a eu, au printemps de 1924, un chancre induré de la verge, à gauche du frein, avec spirochètes pâles et Bordet-Wassermann négatif. Durant 2 ans 1/2, il a reçu 5 cures spécifiques mixtes, après quoi, examiné par un neuro-pathologiste et un oculiste, vu l'absence de signes cliniques et sérologiques, il a été reconnu guéri ; or, on a établi que, se méfiant de sa guérison, le malade a obtenu encore 5 cures mixtes, toujours en l'absence de phénomènes cliniques et sérologiques du côté du sang et du liquide céphalo-rachidien. Au printemps de 1931, 4 semaines après un coït avec une prostituée, le malade s'est présenté avec une ulcération ronde, unique, dure et indolore, située au-dessous du sillon balano-préputial, loin de l'endroit de l'ancien chancre induré, avec adénopathie inguinale bilatérale et indolore. Dans l'accident primitif, on trouve des spirochètes pâles. La réaction de Bordet-Wassermann du sang est positive. Le traitement spécifique mixte guérit le chancre dur, fait diminuer l'adénopathie inguinale et rend négative la séro-réaction de Bordet-Wassermann. L'auteur conclut à la réinfection syphilitique remplissant toutes les conditions nécessaires à l'établissement de ce diagnostic. BERMANN.

Un cas de chancre dur de l'urètre chez un malade atteint d'urétrite blennorragique aiguë, par J. A. KOGAN. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, Moscou, n° 3, mars 1932, p. 45.

Le malade de l'auteur, qui avait des rapports sexuels avec une femme peu connue, se plaint de brûlures à la miction et de sécrétions puru-

lentes abondantes de l'urèthre. Au bout de 2 semaines durant lesquelles le malade ne s'est pas adressé au médecin, ces phénomènes ont empiré et à la fin de la miction est apparue une espèce de sanie. A l'examen, on constate des urines totalement troubles et du sang à la fin de la miction. Dans la région de la fosse naviculaire, on perçoit une induration indolore grosse comme un pois. Le méat est légèrement érodé. Adénopathie inguinale indolore et dure. Le pus uréthral contient des gonocoques intracellulaires. La ponction des ganglions inguinaux gauches fournit des spirochètes pâles abondants. Dès le début du traitement spécifique mixte, l'induration uréthrale a diminué et l'adénopathie inguinale gauche s'est ramollie. A la fin de la cure, l'infiltration de l'urèthre a disparu et les ganglions inguinaux se sont résorbés. Le traitement de la blennorragie fut encore continué après la guérison du chancre dur uréthral.

L'intérêt du cas consiste dans la difficulté du diagnostic de l'accident primaire qui était masqué par l'uréthrite aiguë concomitante et par le fait que c'est seulement la ponction des ganglions lymphatiques qui a permis de déceler les tréponèmes pâles et d'instituer le traitement spécifique précoce. BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Introduction à la dermatologie (An introduction to dermatology), par Richard L. Sutton et R. L. Sutton Jr. Un volume de 565 pages avec 183 figures. The Mosby Company. St-Louis, 1932, prix : 5 $.

Précis élémentaire destiné aux étudiants, ce livre est l'abrégé remanié du « Traité des maladies de la peau » de l'un des auteurs. Il offre aux débutants, sous une forme concise, claire mais complète, l'essentiel des connaissances indispensables de la dermatologie. S. Fernet.

La Blennorragie de l'homme, par Ali Echref. 262 pages. Imprimerie Kader, Istanbul, 1932.

D'une utilité incontestable pour les praticiens et les étudiants, surtout pour celui n'ayant pas sous la main la littérature étrangère.

Robert Abiméleк (Istanbul).

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX
RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

Pages

Balina (P. L.) et Negroni (P.). — Intertrigo des orteils et onyxis dus à un nouveau parasite 8

Banciu (A.). — Voy. Nicolau.

Barthélémy (R.). — Ecchymoses vénériennes « à vacuo » des muqueuses 1021

Belgodère. — Compte rendu de la XXVII[e] Réunion de la Société italienne de Dermatologie et de Syphiligraphie. 441

Bizzozero (Enzo). — Sur le phénomène de Kœbner dans le psoriasis (Psoriasis factice). 510

Blumental (M.). — Voy. Nicolau.

Bocage. — Compte rendu de la III[e] Réunion plénière de la Société Anatomique 428

Bychowsky (M[me] D.). — Voy. Goldenberg.

Cachera (René). — Voy. Ravaut.

Chevrel-Bodin (L.) et Cormier (M.). — Études des réactions de floculations. Variation des réactions de Meinicke en fonction du *p*H 530

— Étude des réactions de floculation. Réaction de Bordet-Wassermann et réactions de floculation 1011

Cord (Maurice). — Voy. Tzanck.

Cormier. — Voy. Chevrel-Bodin.

Du Bois. — Contribution à la dermite des parures. 209

Escartefigue. — Voy. Esquier.

Esquier, Lestideau et Escartefigue. — Histoire d'un chancre mou. 625

Freund (Emmanuel). — Sur un cas de mycosis fongoïde d'emblée à marche extrêmement bénigne 689

Gadrat (J.). — Vaste ulcération gangréneuse sous-maxillaire d'origine lympho-granulomateuse (Paltauf-Sternberg). 917

Gastinel (P.) et Pulvenis (R.). — Sur le problème biologique de la syphilis inapparente expérimentale 305

Goldenberg (M[me] M.) et Bychowsky (M[me] D.). — Un cas de parapsoriasis varioliforme 349

Gregorio (Eduardo de). — L'allergie cutanée dans les adénopathies inguinales d'origine vénérienne 539

Hissard. — Articulations noueuses des doigts, leur fréquence dans la syphilis héréditaire 806

Pages

ISRAELSOHN (M.). — Voy. LANDA.
KVIATKOWSKI (St.). — Voir WORINGER.
LANDA (G. J.) et ISRAELSOHN (M.). — Les groupes sanguins en dermatologie 416
LAPIÈRE (S). — Épidermolyse ichtyosiforme congénitale (Érythrodermie ichtyosiforme congénitale, forme bulleuse de Brocq). . 401
LASSUEUR. — La curiethérapie des épithéliomas cutanés. 21
LESTIDEAU. — Voy. ESQUIER.
LOURIER (A. G.) et REIFF (G.). — Un cas de favus généralisé de la peau avec présence d'*Achorion schœnleini* dans les cultures du sang et du suc des glandes lymphatiques. 912
MARTINEAU (J.). — Voy. WEISSENBACH.
MATARASSO. — Traitement des taches de rousseur (éphélides) par la neige carbonique 818
NEGRONI (P.) .— Voy. BALINA.
NICOLAU (S.) et BANCIU (A.). — Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale (Maladie de Nicolas-Favre). . . . 332
— et BLUMENTAL (M.). — Recherches bactériologiques et expérimentales sur la tuberculose cutanée 497
OCHOTERENA (ISAAC). — Voy. URUENA.
OPPENHEIM. — Dermatite bulleuse striée, consécutive aux bains de soleil dans les prés (*Dermatitis bullosa striata pratensis*). . . 1
PAUTRIER (L. M.). — Les ulcères tuberculeux atypiques, ulcères tuberculeux du cuir chevelu 785
PIRÈS DE LIMA (J. A.). — Un cas d'hyperkératose symétrique des extrémités inférieures 345
PULVENIS. — Voy. GASTINEL.
RABEAU. — Centenaire d'ALFRED FOURNIER. Conférence internationale de défense sociale contre la syphilis. Paris, 9-12 mai 1932 (Résumé) 728
RAVAUT (P.) et CACHERA (RENÉ). — Bubon chancrelleux et maladie de Nicolas-Favre (Recherches biologiques, cliniques et thérapeutiques) 97
— — Bubon chancrelleux et maladie de Nicolas-Favre (Recherches biologiques, cliniques et thérapeutiques) 214
REIFF (G.). — Voy. LOURIER.
REYMOND (P.). — Étude biologique des intradermo-réactions à la streptotoxine 881
SÉZARY. — Le problème de la syphilis exotique, pathogénie et thérapeutique 977
THIRY (URBAIN). — Sur l'importance de l'examen ultramicroscopique en cas d'accidents suspects de syphilis primaire. 926
THOREL et VINZENT. — A propos d'une intoxication collective par l'arsenic 618
TISCHNENKO (A. M.). — Contribution à l'étude de la pathogénie du carcinome d'origine érythémato-lupique 708
TZANCK (ARNAULT) et CORD (MAURICE). — Les érythèmes polymorphes. Maladie infectieuse ou réaction d'intolérance. . . . 1073
ULLMO (ALICE). — La dermatose bulleuse des bains de soleil dans les prés. 31

Pages

URUENA (J. G.) et OCHOTERENA (J.). — Épidémies familiales et tondantes à *trichophyton pilosum* 244
VINZENT. — Voy. THOREL.
WEISSENBACH (R. J.) et MARTINEAU (J.). — Étude sur la valeur de la séro-réaction de Sciarra dans le diagnostic, le pronostic et la direction du traitement de la syphilis. 593
WELTI (MAX HENRI). — Dermatite bulleuse chez une névropathe. . 40
WORINGER (FR.) et KVIATKOWSKI (ST.). — L'histiocytome de la peau. 998

NÉCROLOGIES

ABERASTURY (MAXIMILIANO), par Pedro L. Balina. 496
KRZYSTALOWICZ, par L. M. Pautrier. 50
LEGRAIN (PIERRE), par P. Fernet. 1071

CENTENAIRE D'ALFRED FOURNIER

Conférence internationale de défense contre la syphilis. Paris, 9-12 mai 1932, résumé par P. RABEAU 728

Questions mises à l'ordre du jour :

1° *Diagnostic précoce et pathogénie des syphilis nerveuses (acquises et héréditaires).*
Rapporteurs : *a*) P. RAVAUT (Paris) ; *b*) DUJARDIN (Bruxelles) ; *c*) MARIO TRUFFI (Padoue). 730
2° *Prophylaxie des syphilis nerveuses.*
Rapporteurs : *a*) WAGNER VON JAUREGG (Vienne) ; *b*) H. CLAUDE (Paris) ; *c*) NICOLAU (Bucarest) 736
3° *Importance médico-sociale des syphilis nerveuses.*
Rapporteurs : G. MILIAN, SICARD DE PLAUZOLES, CAVAILLON. 741
4° *Service social dans la lutte contre la syphilis.*
Rapporteurs : Mme GETTING et LOUSTE, SPILLMANN (Nancy), JADASSOHN et Mrs. NEVILLE-ROLFE 743

IIIe RÉUNION PLÉNIÈRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

(Paris, octobre 1931), par A. BOCAGE. . . . . 428 à 440

Question présentée : *La lymphogranulomatose*

XXVIIe RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(Gênes, 21-23 octobre 1932), par BELGODÈRE. . . 441 à 445

Questions présentées :

1° *Pemphigus et Pemphigoïdes.*
2° *Notions récentes sur le traitement de l'infection gonococcique.*
3° *Les acrodermatoses et leurs relations avec les troubles circulatoires.*

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

Les chiffres en caractères **gras** *indiquent les mémoires originaux, les recueils de faits ou les revues générales.*

A

Abadie, 634.
Abel, 861.
Aberastury, 496.
Achard, 260, 833.
Adams, 1047.
Adler, 652.
Adnan, 298.
Aguiar (V. de), 574.
Aguilera, 660.
Aïrapetiantz, 395.
Aisu, 275.
Ajello, 487.
Alajouanine, 558.
Alatorzeff, 455.
Alechinsky, 640, 941.
Aleixo, 852.
Alexander, 591.
Allami, 833.
Allanic, 564.
Alvarado (E. R. Gavina), 366.
Amaral (Z. do), 641.
Ambrogio, 441.
Anderson, 81, 663.
Apassowa, 196.
Apert, 261.
Astrachan, 1092.
Arcé, 161.
Ardoin-Linossier, 686.
Arkangelskaïa, 195.
Armand-Delille, 450, 558.
Artom, 484.
Ata, 297.
Aubertin, 434.
Aubrun, 493, 1029.
Audry, 748.
Augier, 435.
Ayres, 81, 663.

B

Bachkevitch, 95, 198.
Bagnoli, 86.
Bakhmanoff, 94.
Balado, 657.
Balina, **8**, 363, 366, 496.
Ballagi, 645.
Banciu, **332**, 1027.
Barbé, 635, 739.
Barbera (L. Gra), 661.
Barbier, 565.
Barthélémy, 53, 56, 58, 745. **1021**.
Basch (G.), 935.
Basch (Mme M.), 935.
Bascourret, 936.

Basmann, 196.
Baudouin, 1088.
Bauer, 362.
Baussan, 934.
Bayer, 170.
Beaucaire, 560.
Beck, 373.
Beguiristain, 369.
Behdjet, 53, 201, 202, 468, 584, 681, 1066, 1068.
Béjarano, 368, 474, 774.
Belgodère, 445, 554.
Bellot, 635.
Belot (J.), 561.
Benech, 155, 554, 631.
Beneded, 474.
Benedek, 182.
Benetazzo, 862.
Bensaude, 357, 939.
Bergel, 206, 367.
Bernal, 79.
Bernard, 75, 255, 367, 398, 573, 769, 937.
Berné, 687.
Bernhardt, 199, 386, 459, 648, 688.
Bernstein, 268, 360, 738.
Bernucci, 487, 1101.
Bertaccini, 88, 441.
Bertrand (I.), 641.
Besproswanaja, 199.
Besredka, 1029.
Bessemans, 56, 284, 837, 1029.
Bezançon, 438.
Bezecna, 880.
Bezecny, 457, 458, 1034.
Bianchi, 178.
Biberstein, 1033.
Bilger, 762.
Birger, 1058.
Birkenfeld, 974.
Bischoff (Anne-Marie), 362.
Bistriceanu, 59.
Bizard, 449, 1028.
Bizzozero, 482, 510.
Blamoutier, 355.
Blanchesme, 939.
Blass, 460.
Blechmann, 1030.
Blitstein, 75.
Bloch (Bruno), 844, 845.
Blum (P.), 53, 57, 353, 638.
Blum (V.), 688.
Blumenfeld, 183.
Blumental, 497.
Boas, 175, 470, 1059.
Bocage, 440.
Bocqert, 1087.
Bodart, 74.
Boddanovitch, 1108.
Boez, 60.
Böhm, 273.
Bohnstedt, 467, 761.
Bona (J. M. Tome), 477.
Bonjour, 1063.
Bonnet, 265.
Boquien, 557.
Bordet, 834.
Borelli, 1055.
Bormann (F. v.), 649.
Borrego, 76.
Bothe, 1050.
Boucher, 355.
Boudenes, 753.
Boukina, 971.
Boulkine, 1111.
Boursat, 555, 832.
Boutelier, 586.
Boutteau, 1031.
Bralez, 57, 638.
Brandt, 63, 178.
Braslawsky, 263.
Brauts, 73, 1026.
Bray, 752.
Breintema, 745.
Breuer, 169.
Brill, 272.
Brisset, 261.
Brittingham, 1096.
Brocq (P.), 586.
Broers, 1047.
Bron, 1112.
Bronstein, 971.
Brown, 176, 371.
Bruhns, 591.
Brulé, 752.
Brun (Mlle C.), 437, 636.
Bruner, 387, 688.
Bruusgaard, 470.
Bruyn, 556.

Budelmann, 569.
Burbi, 670.
Burckhardt, 846.
Bureau, 686.
Burgess, 479.
Burgos, 180.
Burnier, 156, 686, 1027.
Burrows, 665.
Busch, 68.
Buschke, 73, 207, 463, 974.
Busson, 1088.
Bychowsky (D.), **349**.

C

Cachera, **97**, **214**, 448, 556, 639, 940.
Cahen, 833.
Cailliau, 434.
Caminiti, 91.
Canera, 1090.
Cantacuzène (J.), 753.
Cardenal, 775, 858.
Carey, 478.
Carle, 739.
Carol, 680.
Caro-Paton, 369, 574, 772.
Carrera, 176, 207, 767, 774, 1045.
Carrero Cuesta, 661.
Carrié, 269, 358.
Carteaud, 156.
Cartia, 90.
Carulla, 1029.
Casalderrey (L. Solla), 475.
Casanovas, 660.
Cason, 375.
Cassar, 741.
Cassoute, 450.
Castello, 858.
Castillo (S.), 368.
Castoldi, 873.
Catanei, 753.
Cathala, 938.
Cattaneo, 290.
Cavaillon, 493, 741, 742.
Ceccheri, 1050.
Cederberg, 571, 763, 876.
Cerchiai, 192, 382, 676.
Cerutti, 187, 871.
Cetting (Mme), 743.
Chabanier, 1028.
Chabrol, 938.
Chamchine, 198.
Chantriot, 264.
Chapiro, 973.
Chargin, 81, 183.
Chatschaturjan, 277.
Chediak, 473.
Chevallier, 256, 398, 432, 453, 454, 686, 832, 833, 932, 937.
Chevket, 1067.
Chevrel, 837.
Chevrel-Bodin, **530**, 754, 784, **1011**, 1029.
Cheynmann, 970.
Chiale, 482, 872, 1102.
Chilaiditi, 585.
Chiriaieff, 778.
Chirwindt, 490.
Chocholka, 837.
Chorazak, 385, 653, 680.
Chylewski, 384.
Ciarrocchi, 486.
Clara, 69.
Claramunt, 78.
Clark, 185.
Claude, 259, 736.
Cleisz, 686.
Clerc, 432.
Cluzet, 753.
Coffens, 75.
Cohen, 57, 555, 631, 637, 932.
Cole, 185, 289, 832.
Coliez (R.), 357.
Colin-Letailleur (Mme), 260.
Collin, 256.
Colt Bloodgood, 664.
Comby, 1030.
Comel, 865, 866, 1097.
Constantin, 932.
Constantinesco, 1087.
Contera, 774, 853, 1045.
Cooper, 663.
Corbillon (Mlle), 752.
Cord (M.), **1073**.
Cordier (V.), 358.
Cordiviola, 365, 767.
Corman, 561.

Cormier, **530**, 754, 784, 837, **1011**, 1029.
Cornil, 439.
Coronedi, 1105.
Cortella, 188.
Coste, 259, 265, 833, 1087.
Costedoat, 265, 936.
Cottel, 938.
Couder, 941.
Covisa, 474, 855, 1070.
Craps, 640.
Crawford, 1049.
Croizat, 158, 429, 437.
Crosti, 86, 952.
Cubero, 286.
Cuccia, 583.
Cuilleret, 838.
Cumings, 362.
Cummer, 371.

D

Daffinée, 477.
Danel, 933.
Danilewskaïa, 393.
Danuchewskaïa, 972.
Dartigues, 262.
Daumas, 59.
Davaris, 631.
Davenport, 372, 1050.
David, 1030.
Davidson, 862.
Debrey, 1031.
Dechaume, 354, 356, 437, 446.
Decourt, 261, 832, 932, 936, 938.
Degos, 454, 556, 748.
Degrais, 635.
Dejean, 155.
Delamare, 556, 635.
Delarue, 438.
Delater, 160, 264.
Delbanco, 170.
Del Vivo, 441, 1096.
Demanche, 449, 734, 832.
Derischanoff, 649.
Desaux, 586, 852.
Desnoyers, 686.
Desrochers, 1092.
Détouillon, 453.
Devoto, 441.
Dewolf, 185.
Dickson, 373.
Dieckmann, 69.
Dietel, 73.
Dittmann, 361.
Dittrich, 274.
Dobrow, 568.
Douhet (de), 555.
Downing, 662.
Dreyer, 469.
Dreyfus, 255, 261.
Du Bois, **209**, 876.
Ducosté, 750.
Dufour, 834.
Dujardin, 573, 731.
Dumarest, 755.
Dupont, 436.

E

Echref, 1114.
Edel, 69, 1039.
Ehlers, 740.
Eisenklam, 283.
Eisenlohr, 70.
Eliascheff, 156, 1086.
Eliasg, 266.
Eljasj, 646.
Elo, 641.
Emin (M.), 298.
Engelhardt, 571, 654.
Enterria, 774.
Epstein, 457.
Eriguchi, 875.
Escartefigue, **625**.
Esquier, **625**.
Estapé, 80.
Etchevarne, 365.
Euzière, 758.
Even, 639.

F

Fabian, 964.
Fabiani, 560.
Farrell, 1048.
Fasai, 1035.
Fasal, 847, 944.
Fattore (G. del), 1056.

Faucci, 671, 1104.
Faure-Beaulieu, 437.
Fauser, 172.
Favre, 158, 204, 429, 434, 437, 838.
Fayik (Zéki), 683.
Fedosewicz, 385.
Felke, 765.
Fellner, 66.
Fenchiv, 844.
Fényes, 847.
Fernandez, 74, 365, 366.
Fernet, 258, 562, 1072.
Ferrari, 960.
Fessler, 63.
Fethi, 202.
Fidanza, 365, 366.
Fiessinger (N.), 436.
Finkelstein, 175, 655.
Fiocco, 961.
Firket, 433.
Fissler, 567.
Fittipaldi, 83.
Flarer, 376, 380.
Fleuereisen, 460.
Fœrster, 577.
Foshay, 663.
Fouet (A.), 686.
Foulger, 663.
Foulon, 439, 440.
Fouquet, 454.
Fourestier, 937.
Fournier, 156, 839.
Franchi, 190.
Franck, 52, 446.
Frei, 167.
Frenzl, 880.
Freud, 677.
Freund, 256, 645, **689**, 945.
Fried, 860.
Friedländer, 71.
Friedman, 82, 938.
Froés (P.), 1032.
Fröhlich, 266, 455.
Fuhs, 74.
Fulchenfald, 850.
Füllebobn, 1037.
Fülæp, 74.
Fuss, 653.

G

Gadrat (J.), **917**, 1085.
Galindez (J. Municzuri), 1044.
Galioto, 582.
Gallavardin, 161, 565, 1089.
Galliot, 835, 1026.
Gaona (R. Jimenez), 635.
Gandy, 370.
Gans, 464.
Garcia-Serrano, 370.
Gardenal, 661.
Garnier, 686, 831, 938.
Garra, 1089.
Gastinel (P.), **305**.
Gaté, 265, 453, 642, 837, 838.
Gatti, 556.
Gaudig, 276, 459.
Gavina Alvarado, 471.
Gay Prieto, 477, 658, 772, 855, 1043.
Geiger, 1036.
Genner, 678.
Gennerich, 777, 848.
Gennes (L. de), 562.
Gerson, 756.
Gilbert-Dreyfus, 554.
Gilbresi, 752.
Gilman, 363.
Ginsburg, 664.
Glaubersohn, 169, 197, 277.
Glazer, 663.
Glinère, 93.
Gloukhowtzeeff, 1111.
Gœckerman, 82.
Goldberger, 71.
Goldenberg (M.), **349**.
Goldstein, 1050.
Gomes da Costa, 160.
Goodman, 861.
Gorsky, 195.
Gortchakoff, 783.
Goudélis, 198.
Gougerot, 53, 156, 179, 447, 555, 631, 637, 832, 932, 1025, 1027, 1030.
Goyena, 178.
Gran, 473.
Graneli, 180.
Grangé, 749.

Grassi, 669.
Gravier, 161.
Greenbaum, 1093.
Gregorio (E. de), 286, 370, 476, **539**, 575, 576, 853, 950.
Grinun, 764.
Grossman, 1047.
Grynfeltt, 759.
Grzebieniowska, 477.
Grzybowski, 875, 1057.
Guardali, 188, 379, 1055.
Gueirand, 450.
Guerra, 159.
Guillain, 835.
Guillerm, 60.
Guinzbourg, 391.
Guns, 852.
Gurchot, 578.
Guth, 280.
Gysler, 1063.

H

Hamburger, 751, 938.
Hamdi, 934.
Hamit (A.), 681.
Hanow, 568.
Hanzlik, 578, 1094, 1095.
Harbitz, 433.
Harkins, 371.
Hasan, 201.
Hashimoto, 747.
Hattori, 678.
Haxthausen, 268.
Hazin, 481.
Hecht, 469.
Heinemann, 851.
Heller, 65, 567.
Hellerström, 68, 197.
Henderson, 289.
Henschen, 435.
Hervieux, 557.
Hess, 850.
Heyn, 170.
Hieger, 665.
Hillemand, 752.
Hissard, 353, 632, 638, **806**, 836.
Hoche, 433.
Hochsinger, 648.
Hœde, 589, 655.
Hœvelborn, 459.
Hoffmann, 172, 458, 944.
Hofman, 168.
Horowitz, 558, 1087.
Horst-Günther-Bode, 466.
Hübschmann, 965.
Hudelo, 742.
Huguenin, 440.
Huriez, 755.
Hutinel, 260, 686.
Hynie, 389, 879.

I

Iablenik, 968.
Iakhrine, 972.
Ikhteymann, 777.
Imakita, 875.
Ingraham, 776.
Ingram, 861.
Introzzi, 1107.
Iseki, 874.
Israelsohn, **416**.
Iwakiri, 747.

J

Jacob, 81.
Jacobi, 375.
Jacobsohn, 658.
Jacquelin, 833.
Jadassohn, 646, 734, 742, 744, 843.
Jahnel, 943.
Jaïs, 447.
Jaja, 443.
Jarninski, 387.
Jausion, 558, 562, 687, 747.
Jeanselme, 686.
Jianu, 437.
Joffe, 269.
Johannson, 1058.
Johnson, 578.
Joly, 450, 1088.
Jordan, 273, 456, 568, 759.
Jörg, 282.
Jorstad, 665.
Joseph (A.), 974.
Jossel, 851.
Josselin de Jong (M. de), 432
Jui-Wuellu, 841.
Jungano, 481.

K

Kabelik, 877.
Kadisch, 166.
Kaiser, 460.
Kakpoff, 394.
Kallos, 948, 1040.
Karrenberg, 568, 651.
Kasabakas, 634.
Kasakoff, 1040.
Katz, 643.
Kauffmann, 969.
Keller, 171, 1041.
Kenneway, 665.
Kérim, 1068, 1069.
Kertopati, 175.
Kertsez, 281.
Kfouri, 356.
Kiess, 169.
Kingsbury, 372.
Kissmeyer, 301.
Kistiakowsky, 396.
Klein, 164, 165.
Kleinmann, 461.
Klövekorn, 760.
Koch, 172.
Kœster, 361.
Kofman, 753.
Kogan, 1112.
Kolada, 782.
Kolmer, 184, 579, 580.
Konrad, 763, 768, 1036.
Kopp, 971.
Korhonen, 65.
Korkut, 1065.
Kouznetzoff, 780.
Kowalsky, 394.
Krantz, 570, 1043.
Krapivine, 1109.
Krasnow, 1047.
Krautz, 70.
Kreibich, 61, 267, 1034.
Krignen, 1032.
Kristjansen, 462.
Krzystalowicz, **50**, 297.
Kumer, 1038, 1040.
Kutka, 964, 965.
Kwiatkowski, 270, **998**.
Kyriaco, 640.

L

Labbé (M.), 939.
Labeaume, 940.
Lacassagne, 57, 757.
Laederich, 939.
Lafourcade, 748.
Laignel-Lavastine, 557.
Lain, 479.
Lakaye, 52.
Lambea, 76.
Lambert, 1031.
Lambling, 357, 448.
Landa, **416**.
Lanteri, 189.
Lanyar, 65.
Lapière, **401**.
Largeau, 1088.
Larue, 1092.
Lass, 96.
Lassueur, **21**, 208.
Laur, 436.
Laurent, 162, 839.
Le Baron, 258.
Lebeuf, 398, 755, 757, 838.
Lebœuf, 57.
Ledo, 368, 951.
Lefèvre, 686, 1031.
Le Fèvre de Arric, 752.
Lefranc, 564.
Leger, 55.
Legezynski, 270.
Legrain (P.), **1071**.
Legrand, 560.
Lehner, 847.
Leigheb, 289, 441.
Leighton, 665.
Leipold, 168.
Lekhno, 972.
Le Lorier, 159.
Lemaire (A.), 435.
Lemierre, 435.
Lépine, 55, 447, 452, 556.
Leroy, 735.
Les, 946.
Lestideau, **625**.
Leszczynski, 571.
Levaditi, 55, 447, 448, 452, 556, 559, 636, 753, 754, 755, 939, 940, 1087.

Leven, 652.
Levi (Italo), 379, 975.
Levi (T.), 962.
Levin, 859.
Lévine (B. A.), 779.
Lévine (J. A.), 784.
Lévine (J. E.), 781.
Lévy (G.), 262, 648.
Lévy-Bing, 555, 832.
Lévy-Bruhl, 937.
Lévy-Franckel, 56, 756.
Lévy-Valensi, 448.
Ley, 573.
Lhermitte, 451, 640.
Libermann, 93, 490.
Liebermann, 360.
Liebhart, 571.
Lichtenstein, 80.
Lichtman, 186.
Light, 370.
Lillie, 776.
Lima (Plinio de), 76.
Lindemann, 945.
Lindholm, 1086.
Linser, 69.
Lipkine, 968.
Lisi, 88, 291, 867, 1099.
Litwak, 276.
Lœper, 435.
Lœwenfeld, 849, 949.
Lomholt, 82.
Longhin, 753.
Loos, 1037.
Lourier (A. G.), **912**.
Louste, 743.
Lowenstein, 283.
Lunsford, 775.
Lurie, 1048.
Lutfi (Abdul Kadir), 682.
Luz (Cerqueira), 452.

M

Maccari, 84.
Mc Cuskey, 185.
Mac Kenna, 281.
Mc Lachlan, 176.
Mac Leod, 83.
Madden, 1093.
Madras, 456.
Mahoney, 579.
Maisler, 1028.
Maisre, 156.
Makehennie, 942.
Maldonado, 583.
Mamou, 939.
Manca, 672.
Mañero, 369.
Maneru, 575.
Marbais, 1064.
Marcel, 256.
Marceron, 257.
Marcozzi, 958.
Margarot, 759.
Marie (A.), 55, 259.
Marie (Ph.), 751.
Marin (A.), 942.
Marneffe, 60.
Marquardt, 1041.
Marsan, 559.
Marta, 303.
Martin (Navarro), 475.
Martineau (J.), **593**.
Martinotti, 1054.
Martins (Nogueira), 472.
Martiny, 687.
Maschkilleisson, 763.
Massia, 838.
Massot, 749.
Matarasso, **818**.
Mathieu, 262, 447.
Mathison, 949.
Matra, 283, 947.
Matras, 271, 762, 768.
Matuskoff, 72.
Mauric, 557, 942.
Maurras, 89.
May, 642, 938.
Mayer, 62, 182, 456.
Maynard, 1046.
Mazet, 59.
Mazzanti, 189.
Médakovitch, 735.
Medina (R. G.), 284, 773.
Medioni, 558.
Meersseman (F.), 358.
Mehrtens, 578, 1095.
Mélé, 564.
Memenstinner, 70.
Memmesheimer, 61.

Memorsky, 762.
Mendelssohn, 834.
Mériel (P.), 735.
Mestchersky, 194.
Mestre, 473.
Meyenburg (de), 434.
Meyer, 557, 562, 750.
Meyer-Buley, 760.
Mezger (J. G.), 940.
Michel, 265, 453, 757.
Midana, 294, 381.
Mienicki, 385.
Miget, 936.
Milbradt, 461, 463, 651, 761.
Milian, 53, 54, 257, 258, 259, 354, 454, 555, 556, 622, 623, 639, 686, 741, 748, 833, 834, 933, 934, 1085, 1086.
Minsker, 1058.
Mirenghi, 959.
Miskjien, 185.
Mizaizu, 92, 874.
Modestoff, 966.
Mollard, 398, 755.
Monacelli, 444.
Moncorps, 1041.
Monier-Vinard, 1028.
Montanes, 285, 369, 575.
Montgomery, 165.
Montlaur, 203.
Montpellier, 564.
Montus, 450.
Moon, 1048.
Moreau, 563.
Moricard, 932.
Moriez, 642.
Morimoto, 678.
Morrow, 577.
Mosto, 366, 767.
Mouhtar (Akil), 682, 684.
Moura Costa (H. de), 1091.
Moustafa, 1068.
Muhlpfordt, 277.
Mukai, 193.
Muller, 274, 577.
Murero, 865.
Mussio Fournier, 1089.

N

Nægeli, 941, 1060.
Nardi, 1103.
Nathan, 1040.
Nauck, 570.
Navarro Martin (A.), 1044.
Necker, 688.
Négri, 677.
Negroni, **8**, 356, 363, 364, 365, 366.
Nekam (junior), 174.
Nélis, 573.
Neradoff, 763.
Netta (Traian), 437.
Neuer, 655.
Neumark, 270.
Neville-Rolfe, 745.
Nicolas, 158, 742, 838.
Nicolau, **332**, **497**, 737, 1027.
Nicoletti, 89, 293.
Nikischin, 647.
Nikolajew, 647.
Ning, 72.
Nitchew, 1027.
Nixon, 664.
Nguyen van Tung, 1025.
Nobl, 280, 367, 849, 948.
Noguer More, 78, 79, 857, 951.
Novy, 1048.
Nureddin, 299.

O

Oberhoff, 64.
Obrtel, 878.
Ocana, 365.
Ochoterena (I.), **244**.
Œttingen, 289.
Ohya, 92, 383, 384, 874.
Olin, 205, 931.
Oliver, 83.
Ollendorff, 648.
Olmer, 439.
Oppenheim, **1**.
Orlov, 860.
Orphanidès, 353.
Osman, 299, 584.
Ota, 275, 451.
Oumansky, 438.

P

Paganetto, 365.
Pagès, 589, 747, 758.
Pagniez, 937.
Pak, 970.
Palles y Domenech, 80.
Paraf, 833.
Parès, 455.
Parker, 776.
Paschen, 570.
Pasini, 951.
Pasteur Vallery-Radot, 355.
Pauchard, 932.
Paulian, 59, 749, 1088.
Paupert-Ravault, 642.
Pautrier (L. M.), **51**, 756, **785**.
Pavie, 755.
Pawlow (S. E.), 390.
Pecker, 558, 562.
Pedas, 1070.
Peiser, 207.
Pelc, 389.
Peli, 91.
Pennacchietti, 861.
Perantoni-Satta, 957.
Perazzo, 667.
Percival, 862.
Pereiro, 661.
Perez (M. Alonso), 473.
Périn, 749.
Perl, 169.
Perlman, 374.
Perlstein, 577.
Péron, 641.
Perrault, 1028.
Perutz, 64, 569, 878.
Pessano, 767.
Petchersky, 679.
Petracek, 388, 877.
Petragnani, 674.
Peyre, 1025.
Peyri (A.), 660, 661, 775.
Peyri (J.), 660.
Philippson, 70.
Photinos (P. B.), 66, 73, 275, 304, 656, 1043.
Phur, 1036.
Piérard, 769.
Piérini, 766.
Pillsbury, 81.
Pinard, 157, 446, 558, 637, 639, 686, 752, 935.
Pincussen, 274.
Pinetti, 295, 869.
Pinkus, 759, 842.
Pires de Lima (J. A.), **345**.
Pisacane, 378, 870, 1098.
Plagnol, 759.
Planques, 740.
Podolnyj, 647.
Podvysockaja, 168.
Podwyssotzkaja, 948.
Pœhlmann, 204.
Pœlmann, 946.
Pohl, 567.
Poinso, 560.
Poinzo, 450.
Policaro, 961.
Polland, 169.
Porin, 1028.
Poroudominsky, 1100.
Portilla (F. de la), 1043.
Portugal (H.), 357.
Posada (Campo), 76.
Postma, 679.
Potschke, 69.
Potter (de), 284.
Pouchkine (Jdan), 780.
Pouppirt, 1095.
Preiss, 277.
Prétet, 687.
Prigge, 943.
Proby, 1089.
Prokoptchouk, 198.
Puente, 177.
Puiggani (M. I.), 471.
Pulvenis (R.), **305**.

Q

Quérangal des Essarts, 934.
Quesada, 477.

R

Rabeau, 746.
Rabello, 770.
Rabello filho, 357, 1091.
Rabut, 58, 831.

Radæli, 88, 441, 866.
Racinowski, 688.
Rahier, 756.
Raiziss, 859, 1049.
Rajka, 847.
Ramis, 389.
Ratti, 1104.
Rauch, 1042.
Rauschkolb, 185.
Ravaut (P.), 55, **97**, 159, **214**, 447, 448, 556, 559, 639, 730, 734, 740, 753, 754, 755, 940, 1087.
Rebaudi, 954.
Regaud, 452.
Regendanz, 276.
Reiff (G.), **912**.
Rein, 200.
Reiss, 297, 467.
Renaud, 834, 936.
Resat, 934.
Rétézeanu, 560.
Reymond (P.), **881**.
Reynier, 156.
Richet fils (Ch.), 450, 941.
Richter, 464, 465, 1033.
Riehl, 852.
Riehl Jun., 461.
Rihova, 878, 964.
Rimé, 686.
Riser, 735, 740.
Rivallier, 639.
Rixford, 373.
Riza, 591, 1069.
Rizzatti, 739, 861.
Rizzoli, 85.
Robert, 446, 558.
Roca de Winals, 950.
Rock, 61.
Rouéche, 263.
Roffo, 657.
Roger (A.), 758.
Rollet, 641.
Ronchèse, 1048.
Roosen, 590.
Rosen, 1047, 1096.
Rosenbaum, 171.
Rosenthal, 81, 156, 1033.
Rosentoul, 392.
Rosner, 177.
Ross, 73.
Rost, 572.
Rotd Ermundt, 943.
Rotschild, 688.
Rouslacroix, 439.
Rousseau, 771.
Rousset, 492, 758.
Roussinkowskaïa, 971.
Roussy (G.), 434.
Rovinsky, 782.
Rubinstein, 588.
Ruch, 185.
Rudaux, 203.
Ruge, 571.
Ruitter, 167.
Rule, 579, 580.
Runtova, 388, 879.
Rygier-Cegalska, 387.

S

Sabatier, 589.
Sabouraud, 300, 563.
Safa (Assaf), 1067.
Saidman, 562.
Saim, 1066.
Sainz de Aja, 574, 659, 774, 775, 1045.
Salasar, 652.
Salkinde, 397.
Sallenbach, 848.
Samberger, 654, 877.
Samek, 280, 460, 466.
Sannicandro, 862.
Santaloff, 93.
Santori, 869, 1051.
Santos, 488.
Sanz Benitez (H.), 477.
Sarro, 78.
Sartory (A.), 557, 750.
Sartory (H.), 750.
Sartory (R.), 557.
Sato, 451.
Sauphar, 257.
Sawicki, 385.
Scarpa, 666, 1056, 1106.
Schachter, 836.
Schamberg, 371, 480, 861.
Schamschin, 568.
Schauf, 846.

Schaumann, 1086, 1107.
Scherber, 171.
Schirwindt, 168, 948.
Schister, 199, 276.
Schmidt, 173, 590, 764.
Schmidt-La-Baume, 267.
Schneidewing, 181.
Schœn, 559, 636, 753, 754, 755, 939, 940, 1087.
Schœn (Mlle R.), 55, 447, 452.
Schreiber, 460.
Schreiner, 66, 762, 768.
Schreus, 358, 738.
Schrœpl, 468.
Schubert, 359, 650, 654.
Schujman, 365, 366.
Schüle, 367.
Schulmann, 453, 974.
Schultze-Wolters, 464.
Schumacher, 840.
Schwartz, 764.
Schwarz, 658.
Schwarzmann, 468.
Sciarra, 931, 1026.
Scolari, 86, 485.
Sechi, 90, 295, 1100, 1106.
Sedan, 358.
Sellei, 162, 273, 361, 765, 1039.
Seminario, 366, 767.
Senin, 765.
Serefettin, 201, 202.
Sergiescou, 631.
Serra, 191, 488, 581, 863.
Serrano, 286, 476, 576.
Severac, 859, 1049.
Sézary, 355, 557, 635, 636, 685, 686, 733, 739, 740, 942, **977**, 1032, 1087.
Sghirmunskaja, 851.
Shanks, 176.
Sicard, 836.
Sicard de Plauzoles, 399, 741.
Sierra (R. F.), 660.
Sigwald, 835.
Silbermann, 656, 1058.
Silva (M. J.), 180.
Silver, 183.
Silvers, 859.
Simon (Cl.), 260, 449, 559, 634, 751.
Simonelli, 191.
Sirota, 199.
Slonim, 197.
Sluczewski, 67.
Sluys, 436.
Smith, 288.
Solari, 955.
Soleil, 558, 747.
Solente, 933.
Sollmann, 289.
Soroa, 287.
Soscia, 668, 958.
Sotelo, 179.
Souza Araujo (H. C. de), 771.
Spaulding, 1094.
Speierer, 465, 572.
Spillmann, 631, 685, 743.
Steiger-Kazal, 656, 762.
Stein, 72, 850, 1059.
Steiner, 644.
Stenzel, 168.
Steplen, 875.
Stern, 67, 272, 643.
Sternon, 557.
Stiebock, 283.
Stokes, 81.
Straszynski, 297.
Strauss, 1048.
Strausz, 277.
Strempel, 565, 657.
Strickler, 82, 1047.
Striner, 947.
Stümpke, 850.
Sükrü, 201, 298.
Sulzberger, 62, 182, 480.
Summent, 653.
Surace, 961.
Sutton, 1114.
Sutton Jun., 1114.
Suzuki, 193, 1062.
Symmers, 478.
Syrenskaïa, 967.
Szentkiralyi, 71.
Szilvasi, 569, 570.
Szodoray, 875.

T

Takasari, 875.
Takigawa, 193.

Talat, 1068.
Talon, 302.
Tapie, 436.
Tarantelli, 444.
Tardieu (A.), 356.
Targowla, 631, 735, 740.
Tarras-Wahlberg, 679.
Taub, 578.
Taussig, 860.
Tchernogouboff, 94.
Tchougouïéwa, 394.
Telmon, 59.
Templeton, 481, 775.
Ténéraux, 647.
Tevfik (Halis), 1069.
Thévenon, 565.
Thiers, 838.
Thiry (Urbain), **926**.
Thomson, 268, 362.
Thorel, **618**.
Tiram, 642, 837.
Tischnenko (A. M.), **708**.
Tissi, 673.
Titega, 573.
Tœlboll, 470.
Tœnges, 359.
Tommasi, 739.
Tonewa, 468.
Touraine, 637.
Tramontano, 83.
Trautmann, 355.
Treger, 964, 965.
Trelles, 640.
Triana, 473.
Trimble, 478.
Trocmé, 450.
Tropp, 1042.
Truffi, 732, 871.
Tschopp, 200.
Tschotschia, 851.
Tschugugerva, 1040.
Tzanck, 587, **1073**.

U

Ulhmann, 176.
Ullmo (Alice), **31**.
Unna jun., 465.
Urbach, 1035.
Urbain, 1027.
Urechia, 560.
Uruena (J. G.), **244**.
Usuba, 296.

V

Vaisman, 636, 939, 940, 1087.
Valentova, 966.
Valette, 157, 1088.
Valtis, 159.
Vamos, 273, 761.
Van Canneyt, 837, 1029.
Van den Branden, 573.
Van der Berghe, 56.
Varga (A. de), 1034.
Vasarhelyi, 463.
Vasiliu, 428, 434.
Vaudremer, 636.
Vecchi (de), 432.
Veiel, 70.
Verain, 685.
Vercellino, 272, 673, 864.
Veress (F. v.), 71.
Vernes, 55, 934.
Viets, 662.
Vincent, 750.
Vinzent, **618**.
Virga, 675.
Vohwinckel, 174, 653.
Vonkennel, 164.
Vonno (Von), 198.
Vurpas, 561.

W

Waddell, 288.
Wagner von Jauregg, 733, 736.
Wakerlin, 578.
Walther, 165.
Waring, 185.
Wassaf, 1066.
Watrin, 638.
Waynberger, 751.
Wedroff, 271.
Weidman, 363.
Weil (Paul E.), 833.
Weis, 685.
Weismann-Netter, 438, 937.
Weissenbach, 261, **593**, 935.
Weisz, 645.

Welch, 662.
Weln (Mlle A.), 938.
Wellem, 284.
Welti, 40, 166.
Werther, 165, 361.
White, 578, 1046.
Whitfield, 471.
Wiedmann, 472, 945.
Wien, 577.
Wigley, 572.
Wile, 372.
Wilentschuk, 841.
Willbrand, 948.
Williamson, 185.
Winkler, 170.
Wise, 186, 480.
Wohlstein, 361, 850.
Wolf, 280.
Wolff-Eisner, 649.
Wolter, 464, 466, 849.
Wolter (A.), 464, 466.
Woringer, 158, 998.
Wright, 374.
Wygodtchikoff, 194, 198.

Y

Youngblood, 81.

Z

Zaboubine, 255.
Zakon, 1049.
Zawe, 1110.
Zeisler, 480.
Zénine, 1109.
Zeude, 358.
Zieler, 852.
Zisch, 385, 680.
Zitzke, 652, 1042.
Zoon, 760.
Zuccoli, 450.
Zurhelle, 463.
Zwecker, 163.

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES (1)

DU TOME TROISIÈME — SEPTIÈME SÉRIE

1932

DERMATOLOGIE

A

Abcès. Abcès cutanés de l'enfance, par MILIAN 54
— Les abcès et les tumeurs provoqués, par COSTEDOAT . . 265
Acanthosis. Cas d'acanthosis nigricans. Apparition d'un carcinome après seize années, par FREUND 256
— Acanthosis nigricans, par MILIAN, SAUPHAR et MARCERON. 257
— Un cas d'acanthosis nigricans, par SOLLA CASALDERREY. 475
— Un cas d'acanthosis nigricans juvénile, par SCARPA . . . 666
— Quelques considérations sur l'acanthosis nigricans, par H. BEHDJET 681
Acariase. Acariase des céréales, par J. LEVI 975
Achorion. Influence de la vaccination du milieu et de l'addition d'antivirus sur la croissance d' « Achorion Schœnleini », par FABIANI . 560
Achromie. Achromie parasitaire ; sa nature réelle et son étiologie, par CASTELLO . . 858
Acné. Le traitement « massosismothérapique » de l'acné, par C. FERNANDEZ 74
— Acné agminata, par OLIVER . 83
— Dermatoses hormonales de la femme. — Acné sexuelle, par LESZCZYNSKI et LIEBHART . . 571
— Le traitement de l'acné polymorphe, par SÉZARY . . . 1032
Acrodermatite. Les acrodermatoses en relation avec les troubles circulatoires. . . 445
— Lésions articulaires dans l'acrodermatite chronique atrophiante, par HŒVELBORN. 459
— Traitement de l'acrodermatite atrophiante par la fermentthérapie pancréatique, par SELLEI. 765
— Acrodermatite atrophiante en forme de dermatologie, avec arthrites chroniques et calcinose cutanée, par LŒWENFELD 949
— Recherches et considérations sur l'appareil vasculaire dans quelques acrodermatoses, par PISACANE 1098
Acrodynie. L'acrodynie juvénile, par CRAWFORD . . . 1049
Actinomycose. Actinomycose invétérée sans grains macroscopiques ou microscopiques dus au même parasite, par A. et H. SARTORY et MEYER . . 750

(1) *Les chiffres en caractères* **gras** *indiquent les mémoires originaux.*

Agranulocytose. De l'agranulocytose et des syndromes agranulocytaires, par MAZET et DAUMAS 59
— Agranulocytose pure après deux injections de novarsénobenzol, syndrome cardio-rénal transitoire, éosinophile, guérison, par CASSOUTE, POINZO, ZUCCOLI, MONTUS et GUEIRAND. 450
— Sur un nouveau cas d'agranulocytose post-chrysothérapique, par JACQUELIN et ALLAMI 833
Allergie. L'allergie au blanc d'œuf chez le nourrisson, par WORINGER 158
— Sur la réaction allergique par la sérosité de l'ulcère vénérien, par FRANCHI 190
— L'allergie cutanée dans les adénopathies inguinales d'origine vénérienne, par DE GRÉGORIO et SERRANO . . . 286
— Hypersensibilité à la phénolphtaléïne, par BERNSTEIN. . 360
— Démonstration d'un état allergique dans l'herpès, par NAVARRO MARTIN 475
— L'allergie cutanée dans les adénopathies inguinales d'origine vénérienne, par E. DE GREGORIO. **539**
— L'allergie cutanée dans la syphilis, par DE GREGORIO et GARCIA SERRANO. 576
— Certains territoires cutanés possèdent-ils une capacité réactionnelle allergique particulière ? par PAUTRIER . . 756
— Etude de la sensibilité cutanée aux arsénobenzols, par GARNIER 831
— Sur un cas d'hypersensibilité au solarson, par SERRA . . 863
— L'allergie dans les formes mixtes de la lymphogranulomatose subaiguë, par DE GREGORIO. 950
— Observations et recherches sur quelques cas de dermatoses allergiques, par LEVI. 962
— Sur quelques manifestations cliniques de l'allergie eczématique et des exanthèmes allergiques chez les eczémateux, par MARTINOTTI . . . 1054
Allergoses. Sur la question des « Allergoses » (dermite par piqûre d'insectes), par GLAUBERSOHN. 277
— Contribution à l'étiologie, à la symptomatologie et au traitement des allergoses. Sur une manifestation inaccoutumée d'une allergie et sur le changement du caractère d'une allergose, par KARRENBERG 568
Alopécie. Sur l'épidémie de microsporie et d'alopécie parvimaculata de Dresde et explication de cette dernière dans le sens d'une microsporide, par WERTHER. . . . 165
— Contribution à l'étude de la classification et de la dénomination des alopécies atrophiantes cicatricielles et des folliculites, par HOFFMANN . 458
— Alopécie durable après épilation rœntgénienne, par SPEIERER 465
— Sur la pathogénie des alopécies diffuses précoces (alopécie séborrhéique, pityrode), par CEDERBERG 571
— Alopécie durable imprévue après radiothérapie. Contribution à l'étude des accidents « excusables », par HŒDE 655
— Alopécies temporaires et durables après traitement radiothérapique, par MEMORSKY. 762
— L'influence de la glande thyroïde sur les alopécies du cuir chevelu, par RIHOVA. . 878
Altérations cutanées. Sur les altérations séniles du tissu conjonctif cutané et sur l'élastique de la mimique dans les différentes races, par VOHWINKEL 174
— Sur les altérations cutanées au cours de la maladie de Basedow, par SIEBERMANN. . 656
Amyloïdose. Amyloïdose de la peau combinée avec du livedo réticulaire et une hy-

persensibilité à la lumière, par Wedroff 271
Anatomie. Sur la cellule de Paget, par Kreibich . . . 267
— La cellule nerveuse et sa pathologie, par I. Sükrû . . 298
— Sur les cultures des tissus de l'épiderme humain. Contribution à l'étude de l'anatomie de la peau, par Pinkus. 842
— Contribution à l'étude de la cellule de Langerhans, par Bezecny 1034
Angiokératome. Sur l'angiokératome de Mibelli, par Lisi 867
Angiolupoïde. Contribution à la clinique de l'angio lupoïde de Brocq-Pautrier, par Preiss. 277
Angiome. Angiome ulcéré de la face chez un nouveau-né, par Rouèche. 263
— Traitement des angiomes par la curiethérapie, par Coliez. 357
— Angiomes multiples héréditaires, maladie de Goldstein ou de Rendu-Osler-Weber, par Goldstein 1050
Anticorps chancrelleux. La valeur diagnostique et pathogénique de la recherche des anticorps chancrelleux dans le sérum de malades atteints d'adénopathies inguinales, par Ravaut, Rivallier et Cachera 639
Argyrie. L'argyrie généralisée d'origine thérapeutique, par David 1030
Atrophie. Atrophie maculeuse de la peau, par Chargin et Silver. 183
Aurides. Sur un cas d'aurides cutanéo-muqueuses, par Carrera 767
Autolésionisme. Autolésionisme cutané chez un sujet névropathique, par Mazzanti 189

B

Bactériologie. Sur les prétendues mutations tinctoriales du gonocoque, par Sechi . 90
— Influence du naphtalan sur les microorganismes de la peau, par Wygodtchikoff . 194
— Essais d'une différenciation sérologique du gonocoque et d'autres diplocoques, par Stern 272
— Le rôle du streptocoque dans les dermatoses, par Krzysztalowicz 297
— Recherches microscopiques et cultures de diplocoques à Gram négatif, ressemblant aux gonocoques, et trouvés dans l'appareil urogénital de la femme, par Schubert et Tœnges 359
— Sur les formes du gonocoque de Neisser, par Szilvasi . . 569
— La culture du gonocoque, par Szilvasi 570
— Sur la culture du virus de la vaccine dans les cultures de tissu, par Nauck et Paschen. 570
— Sur les milieux de culture du gonocoque, par Schubert . 654
— Sur la recherche culturelle du bacille tuberculeux dans le sang et les tissus au cours des dermatoses tuberculeuses, par Grinun. 764
— La destinée des gonocoques phagocytés, par Felke . . 765
— Sur la recherche du bacille tuberculeux dans le sang circulant dans les dermatoses, par Konrad. 768
— Culture du bacille tuberculeux dans les tissus des dermatoses tuberculeuses par la méthode de Lœwenstein, par Matras 768
— Sur la question de la culture du bacille tuberculeux dans le sang au cours des dermatoses tuberculeuses, par Schreiner 768
— Sur les conditions de développement des germes pathogènes sur les tissus morts, par Truffi 871
— Résultats d'hémoculture du bacille tuberculeux dans les dermatoses par la méthode de Lœvenstein, par Mathison. 949

Balzer-Brook (Maladie de). Contribution à l'étude clinique et histopathologique de la maladie de Balzer-Brook, par GLAUBERSOHN et SLONIN . 197

Biologie. Une nouvelle méthode pour la mesure exacte des teintes de la peau, par MEMMESHEIMER. 61

Contribution à l'étude des variations saisonnières des maladies. L'influence de la nourriture sur les sensibilisations expérimentales, par MAYER et SULZBERGER. . . 62

— L'influence de la faim et de la privation de boisson sur les variations du potassium, du calcium, du chlore et de l'eau dans la peau de lapins irradiés, par STERN . . . 67

— Des principales épreuves biologiques sur la fonctionnalité des systèmes endocrine et sympathique dans les maladies cutanées et vénériennes (Métabolisme basal, réserve alcaline, pH, glycémie et courbe glycémique), par MAURRAS 89

— La cholestérine dans les dermatoses, par ROSNER . . . 177

— Contribution à l'étude du métabolisme basal dans les maladies de la peau, par GRANELI. 180

— Sensibilisations ; influences régionales, saisonnières, diététiques et autres, en tant que causes de leurs variations et de leurs fluctuations, par SULZBERGER et MAYER. . 182

— Métabolisme basal et réserve alcaline dans les dermatoses Essais thérapeutiques, par G. MEDINA 284

— La vie et la mort de la cellule, par I. SÜKRÜ. . . . 298

— Contribution à l'étude du métabolisme des hydrates de carbone dans les dermatoses par les méthodes modernes d'exploration de la fonction du foie et du pancréas, par MILBRAT 461

— Le taux du sucre vrai dans la peau des diabétiques, par TRIMBLE et CAREY 478

— Recherche des chromogènes indoxyliques dans la sueur de l'homme, par HERVIEUX . 557

— Hyperglycémie et maladies de la peau, par ROST. . . . 572

— Quelques observations sur les dépôts d'or dans la peau, par WIGLEY. 572

— Immunité. Intolérance. Biophylaxie. Doctrine biologique et Médecine expérimentale, par TZANCK. 587

— Le métabolisme du chlorure de sodium dans les dermatoses, par MAY. 642

— L'alimentation et la transminéralisation dans la peau, par STERN. 643

— Le contenu cholestérinique de la peau du fœtus et de l'enfant en relation avec l'irradiation solaire, par ROFFO. 657

— Le métabolisme du calcium et les maladies qui s'y rapportent, par ABDUL KADIR LUTFI 682

— La spécificité biologique. Anaphylaxie, immunité, Hérédité, par MARTINY, PRÉTET et BERNÈ. 687

— Sur la diffusion de l'ultra-violet par divers corps et plus particulièrement par la peau humaine, par CLUZET, KOFMAN et BOUDENES 753

— L'influence des diverses substances chimiques sur le développement des pyocoques et des champignons, par VAMOS. 761

— Essai de constatation dans les cellules épithéliales de substances histo-chimiques injectées par voie intraveineuse (spécialement 1, 3, 4. Dioxyphénylalanine). Constatation histochimique de la présence de substances reductrices probablement de la nature des glucoses dans la peau de l'homme et des animaux par le nitrate d'argent, par SCHAUF et BURCKHARDT. . . 846

— Le tonus thermique cutané

et le tableau thermique cutané dans les conditions normales et pathologiques, par Comel 865
— Le métabolisme du sucre sanguin dans certaines dermatoses, par Strickler et Adams. 1047
— La « disposition », son caractère et son influence sur l'origine des maladies de la peau, par Naegeli. . . . 1060
— Sur les relations de la peau avec la ménopause, par Djevdet Kérim. 1068
— Recherches sur les propriétés biologiques de la peau et les possibilités de transmission de celles-ci, d'animal à animal, au moyen de greffes cutanées, par Bernucci . . . 1101
Blastomycose. Considérations sur un cas de blastomycose cutanée, par Rizzoli . . . 85
Blennorragie. Traitement de la blennorragie féminine par la vaccination gonococcique associée, par Clara 69
— La valeur de la trypaflavine dans le traitement de la blennorragie et de la bactériurie à staphylocoque, par v. Veress et Goldberger. . 71
— Auto-vaccination dans la gonococcie, par Bernal . . . 79
— Les préparations arséno-benzoliques dans le traitement local de la blennorragie, par Bagnoli 86
— Blennorragie dans un urèthre double, par Nicoletti. . . 89
— Le « traitement sec » de la blennorragie de l'homme, par Perl. 169
— Recherches comparatives sur l'action des différentes substances injectées dans la blennorragie aiguë de l'homme, par Heyn et Bayer. 170
— Sur le traitement par les alcalins de la blennorragie de l'homme, par Boas. . . . 175
— Autopyourovaccination de la blennorragie et de ses complications, par Litwak et Schister 276
— Gonorrhée (Blennorragie). Le mal le plus répandu. Défense sociale et personnelle, par Marta. 303
— 510 cas de blennorragie traitée par la malariathérapie, par Werther et Kœster. . 361
— Le traitement de la blennorragie par le pyrifer, par Bauer 362
— Sur la réaction de déviation du complément dans la blennorragie, par Anne-Marie Bischoff 362
— La présence du diplocoque de Neisser dans le sang au cours de la blennorragie, par Fedosewicz et Sawicki . . 385
— Notions les plus récentes sur le traitement de l'infection gonococcique, par Jaja . . 443
— Thérapie physique de l'infection gonococcique, par Monacelli 444
— La diathermothérapie dans l'infection gonococcique de l'homme et de la femme, par Tarantelli 444
— Blennorragie gonococcique et non gonococcique (expérimentation bactériologique), par Franck 446
— La réaction de fixation du complément dans la blennorragie, par Kristjansen. . . 462
— Nouvelles voies dans le traitement vaccinal de l'arthrite blennorragique, par Wiedmann 472
— Le traitement de l'arthrite blennorragique, par Marsan. 559
— Sur le diagnostic de la blennorragie par l'examen microscopique et par la culture, par Schubert. . . . 650
— Traitement de la blennorragie par des doses homéopathiques d'iode, par Samberger 654
— Un nouvel antigène pour la déviation du complément dans la blennorragie, par Jacobsohn et Schwarz . . . 658
— Traitement de l'épididymite blennorragique par le cal-

cium et la radiothérapie, par KLÖVEKORN et MEYER-BULEY . 760
— Sur le traitement de l'orchi-épididymite blennorragique par les injections de vaccin dans la muqueuse urétrale, par CHEVALLIER, MORICARD et PAUCHARD. 932
— Sur la séro-réaction de la blennorragie, par KUTKA. . 964
— Le traitement de la blennorragie chronique chez l'homme par le tamponnement de l'urèthre, par IABLENIK . . 968
— Traitement de la blennorragie par le vaccin de gonocoques vivants, par EDEL . . 1039
— Emploi d'antigènes lipoïdes dans le séro-diagnostic de de la blennorragie, par KASAKOFF et TSCHUGUGERVA . . 1040
— La clinique de la blennorragie non traitée, d'après les matériaux de l'expédition vénéréologique scientifique bouriato mongole, par ZAWE et POROUDOMINSKY 1110
— La blennorragie de l'homme, par ECHREF 1114

Botryomycose. Sur quelques aspects de la question des « Botryomycoses ». Conception actuelle, par RABELLO FILHO 1091

Bouche. Inflammation ulcéro-gangréneuse de la muqueuse buccale due à des spirilles et bactéries, accompagnée d'une éruption pemphigoïde de la peau, par EMIN . . . 298
— Les lésions chimiques et électrolytiques de la bouche causées par des pièces dentaires, par LAIN 479
— Stomatite lichénoïde persistante d'origine aurique et aurides buccales, par SAINZ DE AJA. 574
— Moniliose buccale, par A. PEYRI et CASANOVAS. . . . 660

Boutons. Traitement et formes rares du bouton d'Orient, par HOULOUSSI BEDJET . . . 468
— Le bouton d'Orient et son traitement, par ALI RIZA. . 591

Bromides. Contribution à l'étude clinique et à la pathogénie des bromides végétantes. Un cas de bromides végétantes des plus graves avec participation des muqueuses et terminé par la mort. Reproduction artificielle de bromides végétantes chez la malade. Présence de bromure dans les organes, par BLOCH et FENCHIV 844

Brucellose. La brucellose chez les vétérinaires, par HAXTHAUSEN et THOMSON . . . 268
— Eruption de brucellose de Bang avec urticaire chez les vétérinaires, par JADASSOHN . 646

Brûlures. Anurie consécutive à une brûlure, par RUNTOVA . 388
— Le traitement des brûlures par l'air sec chaud, par KAKPOFF 394
— Contribution à l'étude des brûlures, par RIEHLIJUN . . 461
— Remarques théoriques sur le traitement des brûlures étendues, par KABELIK 877
— Le traitement des brûlures, par MOUSTAFA 1068

Bubons. Bubon inguinal syphilitique suppuré, par MILIAN. 54
— Bubon chancrelleux et maladie de Nicolas-Favre (Recherches biologiques, cliniques et thérapeutiques), par P. RAVAUT et CACHERA. . . **97**
— Le traitement du bubon chancrelleux par la vaccinothérapie spécifique à la clinique dermato-vénéréologique de Bordeaux (Pr. Petges), par DEJEAN 155
— Bubons strumeux d'étiologie différente, par HELLERSTRÖM . 197
— Bubon chancrelleux et maladie de Nicolas-Favre (Recherches biologiques, cliniques et thérapeutiques), par P. RAVAUT et CACHERA . . **214**
— Bubon chancrelleux sans chancre d'inoculation avec syphilis latente, par LÉVY-BING et BOURSAT. 555

C

Cancer. Epithélioma. La curiethérapie des épithéliomes cutanés, par LASSUEUR . . **21**
— Le carcinome primitif de la peau, par FUHS. 74
— Contribution à l'étude des épithéliomas cutanés, par BERTACCINI 88
— Endothéliome solitaire cutané, par LISI. 88
— L'action de l'insuline sur les cancers ulcérés de la peau, par GOMES DA COSTA . . . 160
— Métastases carcinomateuses étendues, zoniformes de la peau, par KIESS. 169
— Le traitement du cancer de l'amygdale par le radium avec une nouvelle technique, par HASAN 201
— Le cancer secondaire de la peau, par MATRA 283
— Les épithéliomas de la cavité buccale ; leur traitement par le radium et les rayons X, par REGAUD 452
— Dégénérescence cancéreuse d'une plaie volontairement provoquée par un cautère. Traitement par la diathermo-coagulation et le radium. Guérison, par PARÈS . . . 455
— Sur la présence des mélanoblastes dans les métastases cutanées d'un cancer du sein, par BEZECNY 457
— Les rapports de la teinte des cheveux et de la peau avec l'épithéliome cutané, par EPSTEIN 457
— Les dyskératinisations épithéliomateuses. Maladie de Paget, maladie de Bowen, épithélioma pagétoïde, par ROUSSET 492
— La nature du cancer et son traitement causal, par ROOSEN. 590
— L'épithélioma érythémateux, par MILIAN 632
— Epithéliome plan cicatriciel de la région frontale guéri par le radium, par SIERRA . 660
— Quelques facteurs essentiels dans la pathologie et le traitement du cancer de la peau, par JORSTAD 665
— Cancer du pénis avec un relevé de 67 cas, par LEIGHTON. 665
— Facteurs de résistance et de réceptivité dans les lambeaux cutanés transplantés par la méthode italienne dans les régions siège d'un épithélioma, par PERAZZO. . 667
— Contribution à l'étude de la pathogénie du carcinome d'origine érythémato-lupique, par TISCHNENKO . . . **708**
— L'épithélioma plan pagétoïde et ses rapports avec la maladie de Bowen, par MASCHKILLEISSON et NERADOFF. . . 763
— Carcinome de la peau et dermatoses précancéreuses, par RIEHL. 852
— Remarques sur l'histologie des cancers cutanés, par DU BOIS 876
— Sur les cancers de la peau se développant à la suite des blessures, par FABIAN. . . 964
— Sur la liquéfaction de l'épithélium, par KREIBICH. . . 1034
Capillaires. Recherches sur la morphologie et la physiologie des capillaires cutanés dans quelques syndromes neuro-vasculaires, par SANTORI 1051
Carrion (Maladie de). Mésenchyme et maladie de Carrion, par MAKEHENNIE . . . 942
Céphalosporiasis. Céphalosporiasis, par MÜLLER et MORROW 577
Chancre mou. Sur l'épidémiologie du chancre mou, par BERNSTEIN. 268
— Contribution à l'étude clinique et thérapeutique du chancre mou, par BERNSTEIN. 268
— Chancre mou, par MONTANES. 369
— Sur l'influence de l'iodoforme sur les cultures du streptobacille du chancre mou, par FRŒLICH 455
— Histoire d'un chancre mou, par ESQUIER, LESTIDEAU et ESCARTEFIGUE **625**

— Chancre mou érythémateux croûteux, par Gougerot et Decourt 832
— Chancre mou extragénital, par Bezecna. 880
— Sur le traitement spécifique du chancre mou par le vaccin Dmelcos, par Kutka . . 965
Chancre tuberculeux. Le chancre cutané tuberculeux par primo-infection chez l'enfant, par Huinel et Mme Colin-Letailleur 260
Chéloïdes. Le traitement des chéloïdes, par Belot . . . 561
— Traitement des chéloïdes et des cicatrices vicieuses par le radium, par Degrais et Bellot. 635
— Chéloïdes et cicatrices chéloïdiennes ; leur signification, par Solente 933
— Chéloïdes multiples consécutives à des injections intradermiques de tuberculine, par Municzuri Galindez . . 1044
Cheveux. Crépure acquise et progressive des cheveux accompagnée d'un changement de coloration, par Wise et Sulzberger 480
— Cheveux tordus, par Ronchèse. 1048
Chondrome. Histologie du chondrome de la peau et de l'exostose cartilagineuse, par Photinos. 656
Cicatrisation. Contribution à l'étude de la cicatrisation des plaies par la gazothérapie, par Dartigues. . . . 262
Claso-vaccins. Claso-vaccins et clasines, travaux et documents, 1929-1932, par H. Jausion 687
Cor. L'histologie et l'histogenèse du cor, par Oberhoff. . 64
Corne Sur la présence simultanée d'anomalies primitives de la corne généralisées et localisées, par Friedlænder. 71
— Un cas rare de corne cutanée, par Korkut 1065
Cosmétique. Guide de cosmétique à l'usage du praticien, par Buschke, Joseph et Birkenfeld 974
Cuir chevelu. Diagnostic et traitement des affections du cuir chevelu, par Sabouraud. 300
Cutis marmorata. Recherches sur la cutis marmorata, par Comel 1037
Cysticercose. Sur la cysticercose des méninges et de la peau, par Grzybowski et Stephen 875

D

Darier (maladie de). A propos de la maladie de Darier, par Bernhardt. 386
— Contribution à l'étude de la maladie de Darier, par Covisa et Béjarano 474
— Sur un cas de maladie de Darier (Dyskératome nævique), par Fiocco 961
Dermatites. Dermatite bulleuse striée consécutive aux bains de soleil dans les prés (Dermatitis bullosa striata pratensis, par Oppenheim. . . **1**
— Dermatite bulleuse chez une névropathe, par Welti . . **40**
— Dermatite artificielle par les cheveux d'ange, par V. Szentkiralyi 71
— Les dermatites novocaïniques, comme affection allergique, par Santaloff 93
— Dermite lichénoïde en traînée après un traumatisme, par Ruitter 167
— Contribution à l'étude de la dermatite herpétiforme végétante, par Tschopp. . . . 200
— Contribution à la dermite des fourrures, par Du Bois . . **209**
— Dermatite papulokératosique avec desquamation lamelleuse au cours d'une ostéomyélite staphylogène du fémur, par Ota et Aisu. 275
— Deux cas de dermite livédoïde de la fesse par injections de préparations bismuthiques, par de Gregorio et Garcia Serrano 370
— Sur la question de la dermite expérimentale du nickel, par Milbradt 463

— Sur un cas de dermatite herpétiforme avec symptômes d'épidermolyse bulleuse, par Bizzozero. 482
— Influence des hormones sur l'évolution de la dermite expérimentale du nickel, par Milbradt. 651
— Violente dermatite verruqueuse consécutive à des applications thérapeutiques de paraffine, par Steiger-Kazal. 762
— Sur le rôle de substances tissulaires intermédiaires dans la production des inflammations cutanées par Lehner, Rajka et Fenyes 847
— Dermatite aiguë par la feuille d'Aongot (semi-carpus venosa volkeus), par Iseki. . . 874
— Sur la dermatite herpétiforme de Dühring, par Willbrand. 948
— Dermite folliculaire tuberculeuse humaine experimentale, par Marbais. 1064
— A propos des dermites provoquées par les figues et le figuier, par H. Behdjet . . 1068
— Contribution à la dermatite herpétiforme de Dühring, par Boddanovitch 1108
Dermatofibrome. Sur un cas de dermatofibrome progressif récidivant de Darier à siège et à structure histopathologique peu communs, par Pinetti 869
Dermatomycoses. Dermatomycose de la main droite avec lymphangite en chapelet de de l'avant-bras correspondant par Oospora d'Agatæ, par Lanteri 189
— Contribution à l'étude de la dermatomycose produite par la « Forula epizoa Corda », par Alatorzeff 455
— Une dermatomycose causée par une levure nouvelle du genre saccharomyces, « saccharomyces sternoni », n. sp. par A. et R. Sartory, Sternon et Meyer 557
— Une dermatomycose presque généralisée produite par le Trichophyton gypseum et se présentant sous le tableau clinique d'une érythrodermie, par Bloch 845
Dermatoneuromyosite. Sur un cas de dermatoneuromyosite, par Sluczewski . . 67
Dermatoses. La dermatose bulleuse des bains de soleil dans les prés, par Alice Ullmo . **31**
— Dermatose cyclique en gouttes pigmentées parakératosiques, par Milian 53
— Sur le traitement spécifique des dermatoses allergiques, par Finkelstein. 175
— Etude sur la partie fibrillaire du système réticulo histiocytaire dans quelques dermatoses, par Guardalli . . . 188
— Contribution à l'étude de la fonction de l'estomac dans les dermatoses, par Gaudig. 459
— Sur une dermatose non décrite jusqu'ici, par Whitfied . . 471
— Dermatoses par sensibilisation à des agents non mycosiques survenant consécutivement à des épidermomycoses des extrémités, par White et Taub 578
— Expériences d'auto-hémolysothérapie intradermique dans quelques dermatoses, par Galioto 582
— Contribution à l'étude des dermatoses des vachers; nodules des vachers accompagnés d'un exanthème. Modifications des ongles par les poils des vaches, par Steiner. 644
— La thérapeutique des dermatoses mycosiques par les vaccins, par Ballagi et Weisz. 645
— Les dermatoses industrielles et leur traitement, par Downing et Welch 662
— Les dermatoses professionnelles, par Bernard . . . 769
— Sur la dermatose professionnelle des boulangers des craquelins ronds, par Gortchakoff 783
— A propos d'une dermatose professionnelle, par Guns . 852
— Sur des lésions cutanées pru-

rigineuses observées chez deux allemands du sud du Mexique, porteurs d'onchocerca, avec une étude résumée des dermatoses dues à l'infection par l'onchocerca. Essais sur la valeur, pour le diagnostic, de la réaction cutanée avec un antigène d'onchocerca, par FÜLLEBORN. 1037

Diagnostic. Sur deux cas de « fausse route », mis en évidence au moyen de l'uréthrographie, par LÉVI 379

— Sur le diagnostic rapide de la malaria par l'ultra-microscope, par WOLTER. . . . 464

— Eléments de diagnostic mycologique (aide-mémoire pour laboratoire), par BRUHNS et ALEXANDER 591

— Du diagnostic des rhumatismes chroniques blennorragiques, par SICARD. . . . 836

Diphtérie cutanée. Diphtérie cutanée prenant son origine des yeux, par HOULOUSSI, BEHDJET et SEREFETTIN . . . 201

— Ulcérations diphtériques multiples de la peau à forme gangréneuse, par SEREFETTIN et BEHDJET 202

— A propos des formes suppurées et eczémateuses de la diphtérie cutanée, par STRASZYNSKI. 397

Divers. Quelques résultats du travail prophylactique de la consultation cutanée de la policlinique prophylactique infantile par LASS. . . . 96

— Une série d'observations cliniques et thérapeutiques intéressant la dermatologie, par SCHERBER 171

— Sur la question de la diminution du complément dans les affections parenchymateuses du foie, par BERGEL et SCHÜLE. 367

— A propos de la terminologie, par BERNHARDT 386

— Un cas d'insuffisance chronique thyroïdienne chez un adulte, par PETRACEK . . . 388

— Recherches sur l'action pathogène du tabac, par BERNUCCI 487

— Précis de vénéréologie et de dermatologie clinique, expérimentale et sociale. Tome I. Clinique des maladies de la peau 494

— La « Berruga » des Conquistadors du Pérou, par MALDONADO. 583

— Manuel pratique de Dermatologie, par DESAUX, BOUTELIER et BROCQ 586

— Dermatologie, par SÉZARY. . 685

— Iconographia urologica, par ROTSCHILD, V. BLUM et NECKER. 688

— Valeur diagnostique et pronostique de l'énurésie, par PINARD et CORBILLON . . . 752

— Etiologie et thérapeutique, par Paraf 833

— Le chiffre donnant le point de passage de la courbe d'activité à la date du ...., par VERNES 934

— A propos de l'énurésie, par PINARD 935

— Les rétrécissements du rectum, par BENSAUDE . . . 939

— Intoxication arsenicale en masse après usage de vin à bord de bateaux, par TROPP et RAUCH. 1042

— La scarlatine et sa répression, par WASSAF 1066

— Des rapports entre les maladies de la peau et celles des viscères, par SAFA. . . . 1067

— Etudes modernes sur la dermatosyphiligraphie, par Covisa et SES COLLABORATEURS . 1070

— Introduction à la dermatologie, par SUTTON et SUTTON JUN. 1114

Dühring (Maladie de). Commentaires sur quatre cas de maladie de Dühring, par A. PEYRI 661

— Polynévrite généralisée par le tréparsol chez une malade atteinte de maladie de Dühring, par MILIAN. 933

E

Ecchymoses. Ecchymoses vénériennes « à vacuo » des muqueuses, par BARTHÉLÉMY. . **1021**

Eczéma. Sur la pathogenèse et la thérapeutique de l'eczéma aigu et de la dermite aiguë, par PERUTZ 64
— Méthode personnelle de traitement de l'eczéma et du psoriasis, par PHILIPPSON . 70
— L'épreuve d'Escudero dans certaines formes d'eczéma, par NOGUERMORE. 79
— Les dystrophies tégumentaires dans les maladies des veines : les eczémas, par DELATER 160
— Sur l'eczéma séborrhéïque et ses relations avec le psoriasis, par BERNHARDT. . . . 199
— Le traitement diététique de l'eczéma du nourrisson, par MATHIEU et G. LÉVY . . . 262
— Sur l'eczéma par sensibilisation, par NOBL. 367
— L'eczéma du bois et la sensibilisation sylvestre, par SCHULMANN et DÉTOUILLON. . 453
— Un cas d'eczéma « suspect de variole » à la suite de vaccination ; vaccine généralisée, par KAISER et BLASS . 460
— Eczéma sur tégument anesthésique, par SCHRŒPL . . . 468
— Traitement de l'eczéma et du prurit cutané par l'extrait de muscles, par SCHWARZMANN. 468
— L'eczéma : ce que nous en savons et n'en savons pas, par SABOURAUD. 563
— Eczéma séborrheique d'Unna ou schizosaccharomycose de Benedek? sur la présence de levures dans le sang circulant, par ENGELHARDT. . . 571
— L'eczéma solaire, par PAGÈS. 589
— Eczéma séborrhéique de Unna et schizosacharomycose (Benedek), présence des levures dans le sang du cordon ombilical, par ENGELHARDT . . 654
— Eczéma solaire et hématoporphyrie, par TEMPLETON et LUNSFORD. 775
— La réaction de la peau et de ses sécrétions dans l'eczéma ; le pH de la surface cutanée dans l'eczéma, par LEVIN et SILVERS 859
— Quelques questions sur la pathogénie de l'eczéma, par PERUTZ. 878
— Rapports entre l'eczéma et la diathèse urique et indications de la fangothérapie dans l'eczéma, par PASINI . 951
— Recherches sur la réactivité cutanée des eczémateux vis-à-vis des amino-acides et autres dérivés des échanges, par SOLARI 955
— Les expériences biochimiques dans l'eczéma, par TRÉGER . 964
— Contribution au traitement des eczémas « yshidrosiques par la diathermie, par MODI STOFF. 966
— Les eczémas dus à l'idiosyncrasie alimentaire. Leur diagnostic, leur pathogenèse, leur transmission passive et leur thérapeutique, par URBACH et FASAI 1035
— Sur la matière allergique de l'eczéma des boulangers, par ZITZKE. 1042
— Un symptôme inédit dans l eczéma, par BONJOUR. . . 1063
Eléphantiasis. Sur l'éléphantiasis des organes génitaux de l'homme, par STENZEL. . . 168
— Eléphantiasis scrotal, par DO AMARAL 641
Ephélides. Traitement des taches de rousseur (éphélides) par la neige carbonique, par MATARASSO **818**
Epidermolyse. Epidermolyse bulleuse acquise, par MAC LEOD 83
— Epidermolyse ichtyosiforme congénitale (Erythrodermie ichtyosiforme congénitale forme bulleuse de Brocq), par LAPIÈRE **401**
— Contribution à l'étude de la pathogénie de l'épidermolyse bulleuse dystrophique, par GAY PRIETO 477
— Epidermolyse bulleuse dystrophique, par PIÉRINI . . 766
— Considérations cliniques et histopathologiques sur les rapports entre l'épidermolyse bulleuse héréditaire et le pemphigus congénital à ten-

dance cicatricielle, par Perantoni-Satta 957
— Contribution à l'étude de l'épidermolyse bulleuse traumatique héréditaire dystrophique, par Krignen . . . 1032
Epidermomycoses. Prophylaxie des épidermomycoses par les fumigations, par Ayres, Anderson et Youngblood 81
— Epidermomycoses symptomatiques et asymptomatiques des pieds, par Strickler et Friedman 82
— Recherches cliniques et expérimentales sur les facteurs étiopathogénétiques de quelques épidermomycoses, par Flarer 376
Epidermophytie. Sur les épidermophyties atypiques, par Madras 456
Epilation. Les anomalies dans la formation des poils à la suite de l'épilation, par Rihova 964
Erysipèle. Erysipèle gangréneux de la face chez une vieille femme artério-scléreuse et hyperglycémique, par Ledo. 368
— La photothérapie dans l'érysipèle, par Davidson. . . . 862
— Le traitement de l'érysipèle par l'huile de chenopode, par Suzuki 1062
— Contribution à la thérapeutique de l'érysipèle de la face, par Gysler 1063
Erysipéloïde. Forme rare d'érysipéloïde, par Richter . . 465
— L'érysipéloïde ou maladie de Rosenbach, par Cl. Simon . 634
Erythèmes. Sur la dépendance de l'érythème polymorphe des influences atmosphériques, par Zwecker. . . . 163
— Erythème papulo-circiné migrateur de Darier, par Mc Lachlan et Brown. 176
— Erythème noueux, lèpre, par Burgos 180
— Sur la présence du bacille de Hansen dans des lésions d'érythème polymorphe chez un lépreux, par Rabello Fils et Portugal 357
— Sur quatre cas d'érythème biotropique du neuvième jour, provoqués par les sels d'or dans le traitement de la syphilis, par Fidanza, Schujman et J. M. M. Fernandez. 365
— Exanthèmes généralisés du cobaye après la sensibilisation par le sérum du porc, par Jordan et Mayer . . . 456
— Erythème morbilliforme interthérapeutique au 9e jour avec ictère, par Milian 633
— Erythème polymorphe et syphilis, par Watrin . . . 638
— Un cas d'érythème elevatum et diutinum, par Steiger-Kazal. 656
— Observation d'érythème leucémique, par Grassi . . . 669
— Erythèmes pigmentés fixés par phénolphtaléine, par Virga. 675
— Erythème polymorphe atypique, par Gaté et Tiran . . 837
— Forme stationnaire de l'érythème noueux, par Wolhstein 850
— Sur l'érythème annulaire, par Eriguchi et Imakita . . . 875
— Erythème exsudatif multiforme érythémato-vésiculeux récidivant neurogène, par Runtova 879
— Erythème infectieux récidivant et ictère biotropique au cours d'un traitement antisyphilitique, par Cathala, Garnier et Friedman . . . 938
— Erythème noueux ; sa nature et son étiologie, par Moon et Strauss 1048
— Toxicodermie noueuse (Erythème noueux) après emploi de l'iodure de potassium, par Stein 1059
— Les érythèmes polymorphes. Maladie infectieuse ou réaction d'intolérance, par Tzanck et Cord **1073**
— Erythème noueux et tuberculose, par Larue et Desrochers 1092
Erythrasma. Erythrasma avec localisation rare, par Dietel. 73

Erythrocyanose. Deux cas unilatéraux d'érythrocyanose avec érythème induré de Bazin ulcéré, par AGUILERA. . 660
Erythrodermies. De l'influence problématique de l'érythrodermie exfoliatrice sur l'évolution de la syphilis, par BERNARD 255
— Sur la question de l' « Erythrodermie ichtyosiforme », par LIEBERMANN 360
— L'érythrodermie vésiculo-œdémateuse, « maladie salvatrice », par BERNARD . . . 367
— A propos des érythrodermies, par DANILEWSKAIA 393
— Les croûtes impétigineuses dans l'érythrodermie arsenicale, par MILIAN et DEGOS . 454
— Erythrodermie vésiculo-œdémateuse primitive à streptocoques, par MILIAN et DEGOS. 748
— Erythrodermie vésiculo-œdémateuse streptococcique, par MILIAN et MASSOT 749
— Erythrodermie streptococcique, par MILIAN et PÉRIN. . 749
— Sur l'influence favorable des érythrodermies légères sur l'évolution de la syphilis. A propos d'un cas clinique, par FORNS CONTERA. . . . 853
— Contribution à l'étude des érythrodermies généralisées exfoliatives, par ROSENTHAL . 1033
— Un cas d'érythrodermie et purpura par administration buccale d'une préparation arsenicale pentavalente, par SCARPA 1106
Escarre. Contribution au traitement de l'escarre, par GORSKY. 195
Esophylaxie. Esophylaxie et système réticulo-endothélial, par BÖHM et VAMOS . . . 273
Exanthèmes. Exanthème bulleux de la bouche, phase initiale du pemphigus chronique, par NOGUER MORE . . 78
— Exanthème érythémato-bullo-pustuleux dans la polyarthrite aiguë, par MULLER. . 274
— Sur la question de l'exanthème salvarsanique psoriasiforme, par ZURHELLE . . 463
Expérimentation. L'idiosyncrasie du cobaye vis-à-vis de l'ursol, par MAYER. . . . 62
— Contribution à l'étude du vaccin par l'expérimentation sur l'animal, par ELIASG . . . 266
— Quelques expériences sur la vitalité des spermatozoïdes, par HYNIE, ... 879
— Sur les rapports de l'histamine avec l'inflammation. II. Preuve de l'augmentation d'une substance proche de l'histamine dans la peau inflammatoire du lapin, par LOOS 1037

F

Favus. Deux cas de favus de la peau glabre, par MURERO. . 865
— Favus généralisé de la peau avec présence d' « Achorion schœnleini » dans les cultures du sang et du suc des glandes lymphatiques, par LOURIER et REIFF **912**
Fibromes. Fibromes avec prolifération épithéliale atypique, par BIBERSTEIN 1033
Fièvre. La fièvre exanthématique des tiques, par REGENDANZ 276
Folliculite. Folliculitis sycosiformis atrophicans corporis, par P. B. PHOTINOS. . . . 304
Fox-Fordyce (Maladie de). La maladie de Fox-Fordyce, considérations étiopathogéniques à propos d'un cas, par FIDANZA et OCANA. . . 365
— Contribution à l'étude de la dermatose de Fox-Fordyce, par DEL VIVO 1096
Furoncle. Traitement par les ondes courtes d'un furoncle de la lèvre supérieure chez un diabétique de 75 ans, par LOWENSTEIN et STIEBOCK . . 283
Fuso-spirillose. Contribution à l'étude de la forme ulcéro-nécrotique et végétante de la fuso-spirillose buccale, par GATÉ et MICHEL. 453

G

Gale. Contribution à l'étude de la « Gale Norvégienne », par Cerutti 187
— Nodules persistants dans la gale, par Ayres et Anderson. 663
— Contribution à l'histoire de la gale, par Faucci. . . . 671
— La gale du chat, par Lafourcade 748
— La découverte de l'origine parasitaire de la gale, par Faucci. 1104
Gangrène. Sur un cas de gangrène cutanée multiple, par Finkelstein 655
— Gangrènes cutanées en plaques, d'apparition spontanée curables et récidivantes, par Renaud et Bordet 834
— Gangrène des extrémités inférieures à la suite de malaria, par Chevket. . . . 1067
Glandes apocrines. A propos de glandes apocrines du creux axillaire, par Tevfik. 1069
Glandes sudoripares. Tumeur des glandes sudoripares avec métaplasie épithéliale, par Walther et Montgomery . . 165
Granulome. Granulome à coccidioïdes, par Rixford, Dickson et Beck 373
— Caractères généraux du granulome malin, tirés de son étude anatomo-clinique, par Favre et Croizat 429
— Du diagnostic hématologique de la granulomatose maligne, par Fiessinger et Laur . 436
— Histogénèse des lésions nerveuses du granulome malin, par Favre, Dechaume et Croizat. 437
— Granulome chronique à coccidioïdes, par Zeisler. . . 480
— Granulome gangrænescens, par Derischanoff 649
— Granuloma (fungoïdes ?) gangrænescens, par Carol . . 680
— Traitement du granulome annulaire par les rayons de Bucky, par Hess 850
— Du traitement radiothérapique du granulome pyogénique, par Marin. 942
— Sur le granulome fongoïde, par Wiedmann 945
Granulosis rubra nasi. Sur un cas de Granulosis rubra nasi avec aspect histologique insolite, par Cortella . 188
— A propos de l'étiologie et du traitement du granulosis rubra nasi de Jadassohn, par Levine. 784
— Granulosis rubra nasi, par Aleixo. 852

H

Hémangiome. Contribution à l'étude de l'hémangiome cutané de Kaposi et à la coexistence de différents blastomes, par Tramontano et Fittipaldi. 83
Hémoglobinurie. Hémoglobinurie paroxystique à frigore, par Cattaneo . . . 290
Hémorragies. Altérations des parois vasculaires dans les hémorragies septiques, par Fauser. 172
Herpès. Contribution à la connaissance de l'herpès, en particulier de l'herpès des mains, par Frei 167
— Herpès cataméniaux, par Sanz Benedid 474
— Eruption herpétique accompagnant régulièrement les crises gastriques du tabès, par Laignel-Lavastine et Boquien. 557
— Les arsénobenzols dans le traitement de l'herpès zoster, par Serra. 581
— Le traitement de l'herpès récidivant, par Akil Mouhtar . 684
— Le virus herpétique et la sclérose latérale amyotrophique, par Paulian 749
— Le virus de l'herpès simple joue-t-il un rôle dans l'effet curatif du traitement de la paralysie générale selon la méthode de Wagner von Jauregg ? par Nægeli 941
— Contribution à l'étude de l'herpès gestationis, par Sechi . 1100
Histiocytome. L'histiocytome

de la peau, par Woringer et Kyiatkowski. **998**
Hydroa. Contributions expérimentales à l'étude de l'hydroa vacciniforme et de la porphyrinurie, par Carrié . 269
— Sur une pharyngo-laryngite ulcéreuse dans l hydroa vacciniforme, par Ténéraux. . 647
— Sur un cas d'hydroa vacciniforme de Bazin, par Sechi. . 1106
Hydrophilie. L'épreuve dite de l'hydrophilie cutanée sur le cadavre, par Tissi 673
Hyperkératose. L'hyperkératose de Kyrle et la dyskératose de Darier, par Kreibich. 61
— Hyperkératose symétrique des extrémités inférieures, par Pirès de Lima **345**
— Hyperkératose syphilitique foliée du pli articulaire phalango-phalangien, par Milian 639
Hypertrichose. Les résultats tardifs du traitement de l'hypertrichose par les rayons X en sensibilisant au préalable la papille pilaire, par Chilaiditi 585
Hypoderma bovis. Une rare localisation de l'hypoderma bovis chez l'homme, par Santos. 488
Hystérie. Sur des manifestations cutanées particulières chez un sujet hystérique, par Vercellino 673

I

Ictère. Le rôle de la sensibilisation médicamenteuse dans les ictères parathérapeutiques, par Gaté, Thiers et Cuilleret. 838
Immunité. De l'immunité locale de la peau vis-à-vis de l'arsenic, par Besredka . . . 1029
Impétigo. Impétigo herpétiforme et arthropathies, par Buschke et Ross. 73
— Impétigo herpétiforme chez l'homme avec polyarthrite infectieuse grave et lésions unguéales, par Wohlstein . 361
— Impétigo escharotique par syphilis associée, par Milian . 1085
Infections. Rush et V. Kaczorowski, pères des infections dentaires focales, par Delbanco 170
— Les infections focales, par Ata 297
— Contribution à la connaissance des infections atténuées à Diplococcus crassus, par Chevallier, Levy Bruhl et Bernard 937
— Infection gonococcique à déterminations articulaires et endocarditiques d'une durée évolutive de dix-sept années, par Monier-Vinard, Chabanier, Perrault et Porin . . 1028
— L'infection tuberculeuse de la peau, par Zenine 1109
Infiltrats. Infiltrats dermo-épidermiques streptococciques, par Milian. 54
Intertrigo. Intertrigo des orteils et onyxis dus à un nouveau parasite, par Balina et Negroni **8**
— Sur l'intertrigoblastomycétique, par Negroni 356
— Intertrigos mycosiques, par Balina. 363
— La levure qui produit « l'intertrigo blastomycétique » est la « monilia albicans » agent causal du muguet, par Negroni 363
Iodite bulleuse. Iodite bulleuse hémorragique suivie de mort par Joffe. 269
— Iodite bulleuse pemphigoïde végétante, par Behdjet . . 584
— Un cas d'iodite bulleuse végétante, par Djevdet Kérim . 1069

K

Kératodermie. La magnésie calcinée comme traitement interne des kératodermies, par Lacassagne. 757
— Contribution à l'étude des formes avortives des kératodermes gonococciques, par Cederberg 876
Kératose. Contribution à l'étude de la kératose spinuleuse, par Pisacane. 378

Kérion. Kérion microsporique avec microsporides hématogènes et exogènes, par Blumenfeld 183
— A propos d'un cas grave de Kérion de Celse, par Allaric. 564

L

Langue. Lymphangiome diffus congénital de la langue. Essai de traitement par le radium, par Tardieu et Dechaume 356
— Gangrène localisée de la langue fuso-spirillaire et simulant une gomme syphilitique rapidement guérie par le 914, par Gougerot, Cohen et Decourt 932
— A propos du rôle cancérigène des cicatrices de la langue, par Noguer More. . 951
— Contribution au diagnostic des ulcères de la langue, par Iakhrine 972
Léiomyome. Sur le léiomyome de la peau, par Photinos. . 1043
Leishmaniose. Leishmanioses cutanées de forme ulcéreuse simple et nodulaire ulcéreuse, par Borrego et Campo Posada 76
— Brèves considérations sur la leishmaniose cutanée à Messine, par Flarer 380
— Contribution au traitement de la leishmaniose cutanée par les rayons X, par Lévine 781
Lèpre. Traitement de la lèpre par les savons à base d'huile d'Hydnocarpus, par Boez, Guillerm et Marneffe. . . 60
— Lèpre, paludisme et peste bubonique dans les provinces cruzéennes de Vallegrande et de Floride, par Sotelo. 179
— Sur la lèpre au Brésil et en Argentine, par Bernard . . 75
— Un exemple à suivre dans la lutte antilépreuse, par Montanes 285
— L'étude du sang dans la lèpre, par Pinetti 295
— Un nouveau composé d'antimoine dans le traitement de la lèpre, par Kingsbury . 372
— Reproduction de la lèpre chez les rats blancs par l'inoculation de lépromes en émulsion, par Ota et Sato . 451
— Reproduction de la lèpre chez les animaux par l'inoculation de cultures de « Mycobacterium lepræ », par Ota et Sato 451
— La rhinite lépreuse, par Fouquet 454
— La lèpre et les maladies professionnelles, par Nogueira Martins 472
— La réaction de Rubino dans la lèpre ; sa valeur diagnostique, par Montanès . . . 575
— Lèpre et acromégalie, par Delamare et Jimenez Gaona . 635
— Culture de germes provenant de lépromes et de rate lépreuse filtrée, par Vaudremer, Sézary et C. Brun . . 636
— De l'existence d'un ultra-virus chez le bacille de la lèpre humaine, par Cantacuzène et Longhin. 753
— La cuti-réaction de Bargehr dans la lèpre. Note préliminaire, par de Souza-Araujo. 771
— Difficultés dans le diagnostic de la lèpre, par Gonzalez Medina 773
— Les huiles grasses végétales dans le traitement de la lèpre, par Jdan-Pouchkine et Kouznetzoff 780
— Sur la thérapeutique de la lèpre, par Stein 850
— La réaction de Rubino dans la lèpre, par Roca de Winals 950
— La rapidité de sédimentation des globules rouges dans la lèpre, par Policard . . . 961
— Contribution au séro-diagnostic de la lèpre, par Boulkine et Gloukhowtzeff . 1111
Leucémie. Leucémie myéloïde avec participation de la peau, par Nekam junior . . 174
— Leucémie aiguë, par Cubero. 286
Leucomélanodermie. Sur la

leucomélanodermie après une dermite post-salvarsanique, par KORHONEN . . . 65
Lichen. Lichen plan bulleux, par MATUSKOFF 72
— Contribution à l'étude sur les lichénifications atypiques, par VERCELLINO . . . 272
— Sur un nouveau traitement du lichen plan. Diathermothérapie médullo-sympathique, par J. J. MESTRE, . . 473
— Le lichen plan, clinique, étiologie et traitement, par JAUSION et PECKER 562
— Myxœdème papuleux et tubéreux. Contribution à l'étude du lichen ruber moniliformis de Kaposi, par BERNHARDT. 648
— Lichen plan conjugal, par GRANGÉ 749
— Contribution à l'étude clinique du lichen ruber plan pemphigoïde, par KOLADA et ROVINSKY. 782
— Documents statistiques sur le lichen ruber, par FREUND. 945
— Le traitement du lichen plan par les injections intramusculaires de salicylate de bismuth, par GROSSMAN . . . 1047
Liquide de bulle. Sur les ferments dans le liquide de bulle, par MIDANA 294
Livedo. Thermolivedo produit par une application de diathermie imparfaite, par BURBI. 670
Lupus. Recherches sur les saponines des herniaria glabra et hisuta et leur influence sur le lupus vulgaire, par ROCK 61
— Sur le lupus érythémateux disséminé, par GLINÈRE et LIBERMANN 93
— Lupus érythémateux bulleux ou pemphigoïde, par WISE. 186
— Quelques cas de lupus érythémateux traités avec une nouvelle préparation aurique pour l'emploi intramusculaire : le Phosphocrysol, par CERCHIAI. 192
— L'emploi du calomel dans le lupus vulgaire, par FERNET et LE BARON. 258
— Lupus vulgaire serpigineux évoluant sous l'aspect d'une pyodermite végétante chronique, par DITTRICH 274
— Lupus érythémateux disséminé : autopsie montrant une endocardite aiguë mais pas de tuberculose, par WEIDMAN et GILMAN 363
— Le lupus érythémateux chez l'enfant et le nourrisson, par CUMMER 371
— Recherches sur un cas singulier de lupus vulgaire à aspect psoriasiforme, par GUARDALI 379
— Lupus érythémateux, toxidermie aurique, par JARNINSKI . 387
— Un cas de lupus érythémateux, par JARNINSKI. . . . 387
— Contribution à l'étude du rôle de l'infection secondaire dans le lupus vulgaire, par PAWLOW 390
— Projet d'assistance antilupique, par AUDRY. 748
— Un cas de lupus érythémateux hypertrophique, par BOHNSTEDT 761
— Les septicodermies érysipélateuses chez les malades lupiques, par SYRENSKAÏA . . 967
— Le traitement du lupus vulgaire par le pyrogallol suivant la méthode de Veiel, par BROERS 1047
— Néoplasie sarcomateuse sur lupus vulgaire, par GUARDALI 1055
— Sur l'étiologie et les altérations systématiques des organes hématopoïétiques dans le lupus érythémateux aigu, par SCHAUMANN et INTROZZI . 1107
— Localisation dans la moelle des os au cours du lupus pernio (type Hutchinson), par SCHAUMANN 1107
Lymphangiectasie. Sur la clinique et la pathogénie de la lymphangiectasie avec chylorrhée, par NING 72
Lymphogranulome. Conservation de la virulence du virus lymphogranulomateux,

par Levaditi, A. Marie et Lépine. 55
— Etude expérimentale du virus de la lymphogranulomatose inguinale, par Levaditi, P. Ravaut, Lépine et Mlle Schoen. 55
— Recherches expérimentales sur le lymphogranulome inguinal, par Hellerström. . 68
— Lymphogranulomatose inguinale bénigne (maladie de Nicolas-Favre), par Cabre Claramunt 78
— Lymphogranulomatose maligne cutanée primitive d'inoculation ; guérison sans récidive ni généralisation, par Favre, Nicolas et Croizat . 158
— Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas-Favre), par Nicolau et Banciu. **332**
— La maladie de Hodgkin, lymphogranulomatose maligne, par Chevallier et Bernard . 398
— La lymphogranulomatose (maladie de Paltauf-Sternberg). Conception étiologique et pathogénique de la lymphogranulomatose tirée de l'étude expérimentale, par Vasiliu 428
— Sur la lymphogranulomatose, par de Josselin de Jong, Chevallier, Clerc, de Vecchi, Hoche, Firket, Harbitz, de Meyenburg, Cailliau, Aubertin, Roussy, Vasiliu, Favre. 432, 433, 434
— Localisations vertébrales au cours d'une lymphogranulomatose maligne. Luxation de la colonne cervicale avec brusque compression de la moelle, par Lemierre et Augier 435
— Considérations anatomo-thérapeutiques à propos de la lymphogranulomatose maligne, par Loeper et Lemaire. 435
— Lymphogranulomatose maligne avec localisations cutanées et viscérales, par Dupont 436
— La rœntgenthérapie et la télérœntgenthérapie dans la lymphogranulomatose, par Sluys. 436
— Quelques faits cliniques en faveur de l'origine infectieuse de la lymphogranulomatose maligne, par Tapie. 436
— Nouvelle contribution à l'étude expérimentale de la lymphogranulomatose maligne, par Faure-Beaulieu et Mlle Brun. 437
— De l'étude expérimentale de la lymphogranulomatose, par Bezançon, Weissmann-Netter, Oumansky et Delarue . 438
— Lymphogranulomatose et tuberculose, par Bezançon, Weissmann-Netter, Oumansky et Delarue 438
— Ebauche d'un syndrome biologique de la lymphogranulomatose maligne, par Weissmann-Netter 438
— De l'étude expérimentale de la lymphogranulomatose maligne, par Cornil et Olmer. 439
— Considérations anatomiques et pathogéniques sur la lymphogranulomatose, par Cornil et Rouslacroix. . . . 439
— A propos des lésions de début de la lymphogranulomatose, par Foulon 439
— Les lésions hépatiques de la lymphogranulomatose, par Foulon 439
— Quelques recherches biologiques dans la lymphogranulomatose, par Huguenin et Foulon 440
— Propriétés virulicides du sérum des sujets atteints de lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas-Favre). Utilisation de la souris comme animal-test, par Levaditi, Ravaut et Schoen . 755
— Documents sur 32 cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë, par de Gregorio 853
— Vaste ulcération gangreneuse sous maxillaire d'origine lympho-granulomateuse (Paltauf-Sternberg), par Gadrat **917**

— Traitement de la lymphogranulomatose inguinale par l'antigène spécifique, par Gay Prieto 1043
— Lymphogranulomatose inguinale ou maladie de Durand Nicolas-Favre, par Zakon . 1049
— Réceptivité du chat à l'égard du virus lymphogranulomateux de la maladie de Nicolas-Favre, par Levaditi, Ravaut, Schœn et Vaisman . . 1087

M

Maladie bulleuse. Maladie bulleuse des mains et du gland chez un homme probablement en rapport avec la gourme du cheval, par Leipold. . . 168
Meige (Maladie de). Maladie de Meige-Milroy, par Petracek. 877
Mélanodermie Mélanodermie et hyperkératose arsenicale, par Birger et Johannson . . 1058
Mélanome Mélanome malin (étude clinique et anatomopathologique), par Maccari . 84
— Les mélanomes cutanés, par Farrell 1048
Mélanosarcomatose. Un cas de mélanosarcomatose de la peau, par Rein. 200
Microsporide. Sur un cas de microsporide avec constatation du microsporon Audouini dans le sang circulant, par Manca 672
Morphée. Sur la morphée en goutte. Contribution à la thérapeutique des atrophies accompagnées de sclérodermie, par Sellcé 273
Mycologie. Recherches sur la désinfection des champignons et des levures, par Kadisch 166
— Sur la morphologie et la biologie du soi-disant schizosaccharomyces hominis de Benedek, par Dittmann. . . 361
— Sur les variations morphologiques des dermatomycètes pathogènes, par Karrenberg. 651
— Champignons et concentrations en ions hydrogène, par Vamos 761
— Sur un champignon brésilien producteur de mycétome à grains rouges, par Froes. . 1032
Mycoses. Schizosaccharomycose ; état actuel de l'identification du schizosaccharomyces hominis et ses résultats, par Benedek 182
— Sur les exanthèmes généralisés mycosiques produits par l'épidermophyton Kaufmann-Wolf, par Matras. . . . 271
— Données statistiques sur 157 cas de mycoses étudiées à Buenos-Ayres, par Negroni. 364
— La chimiothérapie des mycoses, par Schamberg, Brown et Harkins 371
— De l'application des filtrats de Besredka dans les staphylo et strepto-mycoses cutanées, par Kistiakowsky. . 396
Mycosis fongoïde. Mycosis fongoïde des organes internes, par Samek et Feuereisen. 460
— Le mycosis fongoïde, entité clinique et pathologique n'existe pas, par Symmers. . 478
— Deux cas inédits de mycosis fongoïde (Etude anatomo-clinique), par Sabatier . . 589
— Mycosis fongoïde d'emblée à marche extrêmement bénigne, par Freund **689**
— Mycosis fongoïde, par Grynfeltt, Margarot et Plagniol. 759
— Sur un cas de mycosis fongoïde avec localisations dans les organes internes, par Ceccheri 1050
Myxœdème. Myxœdème circonscrit de la peau, par Pillsbury et Stokes . . . 81
— Contribution à l'étude du myxœdème local dans la maladie de Basedow, par Richter. 1033
— Le myxœdème tubéreux, par Eliascheff 1086

N

Nævi. Nævus de Pringle, forme fruste de maladie de Pringle, par Nicoletti 293

— Contribution à l'étude du nævus bleu, par Bezecny. . 458
— Sur un cas de lésion dite nævus anémique, par Cherchiai 676
— Transformation de nævi pigmentaires papulo-verruqueux en nævi achromiques plans, par Sannicandro . . 862
— Les relations entre les nævi sébacés et l'épithélioma, par Szodoray. 875
— Nævus angiomateux unilatéral de la face avec glaucome du même côté, par Striner. 947
— Nævus kystique tricho-sébacé diffus du tronc (stéatose multiple des follicules pilo-sébacés (Bosellini); stéatocystome multiplex (Pringle); sébocystomatose (Gunther), par Lisi 1099
Nécrose. Nécroses osseuses tardives consécutives à des applications de radium. Cas cliniques, par Sainz de Aja . 775
Nerfs cutanés. Etude des altérations des nerfs cutanés dans diverses maladies de la peau, par Rosentoul . . 392
— Névrodermite et cataracte, par Ollendorff et Lévy . . 648
Nicolas-Favre (Maladie de). Le rôle de la maladie de Nicolas et Favre dans l'étiologie du rétrécissement inflammatoire du rectum. Etude de 21 cas par l'intra-dermo-réaction de Frei, par Bensaude et Lambling 357
— Traitement de la maladie de Nicolas-Favre par les injections intraganglionnaires de glycérine, par Pinard et Robert 446
— Etude étiologique et pathogénique de la maladie de Nicolas et Favre (lymphogranulomatose inguinale subaiguë, ulcère vénérien adénogène, paradénolymphyte), par Levaditi, Ravaut, Lépine et Mlle Schœn 447
— La présence du virus de la maladie de Nicolas-Favre dans les lésions d'un malade atteint d'ano-rectite ulcéro-végétante, par Ravaut, Levaditi, Lambling et Cachera 448
— Propriétés virulicides du sérum de sujets atteints de la maladie de Nicolas-Favre, par Levaditi, Ravaut, Lépine et Cachera 556
— Réceptivité de la souris à l'égard du virus de la maladie de Nicolas et Favre, par Levaditi, Ravaut et Schœn . 559
— Présence du virus de la maladie de Nicolas-Favre dans les ganglions lymphatiques des singes réceptifs, par Levaditi, Ravaut et Schœn . . 753
— Nouvelles données sur la maladie de Nicolas et Favre expérimentale du singe et de la souris blanche, par Levaditi, Ravaut et Schœn. . . 754
— Les acquisitions récentes sur la maladie de Nicolas Favre, par Lebeuf 757
— Maladie de Nicolas-Favre observée avant l'établissement des poradénites ; guérison presque complète après biopsie d'un ganglion sans autre traitement, par Danel. . . 933
— Rétrécissement inflammatoire du rectum, forme aberrante de la maladie de Nicolas-Favre. Inoculation au singe positive, par Læderich, Levaditi, Mamou et Blanchesme. 939
— Les acquisitions récentes sur la maladie de Nicolas-Favre, par Ravaut et Cachera . . 940
Nodules des laitiers. Sur les soi-disant nodules des laitiers, par Senin. 765

O

Œdème. Les dystrophies tégumentaires dans les maladies des veines : les œdèmes, par Delater. 264
— Les femmes aux paupières roses ou contribution à l'étude de l'œdème des paupières, par Cl. Simon . . . 751

— L'œdème lymphatique cutanée par Samberger 877
— Troubles neurologiques produits par l'œdème de Quincke, par Mussio-Fournier et Garra 1089
Oléome. Un cas d'oléomes avec kystes dermiques, par Navarro Martin 1044
Ongles. L'étiologie de l'onychogryphose eczémateuse, par Heller 65
— Pigmentation singulière en bande, non encore décrite, au niveau de la rainure postérieure de l'ongle, par Mukai. 193
— L'onycholyse, dermatose professionnelle, par Templeton. 481
— Leuconychie familiale totale. Taches brunes des ongles consécutives à une élimination de sulfure de mercure, par Heller 567
— Nigritie unguéale partielle, par Milian 633
— Lésions des ongles dans l'empoisonnement par le thallium, par Adler 652
— Les bandes transversales des ongles des doigts colorées comme la lunule, par Krantz 1043
— L'érosion ponctuée syphilitique des ongles, par Milian . 1086
Organes génito-urinaires. Uréthrites gonococciques et non gonococciques ; expérimentation clinique, par Franck 52
— Sur la concentration en ions hydrogène de l'urètre masculin. IIe communication : la concentration en ions hydrogène dans les maladies inflammatoires de l'urètre, par Klein. 164
— Sur la concentration en ions hydrogène de l'urètre de l'homme. IIIe communication: sur l'influence du changement de l'équilibre acido-basique sur la concentration en ions hydrogène, par Klein. 165
— Recherches sur la prostate, par Winkler 170
— Sur l'induration plastique du pénis, par Suzuki 193
— L'uréthrite cristallurique, par Marcel 256
— Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. L'ulcère rond simple du vagin ou maladie de Zahn, par Cl. Simon . . 260
— Contribution à l'étude clinique et histologique de la vulvite érosive, par Schmidt-La-Baume. 267
— Endémies de vulvo-vaginite blennorragique par cures balnéaires, par Gaudig . . 276
— Est-on en droit, dans la prostatite gonococcique chronique de recourir à la prostatectomie ? par Muhlpfordt . 277
— « Ulcus vulvæ acutum » de Lipschütz, par Castillo . . 368
— Ulcère aigu de la vulve associé à des lésions de la bouche, par Wien et Perlstein. 577
— Plasmocytome érosif du gland simulant une érythroplasie de Queyrat, par Negri . . 677
— Un cas de balanite sèche oblitérante, par Morimoto. . . 678
— Sur les épididymites non spécifiques, par Petchersky. 679
— Ulcère aigu de la vulve au début d'une fièvre typhoïde, par Baulé, Hillemand et Gilbresi 752
— Diagnostic des affections cutanées des muqueuses de la région génitale, par Desaux. 852
— Notes sur la réaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic des ulcérations génitales, par Quérangal des Essarts 934
- La vulvo-vaginite des petites filles, par Labeaume . . . 940
— Contribution à l'étude des vulvo-vaginites diphtériques chez les enfants, par Kauffmann 969
— La lymphite suppurée de la verge accompagnant un bubon lymphogranulomateux, par Nicolau et Banciu. . . 1027
— Le traitement des urétrites aiguës et chroniques par la

dilatation gazeuse, par Bizard et Maisler. 1028
— Paraffinome du pénis et sa cause, par Marquardt . . 1041
— Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la cystite hémorragique essentielle, par Kurt Boas. . . 1059
— Ulcus vulvæ acutum de Lipschutz, par Nardi 1103

P

Paget (Maladie de). Une observation de tabès et de maladie osseuse de Paget, par Carrera 774
— La maladie de Paget cutanée (interprétée comme épithélioma épidermotrope de l'appareil glandulaire sudoral : Glande mammaire, glandes sudorifères), par Crosti. . 952
Papillites. Papillites aiguës post-grippales chez des syphilitiques méconnus, par Sedan. 358
Parakératose. Parakératose eczématiforme avec petits médaillons consécutive à un impétigo de la face, par Milian 258
Parapsoriasis. Contribution à l'étude des parapsoriasis. Sur un cas de classification difficile. par Radaeli. . . . 88
— Parapsoriasis varioliforme, par Mme Goldenberg et Bychowsky **349**
— Parapsoriasis en gouttes, par Rygier-Cegalska et Bruner . 387
Pelade. Contribution à l'étude de la pseudo-pelade de Brocq, par Lisi 291
— A propos du traitement de la pelade, par Reiss 297
— Pelada expérimental de Max Joseph, par Aubrun . . . 493
— La pelade et son étiologie, avec une contribution à la solution du problème étiologique du vitiligo, par Cederberg 763
— Pelades simultanées chez deux frères, par Goodman et Abel 861
Pellagre. Les cas sporadiques de pellagre dans la Russie du Nord, par Guinzbourg. . 391
— Contribution à l'étude de la pellagre en tenant spécialement compte de la pellagre en Moldavie, par Kleinmann. 461
— Quelques considérations cliniques et étiologiques sur un cas de pellagre, par Tome Bona et Marin Quesada . . 477
— Deux cas de Pellagre chez des sujets normalement alimentés, par Caro-Paton . . . 574
— Sur un cas de pellagre associé à un syndrome parkinsonien, par Euzière et Pagès . 758
Pemphigus. Pemphigus et pemphigoïdes, par Radaeli . . 441
— Pemphigus et traumatisme, par Bohnstedt 467
— Pemphigus : guérison par des lavages du côlon longtemps continués et l'arsenic en ingestion, par Schamberg . . 480
— Pemphigus et glandes à sécrétion interne (observations cliniques et constatations histo-pathologiques dans dix cas), par Chiale 482
— Pemphigus localisé balano-préputial, fixé, récidivant sans arrêt au même point, par Gougerot, Cohen et Davaris 631
— A propos d'un cas de pemphigus vulgaire chronique, par Petragnani 674
— Un cas de pemphigus végétant, par Postma 679
— Considérations sur l'étiologie et le traitement du pemphigus, par Schachter . . . 836
— Dermatose pemphigoïde récidivante dans la syphilis héréditaire, par Jadassohn . 843
— Le pemphigus du type Senear-Usher, par Ingram. . . . 861
— Sur la provenance de l'albumine dans les bulles du pemphigus, par Träger . . 965
— Pemphigus foliacé guéri temporairement, par Sainz de Aja et Forns Contera 1045
Perlèche. Sur une forme caractérisée cliniquement et étio-

logiquement de perlèche de l'adulte. La « mycose interlabiale » et sa valeur symptomatique, par FREUND . . 645
Perspiration insensible. Sur la perspiration insensible dans les diverses dermatoses, par SECHI 295
Phanères. Etudes sur la signification de la présence d'arsenic dans les excreta et les phanères, par SCHWARTZ . . 764
Phlycténose. Guérison par l'auto-hémothérapie de deux cas de phlycténose récidivante des extrémités, par CARRERA 176
Photobiotropisme. Le photobiotropisme, par JAUSION, PAGÈS et SOLEIL 747
Phtirius. Observation rare d'envahissement du phtirius inguinalis, par BEHDJET . . 53
Piqûres. Sur la piqûre par une nouvelle variété de Gamasida, par HATTORI 678
Pityriasis. Sur le pityriasis rosé, par VEIEL. 70
— Pityriasis rosé, par GLAUBERSOHN 169
— Pityriasis rosé atypique, par CHATSCHATURJAN. 277
— Investigations sur l'étiologie du pityriasis rosé, par THOMSON et CUMINGS . . . 362
— Pityriasis lichenoïde chronique, par GARDENAL et GRA BARBERA 661
— Pityriasis rosea, par PERCIVAL. 862
— Sur le soi-disant pityriasis lichenoïde et varioliforme aigu, par PŒLMANN. . . . 946
Poïkilodermie. Sur la clinique et l'histologie de la poïkilodermie de Petges-Jacobi, par PH. PHOTINOS 73
— Contribution à l'étude de la poïkilodermie, par FRÖHLICH. 266
— Contribution à l'étude des formes anormales de la poïkilodermie réticulaire atrophique. La poïkilodermie réticulaire pigmentaire de la face de Civatte et les formes congénitales de la poïkilodermie atrophique, par COVISA et GAY PRIETO . . . 855
— Poïkilodermie atrophicans vasculare Jacobi, par TAUSSIG 860
— Contribution à l'étude de la poïkilodermie atrophiante vasculaire pigmentaire, par REBAUDI 954
— La poïkilodermie atrophique vasculaire de Jacobi est-elle une maladie autonome, par GEIGER et KONRAD 1036
— Quelques considérations sur les poïkilodermies, par H. BEHDJET 1066
Porokératose. Contribution à la clinique et à l'histopathologie de la porokératose de Mibelli, par IKHTEYMANN . . 777
Porphyrie. Remarques sur un cas de porphyrie congénitale, par SCHREUS et CARRIÉ . 358
Pringle (maladie de). Maladie de Pringle; fibromatose sous-unguéale; papillomatose de la peau et des muqueuses (langue); molluscum pendulum, par BUSCH. 68
Prurigo. Etudes cliniques, actino-biologiques et histologiques sur le summerprurigo d'Hutchinson, par SCHAUMANN et LINDHOLM 1086
Prurit. Le traitement du prurit d'origine hépatique et rénale par le tartrate d'ergotamine, par LICHTMAN 186
— Prurit sine materia guéri par l'arquéritol, par MILIAN . . 258
— Le prurit et les affections prurigineuses dans leurs relations avec le métabolisme hydrocarboné, par BÉJARANO. 368
— Prurit tabétique et érythrodermie, par MILIAN. 748
— Les injections sous-cutanées locales de sérum physiologique dans les prurits et les eczémas lichenifiés, par LÉVY-FRANCKEL et GERSON . . . 756
— Prurit et hyperesthésie par énervation sensitive partielle (soi-disant pelade expérimen-

tale de Max Joseph), par Aubrun 1029
Pseudo-charbon. Sur le pseudo-charbon de l'homme, par Tonewa 468
Pseudoxanthome élastique. Pseudoxanthome élastique (Darier) combiné avec un granulome tuberculoïde, par Welti. 166
— Pseudo-xanthome élastique de Darier et stries pigmentées du fond de l'œil chez deux frères, par Krantz. . . . 570
Psoriasis. Remarques sur l'exanthème psoriasiforme par salvarsan (syntharsan) et les modifications morphologiques du psoriasis chez un syphilitique au cours du traitement spécifique, par Fellner 66
— Traitement du psoriasis, par Gœckerman 82
— Action des hormones sexuelles dans un cas de psoriasis arthropathique, par Keller. 171
— Sur la thérapeutique du psoriasis, par Rosenbaum. . . 171
— Le psoriasis considéré comme une tuberculide et sa guérison par l'antigène méthylique, par Schneidewing . . 181
— Le psoriasis, par Jordan. . 273
— Le bord étoilé de l'efflorescence du psoriasis : bordure pseudoatrophique de Woronow, par Bernhardt . . . 459
— Sur le phénomène de Kœbner dans le psoriasis (Psoriasis factice), par Bizzozero . . **510**
— Actinothérapie du psoriasis, par Meyer 562
— Influence du monde extérieur et de l'hérédité dans le développement du psoriasis, par Hœde 589
— Traitement aurique d'arthropathies psoriasiques, par Zitzke. 652
— Psoriasis chez les jumeaux, par Vohwinckel. 653
— Recherches sur le métabolisme des lipoïdes dans le psoriasis, par Schreiner et Bilger. 762
— Une nouvelle forme de traitement du psoriasis, par Cordiviola 767
— La capacité fonctionnelle des reins dans le psoriasis vulgaris, par Chiriaieff . . . 778
— Psoriasis et système endocrinien, par Stümpke. . . . 850
— Le traitement du psoriasis par le régime, par Schamberg . 861
— Le métabolisme basal dans le psoriasis, par Grzybowski . 1057
Purpura. Sur le purpura arsénobenzolique, par Horst-Günther Bode 466
— Purpura annulaire télangiectode de Majocchi, par Ciarrocchi. 486
Pustule maligne. Un cas de pustule maligne, par Takasari 875
Pyodermite. Pyodermite chronique ulcéreuse végétante des jambes, par Marcozzi. . . 958

R

Radiothérapie. Radio-nécrose tardive, par Noguer More et Sarro. 78
— La radiothérapie constitue à l'heure actuelle le meilleur des traitements de la tuberculose verruqueuse, par Gaté, Coste et Michel. . . 265
— Les ondes de radio employées en médecine, par A. Sükrü. 298
— Radiodermatitis, par Hazin . 481
— Les ondes courtes en dermatologie, par Saidmann. . . 562
— La radiothérapie vertébrale en dermatologie, par Fœrster. 577
— Radiothérapie du sympathique cutané et Kératodermie palmaire et plantaire symétrique non héréditaire, par Ferrari 960
— Résultats de la radiumthérapie des hémangiomes caverneux de la peau, par Ratti. 1104
— Action des rayons X sur la peau, par Joly. 1088
Raynaud (Maladie de). Un cas de maladie de Raynaud avec troubles trophiques osseux symétriques et particulière-

ment intenses, par GATÉ, PAUPERT, RAVAULT et TIRAN . 642
— Recherches sur la vaso-régulation cutanée dans la maladie de Raynaud, par MIRENGHI. 959
— Maladie de Raynaud. Etude des cas opérés concernant l'étiologie et l'efficacité de la ganglionectomie sympathique, par WHITE. . . . 1046
Rayons ultra-violets L'action et l'emploi des rayons ultra-violets concentrés dans la thérapeutique des maladies de la peau, par LOMHOLT. . 82
Réactions diverses. Réactions sérologiques irréductibles et extraits de rate, par PALLES Y DOMENECH. . . . 80
— La réaction de fixation du complément dans le chancre mou, par LEGEZYNSKI et KWIATKOWSKI. 270
— La tuberculino-réaction chez l'homme et chez l'animal au moyen de timbres-tests tuberculiniques, par KFOURI . 356
— Sur la réaction de déviation du complément dans l'infection gonococcique, par MEERSSEMANN et ZEUDE 358
— Valeur diagnostic de l'intradermo-réaction à la trichophytine, d'après notre expérience, par EICHEVARNE, PAGENETTO et NEGRONI . . . 365
— Sur la valeur diagnostique de la recherche redoublée de la réaction à la tuberculine dans la tuberculose cutanée, par REISS 467
— Etude de la réaction de Frei sur quelques malades, par GOUGEROT et COHEN. 555
— Les réactions cutanées biologiques dans les états d'intolérance, par SÉZARY et MAURIC. 557
— Sur l'utilité pratique de la réaction de la goutte décrite par Israelson, par CHORAZAK. 653
— Une cuti-réaction pour la recherche des altérations blennorragiques profondes, par NEUER 655
— Sur un mode de traitement préventif et curatif des réactions sériques par la médication benzo-salicylée, par VINCENT 750
— Recherches sur la réaction avec le blanc d'œuf et la réaction de Storm, par SALLENBACH 848
— Variations de la température cutanée dans les réactions dermographiques, par COMEL et REDÆLLI 866
— Sur la séro-réaction de la blennorragie, par OBRTEL. . 878
— Etude biologique des intradermo-réactions à la streptotoxine, par REYMOND . . **881**
— Les réactions cutanées expérimentales et la pathogénie des états d'intolérance, par SÉZARY et MAURIC 942
— La gonoréaction, son application au diagnostic des rhumatismes, par URBAIN . . 1027
— Réaction épidermique par la tuberculine dans les tuberculoses et tuberculides cutanées, par NATHAN et KALLOS. 1040
Recklinghausen (Maladie de). Une observation intéressante de la maladie de Recklinghausen, par IBANEZ PUIGGANI et GAVINA ALVARADO . . . 471
Réticuloses. A propos des réticuloses, par HENSCHEN . . 435
Rhinophyme. Dégénérescence carcinomateuse d'un rhynophyma et remarques sur le traitement de ce dernier, par EISENKLAM 283
Rosacée. Rosacée et Rhinophyme dans la littérature et l'art, par DIECKMANN . . . 69
— Contribution au traitement de la rosacée, par BREUER . 169

S

Sang. Sur la teneur totale de la cholestérine dans le sérum sanguin dans quelques dermatoses en relation avec l'influence des glandes endocrines sur la cholestérinémie, par NEUMARK . . . 270

— Sur le comportement de l'azote incoagulable du sang dans les dermatites aiguës artificiellement provoquées, par Midana 381
— De l'aptitude du sang à réduire l'acide salicylique au cours des dermatoses allergiques et des autres affections de la peau, par Chylewski 384
— Les groupes sanguins en dermatologie, par Landa et Israelsohn **416**
— Sur l'hyperglycémie dans les dermatoses (étude critique), par Milbradt 761
— Nouvelles recherches sur l'hémoculture du bacille de Koch dans le sang des tuberculeux cutanés par la méthode de Lœwenstein, par Kallos 948
— Recherches sur les variations quantitatives du Ca du sang et de la peau dans les conditions normales et pathologiques, par Surace . . . 961
— La calcémie dans les dermatoses, par Luis Carrera . 1045
— Recherches sur les variations quantitatives du potassium du sang et de la peau dans des conditions normales et pathologiques, par Boaelli Francesco 1055

Sarcoïdes La maladie de Bœck. Sarcoïdes cutanées multiples bénignes, par Kissmeyer 301
— Sarcoïde de Bœck associée à une tuberculose des organes internes et transformation d'un lupus vulgaire en sarcoïde, par Schreiber . . . 460
— Contribution à l'étude des sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy, par Mario Artom. 484

Sarcomatose. Sarcomatose de Kaposi avec formation ressemblante à une corne cutanée et avec tumeur de la vessie, par Eljasj 646
— Un cas de sarcomatose multiple de Kaposi ; traitement radiothérapique, par Schirmunskaja et Tschotschia . . 851
— Sur l'histologie de la sarcomatose de Kaposi, par Hamdi et Hassan Resat . . 934
— La sarcomatose de Kaposi, par Pedas 1070

Sarcomes. Dangers des biopsies incomplètes, sarcome atypique pris pour une gomme syphilitique, par Gougerot et Eliascheff 156
— Contribution clinique et histologique à l'étude de l'affection dite sarcome cutané idiopathique multiple de Kaposi, par Serra. . . . 191
— L'apparition d'un sarcome chez le lapin à la suite d'une greffe de lymphogranulome de l'homme, par Jianu et Traian Netta 437
— Contribution à la casuistique et à l'étude des sarcomes de la peau, par Serra. . . . 488
— Sarcome mélanique développé sur des taches mélaniques de la muqueuse de la joue, par Milian 633
— Contribution à l'étude du sarcome idiopathique multiple hémorragique de Kaposi, par Santori 869
— Sur le sarcome idiopathique pigmenté multiple de la peau (Kaposi), par Phur. . 1036
— Sarcome multiple pigmentaire (maladie de Kaposi), par Rabello Filho 1091

Scarlatine. Contribution à l'étude du « phénomène de la disparition » dans la scarlatine, par Bormann et Wolff-Eisner. 649

Schamberg (Maladie de). Hémosidérose cutanée progressive en plaques ou maladie de Schamberg. par Seminario, Gavina Alvarado et D. Mosto. 366

Sclérodactylie. L'acrosclérose (sclérodactylie) et son complexe symptomatique, nouvelles recherches sur la sclérodermie, par Sellei. . . 162
— La sclérodactylie et la sclérodermie diffuse étudiées spé-

cialement au point de vue des troubles vaso-moteurs. Leurs rapports avec la maladie de Raynaud, par Scolari 485
— Sur la clinique et le traitement de la sclérodactylie, sclérodermie progressive, acrosclérose, par Sellei . . 1039
Sclérodermie. Sclérodermie œdémateuse de Hardy, par Cordiviola 365
— Rétrécissement de l'œsophage dans la sclérodermie, par Fissler et Pohl. 567
— Sur la calcinose dans la sclérodermie, par Perutz. . . 569
— Essai critique sur la pathogénie des concrétions calcaires des sclérodermies (syndrome de Thibierge-Weissenbach) et des syndromes voisins, par Weissenbach, Basch et Mme Basch . 935
— Altérations musculaires dans la sclérodermie diffuse des extrémités supérieures, après amputation pour érysipèle gangréneux, par Matra . . 947
Sérologie. Maladie du sérum, choc vaccinal et biotropisme, par Chantriot. . . . 264
— Détermination photométrique de la cholestérine du sérum dans les dermatoses, par Brill. 272
— Hypothèse pathogénique de la fonction anticomplémentaire d'un sérum, par Gougerot et Peyre 1025
Stéato-nécrose. Stéato-nécrose circonscrite des nouveaunés, par Linser et Potschke. 69

T

Techniques. Dispositif de micro-électrode à quinhydrone, par Boez. 60
— Pour prévenir le dessèchement des cultures de champignon, par Krautz . . . 70
— Sur la méthode des coupes à congélation de fragments cutanés frais non fixés d'après O. Schultz-Brauns (la biopsie idéale), par Hoffmann 172
— L'importance des couleurs dans la microphotographie, par Fethi. 202
— Coefficient d'absorption des rayons lumineux visibles par les éléments cytologiques ; en particulier par les cellules pigmentaires. Nouvelle technique de microspectrophotométrie pour sa détermination, par Jörg. . 282
— Recherches complémentaires sur les disques pileux (un bon objet de démonstration), par Pinkus 759
Thallium. Nouveaux cas d'intoxication par le thallium consécutif à l'emploi d'une crème dépilatoire, par Waring 185
— Quelques remarques sur l'article : « observations cliniques et expérimentales sur l'intoxication après l'emploi du thallium aceticum », par Prokopichouk, Bachkievitch, Chanichine 198
— Actions biologiques et valeur pratique du thallium, par Buschke et Peiser 207
— Recherches expérimentales sur les lésions cutanées dans l'intoxication chronique externe ou interne par le thallium, par Buschke et Vasarhelyi. 463
— Névrite rétro-bulbaire consécutive à l'emploi d'une crème épilatoire contenant du thallium, par Mahoney . . 579
— L'action de l'acétate de thallium sur les rats thyroïdectomisés, par Cooper . . . 663
— Empoisonnement par le thallium, par Ginsburg et Nixon. 664
— Névrite optique consécutive à une intoxication par le thallium, par Lillie et Parker. 776
Traitements divers. Le sulfate de cuivre en injections intraveineuses dans les infections strepto et staphilococciques

de la peau, par LEVY-FRANCKEL. 56
— Un nouvel appareil pour la « douche filiforme », par PELI 91
— Trois ans d'utilisation d'un dérivé anthranolique peu connu en dermatologie, par VALETTE 157
— Traitement des infections septiques diffuses du derme et de l'hypoderme par injections intradermiques et sous-cutanées de glycérine phéniquée au 1/30, par LE LORIER 159
— La question du traitement interne des dermatoses, par POLLAND 169
— Le naphtalan en dermatologie, par MESTCHERSKY . . . 194
— Recherches sur le mécanisme de l'action de l'ichtyol, par PINCUSSEN. 274
— Deux cas guéris par le vaccin polyvalent antipyogène Bruschettini, par ADNAN. . 298
— L'antivirus et le traitement par l'antivirus, par NUREDDIN. 299
— Les injections sclérosantes dans le traitement de l'hémangiome caverneux, par LIGHT 370
— L'alnagon, un nouveau remède antiblennorragique et anticatarrhal, par RAMIS. . 389
— Les sels d'or en Dermatologie et en syphiligraphie, par LEBEUF et MOLLARD. . . . 398
— Le traitement des dermatoses par stase au moyen de la bande mi-adhésive mi-élastique, par UNNA JUNIOR. . . 465
— L'association des sels d'acridine aux violets de tréphenyl-méthane dans la cure de la gonococcie et des états septicémiques, par JAUSION, PECKER, SOLEIL et MEDIONI . 558
— La valeur thérapeutique de certains équivalents de l'asthme, par DE GENNES . . . 562
— Sur les modifications de l'excitabilité des nerfs sensibles et moteurs sous l'influence des bains, par BUDELMANN 569
— Le Camatrol S. A. I. D. A. en dermatologie, par CUCCIA. . 583
— Traitement de l'atrophie tabétique des nerfs optiques, par ABADIE 634
— Traitement de certaines affections cutanées par la méthode de l'U. V. A. C., par CRAPS et ALECHINSKY . . . 640
— Sur l'emploi de la nupercaïne dans le traitement des maladies cutanées et dans les affections analogues et sur son effet en application superficielle, par GENNER. . 678
— Le pH en dermatologie, par SPILLMANN, VERAIN et J. WEIS. 685
— Traitement des névrodermites et des eczémas généralisés par la distension cutanée et l'autohémothérapie, par HAMBURGER, MARIE et WAYNBERGER. 751
— Intoxication, biotropisme, intolérance au cours des accidents de la chrysothérapie, par DUMAREST, LEBEUF, MOLLARD et PAVIE 755
— L'hyposulfite de soude en dermatologie, par P. J. MICHEL 757
— A propos des désordres hématologiques provoqués par les sels d'or, par ACHARD, COSTE et CAHEN. 833
— Injections médicamenteuses et asepsie, par MILIAN. . . 834
— Sur les lésions cutanées par des courants électriques à fort voltage, par NOBL et LOWENFELD 849
— Les traitements internes en dermatologie, par NOGUER MORE 857
— Etude physiopathologique de l'action de la douche filiforme en dermatologie, par ALFCHINSKY 941
— Le traitement de l'anaphylaxie alimentaire par l'huile de paraffine, par CH. RICHET FILS et COUDER 941
— Vaccination par la porte d'entrée (méthode Basset-

Poincloux), par Debrey et Lambert 1031
— Le chlorylène comme anesthésique d'inhalation dans les interventions sur la peau de la face, par Keller . . 1041
— La triéthanolamine ; une adjonction à la thérapeutique dermatologique, par Maynard 1046
— Etude du cholestérol et de la lécithine dans les maladies de la peau, par Rosen et Krasnow 1047
— Eruption causée par la phénolphtaléine, par Novy . . 1048
— Un dérivé anthranolique peu connu, le 1-8 Dioxyanthranol. Son utilisation en thérapeutique dermatologique, par Valette 1088
— La pharmacologie du soufre en rapport avec ses applications thérapeutiques, par Coronedi 1105
— Etat actuel du traitement des maladies pyogènes en dermatologie, par Canera . . 1090
Trichophytie. La radiothérapie des teignes du cuir chevelu, par Shanks 176
— Epidémies familiales et tondantes à trichophyton pilosum, par J. G. Uruena et Ochoterena **244**
— Lésions cutanées causées chez des adultes par deux trichophytons de cultures velues, par Balina et Negroni 366
— Au sujet du traitement des teignes par l'acétate de thallium, par Mélé. 564
— Résultats d'inoculation de cultures de « Trichophyton radiolatum » dans l'organisme des cobayes dont on scarifie la peau, par Catanei. 637
— Sur le pathogénie des teignes cutanées observées chez le cobaye après ingestion de cultures de « Trichophyton », par Catanei. . . . 637
— Caractères du parasitisme pilaire dans les teignes expérimentales produites par les cultures pléomorphiques des dermatophytes, par Catanei 753
— Sur la teigne amiantacée d'Alibert, par Jossel. 851
— Trichophytie inflammatoire à localisation peu commune, par Benetazzo 862
Trichotasis. Trichostasis spinulosa, par Burgess . . . 479
Trombidiase. Sur la question de l'extension de la trombidiase (foyer de trombidiase en Palatinat rhénan), par Fuss et Summent. 653
Trophœdème. Trophœdème chronique et nævus variqueux ostéo-hypertrophique, par Kumer 1038
Tuberculides. Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. En marge des expériences de Ravaut sur les tuberculides, par Cl. Simon. . . . 559
Tuberculose. Sur la fréquence de la tuberculose cutanée dans le Würtemberg, par Edel 69
— Le régime de Gerson. Hermanndorfer-Sanerbruch, dans la tuberculose cutanée, par Crosti et Scolari. . . 86
— Sur le traitement de la tuberculose par un complexe organo métallique à base d'iode, de cadmium et d'or, par Maisre et Reynier, rapport de Rosenthal 156
— Tuberculoses granulaires de la peau d'origine sanguine et tuberculides, par Ravaut, Valtis et Guerra 159
— Recherches bactériologiques et expérimentales sur la tuberculose cutanée, par Nicolau et Blumental **497**
— Les sels d'or dans le traitement des tuberculoses cutanées et des tuberculides, par Fernet 562
— Sur le traitement topique des tuberculoses cutanées par les sels d'or, par Sainz de Aja . 659
— La tuberculose de la peau,

par BERNHARDT, BRUNER et RACINOWSKI 688
— La tuberculose cutanée, son incidence dans quelques régions de l'Amérique du Sud, par RABELLO. 770
— Contribution à la connaissance de la tuberculose ulcéreuse de la peau et des muqueuses, par G. DEL FATTORE. 1056
Tularémie. Tularémia, par FOULGER, GLAZER et FOSHAY . 663
Tumeurs. Sur une intéressante petite tumeur de la peau, par SIMONELLI. 191
— Contribution à l'étude des tumeurs glomiques, par GAY PRIETO. 658
— Tumeurs du sein « à la limite ». Adénomes kystiques encapsulés ou non observés de 1890 à 1931, par BLOODGOOD. 664
— Production expérimentale de tumeurs du connectif, par BURROWS, HIEGER et KENNEWAY 665
— Tumeurs inflammatoires par injections d'huile de palme camphrée, par SEMINARIO, PESSANO et MOSTO 767
— Contribution à l'étude du séro-diagnostic des tumeurs malignes. Résultats fournis par quelques réactions pour le séro-diagnostic des tumeurs malignes, par CARULLA. 1029

U

Ulcérations. Ulcérations professionnelles des pulpes digitales et des éminences thénar, par MILIAN 454
— Sur quelques expériences avec l'interstitial dans le traitement des ulcérations cutanées, par FREUD 677
Ulcère Sur le traitement local des ulcères lépreux, par STEIN 72
— Ulcère de la jambe et splénectomie dans l'ictère hémolytique, par ESTAPE 80
— Les dystrophies tégumentaires dans les maladies des veines : l'ulcère variqueux, par DELATER 264
— L'ulcère aigu de la vulve, par CHEVALLIER 454
— L'ulcère pseudo-membraneux du Paraguay, par DELAMARE, GATTI et BRUYN. 556
— Contribution à l'étude de l'ulcère névrotique de la muqueuse buccale, par TABRAS-WAHLBERG 679
— Les traitements modernes des ulcères variqueux, par ROUSSET. 758
— Les ulcères tuberculeux atypiques, ulcères tuberculeux du cuir chevelu, par PAUTRIER **785**
— Traitement des ulcères de la jambe, par LEDO 951
— Cas rare d'ulcère tuberculeux de la muqueuse de la lèvre supérieure et de la gencive, par DANUCHEWSKAÏA et LEKHNO 972
— Sur l'ulcus rodens pigmenté, par KUMER 1040
Urticaire. Urticaire par le froid, traitement par l'accoutumance, par PASTEUR, VALLERY-RADOT et BLAMOUTIER . . . 355
— Le traitement de l'urticaire alimentaire chronique, de l'œdème de Quincke et de la dyshidrose (eczéma dyshidrosique) dans la pratique journalière, par SELLEI. . . . 361
— Traitement des urticaires graves par l'insuline, par CHEVALLIER 453
— Urticaire et ictère parathérapeutique, par MILIAN et DEGOS 556
— Le traitement de l'urticaire, par AKIL MOUHTAR 682
— La sécrétion gastrique dans l'urticaire, par RAHIER . . 756
— Etude expérimentale d'un cas d'urticaire factice (Dermographisme papuleux), par GAY PRIETO. 772
— Contribution à l'étude de l'urticaire par le froid, par PISACANE 870

V

Varices. Sur la question de l'oblitération des varices d'après Linser, par Koch . 172
— Le traitement des varices par les injections sclérosantes et, en particulier, revue des cas de mort à la suite du traitement, par Schmidt . . . 173
Vergetures Vergetures de la région sacro-lombaire, par Leven 652
Verrues Sur le traitement des verrues par la suggestion, par Memenstinner et Eisenlohr 70
— Verrue péruvienne ou maladie de Carrion, par Arcé . 161
— Verrues papillomes, cors, par Ullmann 176
— Sur l'oblitération des verrues par la glycérine, par Nobl et Wolf 280
— Sur le principe de la guérison des verrues par suggestion, par Samek. 280
— Présentation d'un cas de verrues séniles chez une malade de 15 ans, par A. Peyri et Cardenal. 775
— Le traitement des verrues vulgaires par les injections intramusculaires de salicylate de bismuth, par Lubie . 1048
Vitiligo. Recherches sur le vitiligo vulgaire, par Takigawa 193
— Causes, pathogénie et traitement du vitiligo, par Blum et Bralez 638

X

Xanthomatose. Formes de la xanthomatose généralisée, par Nobl. 948
Xéroderma A propos de la substance photosensibilisante dans le xeroderma pigmentosum, par Usuba. . . 296
— Xeroderma pigmentosum, par Ajello 487

Z

Zona. Zona bilatéral consécutif à un empoisonnement par l'arsenic, par Jacob . . . 81
— Sur une épidémie hospitalière de varicelle liée au zona, par Bralawsky . . . 263
— Zona et varicelle, par Guth. 280
— Une confirmation typique de l'étiologie zonateuse de la varicelle, par Armand-Delille et Mme Trocmée . . . 450
— Les rapports réciproques du zona et de la varicelle, par Bruusgaard 470
— A propos des rapports du zona et de la varicelle, par Armand-Delille. 558
— Zona et paralysie faciale, par Osman. 584
— Zona du maxillaire supérieur et fémoro-fessier. Guérison des douleurs par le 914, par Milian. 633
— Lésions cornéennes au cours du zona, par Rollet . . 641
— Le zona dans la leucémie, par Katz. 643
— A propos des rapports du zona et de la varicelle, par Weissmann-Netter et Fourestier 937
— A propos des rapports du zona et de la varicelle, par Blechmann. 1030
— La varicelle et le zona, par Comby 1030

SYPHILIS

Anatomie pathologique. Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la syphilis acquise du poumon, par Carrera 207
Associations pathologiques. Tabès et traumatisme, par Bernard et Coffens . . . 75
— Les syphilitiques tuberculeux et les tuberculeux syphilitiques, par Lambea 76
— Contribution à l'étude des troubles de l'échange sucré dans la syphilis, la chancrelle et le lupus, par Bachkevitch 95
— Association syphilis et cancer de l'estomac, par Goyena et Bianchi 178
— Syphilis et paludisme, par Milian. 259
— Syphilis et maladies familiales, par Apert 261
— Diabète insipide d'origine syphilitique, obésité, troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydrocarboné, par Weissenbach, Gilbert-Dreyfus et Brisset. . . . 261
— Tophi goutteux isolés ou associés à la syphilis et à diverses lésions cutanées, par Jordan, Schamschin et Dobrow. 568
— Contribution à la casuistique des télangiectasies dans la syphilis, par Speierer . . 572
— Leucoplasie et syphilis nerveuses, par Kasabakas. . . 634
— Syphilis et cancer de l'utérus, par Touraine 637
— Sur l'état fonctionnel du système réticulo-endothélial dans la syphilis, par Nikolajew, Nikischin et Podolnyj. 647
— Sur un cas de syphilis et épithélioma, par Soscia . . . 668
— Syphilis et syndromes endocriniens, par Huriez . . . 755
— Sur la syphilis acquise des gens âgés, par Jordan . . 759
— Sclérose latérale amyotrophique et syphilis, par Rousseau 771
— Le système réticulo-endothélial et la syphilis, par Levine. 779
— Sur une affection spéciale non syphilitique caractérisée par des troubles pupillaires et l'abolition des réflexes tendineux, par Guillain et Sigwald 835
— Diabète consomptif, troubles progressifs de la conductibilité intracardiaque et hépatite scléreuse survenus chez un jeune homme à la suite d'un trouble syphilitique, par Costedoat . . . 936
— Diabète et syphilis, par M. Labbé. 939
— Sur un cas peu fréquent d'épithéliome séminal et de syphilis, par Soscia 958
— Le rôle du système lymphatique dans la pathologie de la syphilis, par Lipkine . . 968
— Syphilis et traumatisme, par Greenbaum et Madden . . 1093
— Diabète syphilitique, par Krapivine. 1109
— Syphilis et vieillesse, par Milian 1086
Chancre. Sur la fréquence du chancre syphilitique du vagin, par Lakaye 52
— Considérations à propos de deux cas de chancre induré du col utérin, par Fournier. 156
— Splénomégalie avant et pendant le chancre, par Dreyfus. 255
— Chancre syphilitique du col de l'utérus au quatrième mois de la grossesse. Père syphilitique primo-secondaire au moment de la conception, par Hissard 353
— Le cri du chancre, par Belgodère. 554
— Sur l'induration résiduelle, le pseudo-chancre et la réinfection dans la syphilis traitée, par Strempel 657

— Chancre syphilitique du vagin, par Pereiro et Carrero Cuesta. 661
— Double chancre induré du col utérin et de la paroi vaginale avec adénopathie inguinale, par Levy-Bing et Boursat 832
— Un cas de chancre dur de l'urètre chez un malade atteint d'urétrite blennorragique aiguë, par Kogan. . . 1112
Exanthème. L'influence des facteurs exogènes sur l'exanthème syphilitique, par Frenzl. 880
Fièvre syphilitique. Sur la fièvre syphilitique, par Salkinde 397
Framboésie. Framboesia tropica, par José Silva . . . 180
— Vitesse de sédimentation sanguine dans la framboesie, par Mizaizu 874
Généralités. La syphilis dans le district de Medzilaborce en Slovaquie, par Pelc et Hynie. 389
— La syphiligraphie et la dénatalité en Algérie, par Montpellier et Lefranc. . . . 564
— Un cas de syphilis présentant des manifestations particulières, par Ahmet Hamit. 681
— Traité de la syphilis. T. III. Syphilis acquise, par Jeanselme, Bureau, Pinard, Sézary, Lefèvre, Burnier, Rimé, Chevallier, Garnier, Milian, Schulmann, Cleisz, Desnoyers et Fouet 686
— Quelques données relatives à l'extension de la syphilis au cours des dernières années dans le nord des Pays-Bas, par Beintema. 745
— La vérole aime le nez, par Hissard 836
— Sur l'importance de l'examen ultramicroscopique en cas d'accidents suspects de syphilis primaire, par Thiry . **926**
— Modifications oculo-pupillaires indépendantes de la syphilis, par Renaud et Miget. 936
— A propos de l'abolition non syphilitique des réflexes tendineux. Un cas d'aréflexie et d'épilepsie, par Pagniez . . 937
— Etudes cliniques de syphiligraphie, par Schulmann . . 974
Gommes. Gomme de la glande mammaire, par Apassowa et Basmann 196
— Les gommes cutanées qui surviennent après la malaria-thérapie signifient-elles l'échec de ce traitement? par Matras 762
— Gomme isolée de la parotide accessoire, par Fulchenfald. 850
— Gomme de la thyroïde (diagnostic différentiel de la gomme et du tubercule), par Fasal 944
— Gommes syphilitiques du cou à forme tumorale, par Gougerot et Burnier 1027
— Syphilis à génie ulcéreux. Gomme syphilitique térébrante de l'aile du nez, par Milian 1085
Immunité. Sur la pathologie générale et la biologie de l'immunité de la syphilis, par Strempel 565
Infection. Réinfection. Infection syphilitique après cure de bismogénol de prophylaxie, par Hofman. . . . 168
— Recherches sur le pouvoir lipolytique et la quino-résistance de la sérolipase du sang dans l'infection luétique, par Leigheb 289
— Une prostituée sans manifestations cliniques ni sérologiques donne la syphilis à deux sujets, par Caro-Paton. 369
— Sur un cas clinique de nouvelle infection syphilitique survenue en pleine période secondaire de la première syphilis, par Gran et Triana. 473
— Fragilité du fœtus et de l'enfant mâles vis-à-vis de l'infection tréponémique, par Dujardin, Ley et Titega . . . 573
— Réinfection syphilitique intra-urétrale, par Sergiescou. 631

— Sur un cas de réinfection syphilitique, par Pierard . . 769
— Réinfections syphilitiques chez des malades n'ayant été que très peu traités de leur syphilis antérieure, par Chevallier et Colin 832
— Un cas de réinfection syphilitique, par Brants. . . . 1026
— Un cas de réinfection syphilitique, par Bron 1112
Liquide céphalo-rachidien. Etat du sang et du liquide céphalo-rachidien chez les singes bien portants et syphilitiques, par Photinos . 275
— Réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien (technique, clinique et théorie), par Schmidt 590
— Etat du liquide céphalo-rachidien pendant la leucodermie et l'alopécie syphilitique, par Konrad. 763
Malariathérapie. La malariathérapie et les lésions cérébrales dans la paralysie générale progressive. Action de la malaria sur le treponema pallidum, par Paulian et Bistriceanu 59
— Le traitement des affections nerveuses syphilitiques par la malaria tropica, par Serefettin. 202
— La malariathérapie de la neuro-syphilis en dehors de la paralysie générale, par Wile et Davenport . . . 372
— Action salutaire de l'association hyosciamine-scopolamine sur le frisson de la malaria d'inoculation sans altération des plasmodies, par Wolter. 849
— Les résultats de la malariathérapie dans la syphilis nerveuse durant la période de 1925 à 1931 inclus, par Paulian 1088
Nodosités juxta-articulaires. Nodosités juxta-articulaires (gommes syphilitiques sous-cutanées juxta-articulaires), par Milian et Baussan . . 934
Parotidite. Parotidite syphilitique, par Chargin et Rosenthal 81
Ponction sous-occipitale. La ponction sous-occipitale, par Jacobi. 375
— La ponction sous-occipitale, par Astrachan 1092
Prophylaxie. La syphilis et la loi sur les assurances sociales, par Laurent. . . 162
— La lutte prophylactique antivénérienne en France, par Gougerot. 179
— Orientation moderne dans la prophylaxie individuelle des maladies vénériennes, par Soroa 287
— Aperçu de la lutte entreprise contre la syphilis à Madagascar, par Trautmann . . 355
— Pour le salut de la race. Education sexuelle. Génération consciente, par S.Card de Plauzoles. 399
— Le danger du traitement des vénériens, par Gans . . . 464
— Le dispensaire de salubrité publique de la ville de Nancy, par Benech . . . 554
— Le mariage d'un syphilitique soigné en période primaire, par Milian et de Douhet. . 555
— L'épidémie de syphilis de Nancy, 1929-1930. Valeur de la réglementation, par Benech et Spillmann 631
— Le service social dans la lutte contre la syphilis rapport de Mme Cetting et de MM. Louste, Spillmann, Jadassohn et Mrs Neville-Rolfe. . . 743
— La première année de lutte antivénérienne dans un dispensaire rural, par Caro-Paton. 772
— Les résultats de la lutte antivénérienne à Roanne et Firminy, par Laurent. . . . 839
— Le péril vénérien en Cochinchine, par Nguyen van Tung. 1025
Prostituées. Bilan de la syphilis chez les prostituées, par Benech 155
— La prostitution au Maroc, par Rabut. 831
Réactions sérologiques. Pré-

cisions complémentaires à une variante de la réaction de Hecht, par TELMON . . 59
— L'utilisation du Luotest pour la syphilis, par FESSLER . . 63
— Etude comparative des réactions de Bordet-Wassermann, Hecht, Meinicke, Kahn et Vernes, par BLITSTEIN . . 75
— La réaction de clarification de Meinicke (M. K. R.) dans les liquides céphalo-rachidiens, confrontée avec la réaction de Wassermann et la M. T. R., par CARTIA . . 90
— Sur la valeur spécifique des réactions sérologiques (Réactions de Wassermann, de Kahn, de Sachs-Georgi, au citochol) dans le chancre mou, par PODVYSOCKAJA et SCHIRWINDT 168
— Recherches sérologiques (micro-réaction de Meinicke) chez les souris syphilisées et normales, par KERTOPATI. 175
— La réaction de Wassermann, sa valeur pour la pathologie et le traitement de la syphilis, par PŒHLMANN . . . 204
— Sur la méthode active de déviation du complément pour le séro-diagnostic rapide de la syphilis dans la modification de Tsien Sung Tsü, par ZABOUBINE 255
— L'interprétation de l'intradermo-réaction à la luétine dans la syphilis, par GANDY . . 370
— Sur quelques particularités du sérodiagnostic de la syphilis chez les femmes enceintes, par TCHOUGOUÏEWA et KOWALSKY 394
— Les réactions de floculation et le sérodiagnostic de la syphilis, par DEMANCHE 449
— Nouvelle technique de la réaction de conglomération, par HECHT 469
— Une injection de sérum diphtérique peut-elle provoquer une séro-réaction positive chez un non-syphilitique, par BOAS et TŒLBOLL 470
— Le séro-diagnostic de la syphilis par les réactions de Wassermann, de Kahn et de Müller, par CHEDIAK et PEREZ. 473
— Neuro-récidives et réactions d'Herxheimer, par SANZ BENITEZ. 477
— La réaction de Takat-Adra dans le liquide céphalo-rachidien, par DAFFINEE et GRZEBIENIOWSKA 477
— Contribution à la conservation du complément pour la réaction de Bordet-Wassermann, par CHIRWINDT et LIBERMANN 490
— Etude des réactions de floculations. Variation des réactions de Meinicke en fonction du pH, par CHEVREL-BODIN et CORMIER **530**
— Réaction colloïdale dans le plasma sanguin pour le diagnostic de la syphilis, par URECHIA et RETEZEANU. . . 560
— Les triades de séro-réactions dans la syphilis, complétées par la réaction de Calmette et Massol, par VAN DEN BRANDEN, NÉLIS et BERNARD . . 573
— Etude sur la valeur de la séro-réaction de Sciarra dans le diagnostic, le pronostic et la direction du traitement de la syphilis, par WEISSENBACH et MARTINEAU **593**
— La valeur pratique des réactions de Kahn et du citochol dans le diagnostic sérologique de la syphilis, par ZÉKI FAYIK 683
— Identité des réactions de fixation et des réactions de floculation employées en vue du séro-diagnostic de la syphilis, par CHEVREL-BODIN et CORMIER 754
— Réaction de floculation avec l'antigène de Bordet Ruelens, par CHEVREL-BODIN et CORMIER 754
— La « Ballungs Reaktion » de Muller avec centrifugation (modifications personnelles), par A. SAINZ DE AJA et FORNS CONTERA 774
— Etude des réactions de flocu-

lation. Variations des réactions de Meinicke en fonction du pH, par Chevrel-Bodin et Cormier 784
— Sur l'emploi des extraits cérébraux comme antigènes dans les réactions sérologiques de la syphilis, en particulier de la syphilis nerveuse, par Demanche . . . 832
— Préparation de l'antigène de Bordet-Ruelens en vue de la réaction de floculation. Rôle de l'électrolyte. Conditions mécaniques, par Chevrel et Cormier 837
— Réactions de Bordet-Wassermann irréductibles et réactions de Bordet-Wassermann rebelles, par Fournier . . 839
— Recherches sur la réaction avec l'antigène-spirochète, par Heinemann 851
— Les réactions de Gouin et de d'Amato dans la syphilis héréditaire, par Pennacchietti et Rizzatti 861
— La seconde réaction de conglomération de Muller, par Chiale. 872
— Sur la leucocyto-réaction de Gouin dans la syphilis, par Castoldi 873
— Sur la 11e Conférence de Copenhague (1928) pour le sérodiagnostic de la syphilis, par Sciarra 931
— Etude de la sensibilité de la réaction de Kahn, par Constantin. 932
— Réactions sérologiques (Wassermann, Kahn et Sachs-Georgi) dans la tuberculose cutanée, par Podwyssotzkaja et Schirwindt 948
— Sur les cas de syphilis à séroréactions irréductibles et sur les résultats obtenus par l'association de quelques combinaisons de soufre au traitement spécifique, par Hubschmann 965
— La réaction au « luotest » dans la syphilis congénitale, par Valentova 966
— La valeur de la réaction au citochol comme méthode de séro-diagnostic de la syphilis par Pak et Cheynmann . 970
— Le rôle de la réaction de Tsû en clinique et dans la syphilis expérimentale du lapin, par Kopp, Bronstein, Roussinkowskaïa et Boukina . . 971
— Séro-diagnostic de la syphilis en activité au moyen de l'auto-antigène du sérum (R. S.), par O. Sciarra 1026
— Mécanisme des réactions de floculation, par Me Chevrel-Bodin et M. Cormier . . . 1029
— Parallèle entre la réaction hémoclasique de d'Amato et la réaction leucocytaire de Gouin et leur utilisation dans le diagnostic de la syphilis, par de Varga . . . 1034
— Influence de l'iode sur la réaction de Wassermann, par Scarpa 1056
— Le traitement protéinique dans les réactions de Wassermann irréductibles, par Saim 1066
— Etude des réactions de floculation. Réaction de Bordet-Wassermann et réactions de floculation, par Me Chevrel-Bodin et Cormier **1011**
— La réaction de Wassermann irréductible, par Talat . . 1068
— L'influence de l'ingestion d'alcool sur les réactions de Wassermann, de Kahn et de Hinton, par Brittingham et Rosen. 1096
Sérologie. Etude de la coagulation sanguine chez les syphilitiques et de ses rapports avec le taux du calcium et les groupes sanguins, par Mienicki 385
— Traité pratique de sérologie et de sérodiagnostic, par Rubinstein 588
— Les fractions protéiques du sérum dans les maladies cutanées et dans la syphilis, par Cerutti 871
Spirochètes. Tréponèmes. Procédés simples et rapides de coloration pour tréponè-

mes et leptospires, par Bessemans et Van der Berghe . 56
— Contribution à l'étude de la présence fréquente du tréponème pâle dans le canal du col utérin, par Besproswanaja et Schister 199
— Que devient le tréponème pâle dans la cavité méningée après inoculation sous-arachnoïdienne chez le lapin, par Ohya 383
— Sur l'inoculation du spirochète pâle sur différents points du corps chez le lapin. 383
— La présence de « Treponema pallidum » chez les souris atteintes de syphilis inapparente, par Levaditi et Schœn. 636
— Le cycle évolutif du Tréponème pâle, par Ingraham . . 776
— Le virus tréponémique comporte-t-il un cycle évolutif? par Levaditi, Schœn et Vaisman 939
— En dehors des spirochètes, existe-t-il d'autres formes ou d'autres stades du microbe de la syphilis? par Jahnel, Prigge et Rotd Ermundt . . 943
— Le diagnostic précoce de la syphilis par la recherche du tréponème dans le suc de l'adénopathie primaire, par Sézary, Lefèvre et Boutteau. 1031
— Le neurotropisme du tréponème pâle, par Raiziss et Severac 1049
— Coloration du tréponème pâle sur les frottis par la solution alcoolique de nitrate d'argent, par Bothe et Davenport 1050
Spongiose. Faut-il admettre une oto-spongiose syphilitique, par Favre. 204
Syphilides. Petits traumatismes et localisation de syphilides secondaires, par Barthélémy. 53
— Syphilides impétigineuses, par J. Silva 180
— Etiologie des syphilides folliculaires. Son rôle dans la tuberculose, par Bonnet . . 265
— Syphilides papulo-tuberculeuses multiples. Syphilide à type de nævus capillaire, par Milian. 354
— Syphilides psoriasiformes traitées avec succès par des sels d'or, par Fidanza, Schujman et J. M. M. Fernandez . 366
— Syphilide tertiaire papillomateuse, par Samek 466
Syphilome. Syphilome cylindroïde de l'urèthre, par Jungano 481
— Syphilomes primaires non ulcérés, par Hissard. . . . 632
— Sur quelques cas de syphilome initial à siège extra-génital. Syphilome successif, par Burbi 670
— Syphilome primaire non ulcéré, par Galliot 1026
Syphilis anormale. Syphilis anormales et leur traitement, par Gougerot 1030
Syphilis articulaire. Synovite syphilitique des extenseurs des orteils, par Milian . . 258
— Sur les arthrites syphilitiques larvées, par Bejarano et Enterria 774
Syphilis bénigne. A propos de la syphilis bénigne. Deux cas cliniques, par Chevallier et Collin. 256
Syphilis du cœur et des vaisseaux. Le diagnostic de l'insuffisance aortique syphilitique et ses difficultés. D'après une statistique de 84 cas d'insuffisance aortique solitaire de l'adulte avec autopsie, par Gallavardin et Gravier 161
— Etude comparative de la syphilis cardio-vasculaire dans les races blanches et noires, par Cason 375
— Sur l'endophlébite syphilitique comme seule manifestation clinique, par Richter . 464
— Angine de poitrine d'origine coronarienne syphilitique. Sept observations nouvelles avec autopsie, par Gallavardin. 565
— Aortite syphilitique avec syndrome angineux sans lésions

coronariennes, par GALLAVARDIN. 1089
Syphilis exotique. Le problème de la syphilis exotique. Pathogénie et thérapeutique, par SÉZARY **977**
Syphilis expérimentale. De quels facteurs dépend l'effet de l'inoculation dans la syphilis du lapin ? par BRANDT. 63
— Recherches sérologiques chez le lapin sain et le lapin syphilitique, par PHOTINOS. . 66
— Sur le liquide céphalo-rachidien dans les différentes périodes de la syphilis et du pian expérimentaux chez les lapins, par OYA et MISAIZU . 92
— De la syphilis et du pian expérimentaux chez les lapins par inoculation sous-arachnoïdienne, par OYA et MISAIZU 92
— La fièvre due aux protéines bactériennes dans le traitement de la syphilis du lapin, par KOLMER 184
— Sur la contagiosité du sperme des syphilitiques. Etude expérimentale, par WIGODTCHIKOFF et GOUDÉLIS 198
— Une nouvelle méthode d'inoculation montrant la virulence du sperme au cours de la syphilis latente, par KERTSEZ. 281
— Sur le problème biologique de la syphilis inapparente expérimentale, par GASTINEL et PULVENIS **305**
— Sur le changement du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis expérimentale par inoculation sous-arachnoïdienne chez les singes, par OHYA 384
— Les réactions sérologiques dans la syphilis expérimentale du lapin, par CHORAZAK et ZISCH 385
— Etude pathogénique expérimentale de la parasyphilis, par LEVADITI, LÉPINE et SCHŒN. 452
— Recherches sur l'inoculation sous-occipitale de la syphilis chez le lapin, par SCHULTZE-WOLTERS. 464
— Inoculation accidentelle à l'homme du tréponème pâle de la syphilis expérimentale du lapin, par WAKERLIN . . 578
— Variations de la virulence du virus syphilitique Truffi entretenu par des passages sur le lapin, par LEVADITI et VAISMAN 636
— Les réactions sérologiques dans la syphilis expérimentale du lapin par TADEUSZ CHORAZAK et ZISCH 680
— Sur les réactions sérologiques dans la syphilis expérimentale du lapin et leur dépendance du siège des manifestations cliniques, par SCHUMACHER 840
— Contribution expérimentale à la thérapeutique de manifestations allergiques. De l'influence sur l'hypersensibilité salvarsanique du cobaye, du calcium à l'acétate de sodium et de chloride d'ammonium, par JUI-WUELLU. . 841
— Recherches sur la clinique et l'anatomo-pathologie de la syphilis expérimentale du lapin, par WILENTSCHUK . . 841
— Hypersensibilité vis-à-vis du sérum de lapin chez une syphilitique à la suite d'une sensibilisation préalable par un traitement avec le luotest, par FASAL 847
— La spirochétose spontanée et la syphilis expérimentale du lapin, par FRIED et ORLOV . 860
— Sur la perméabilité méningée dans la syphilis expérimentale chez les lapins par inoculation par voie sous-arachnoïdienne (avec l'hémolysine immunisée), par OHYA . . 874
— Etude de la spirochétose expérimentale par inoculation sous-arachnoïdienne et de la perméabilité méningée dans la syphilis expérimentale par inoculation sous-arachnoïdienne chez le lapin, par OHYA 874

— Syphilis expérimentale microbiologiquement apparente chez la souris (lymphadénie tréponémique), par Levaditi Mezger et Schœn 940
— Sur les altérations veineuses spéciales dans le pian expérimental du lapin (souche de Sumatra), par Hoffmann . . 944
— Sur le développement des enfants hérédo-syphilitiques et des enfants sains de mères syphilitiques, par Les . . 946
— Généralisations syphilitiques à partir de l'œil chez le lapin par Bessemans et Van Canneyt 1029
— Transmission de la syphilis à la souris par greffe de lymphadénome contaminé par du virus syphilitique, par Levaditi et Constantinesco . 1087
Syphilis héréditaire. Hépato-splénomégalie familiale hérédo-syphilitique. Importance d'une bonne technique dans l'enquête familiale et le traitement d'épreuve, par M. Pinard. 157
— Un cas d'hérédo-syphilis gommeuse et d'infantilisme, par Arkangelskaïa 195
— Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire, par Rudaux et Montlaur 203
— Syphilis congénitale des maxillaires, par Dechaume . 354
— Etude du sang dans la syphilis héréditaire et de l'action du traitement spécifique sur l'hémoglobine et les éléments cellulaires, par Perlman et Wright 374
— L'hérédo-syphilis mentale, par Pinard 637
— Examen buccal et hérédo-syphilis, par Hissard. . . 638
— De l'étiologie germinative de la syphilis héréditaire, par Hochsinger 648
— L'hérédo-syphilis clinique et thérapeutique, par J. Hutinel et A. Ardoin-Linossier . . 686
— Articulations noueuses des doigts, leur fréquence dans la syphilis héréditaire, par Hissard 806
— Hérédo-syphilis chez les lapereaux issus de parents atteints de manifestations oculaires spécifiques, par Bessemans et Van Canneyt . 837
— Sur un cas d'insuffisance aortique hérédo-syphilitique, par Decourt et Bascourret . 936
— Rapport de la syphilis congénitale avec la mortalité infantile, par Ali Riza . . . 1069
Syphilis maligne. Syphilis maligne, par Chiale . . . 1102
Syphilis mandibulaire Considérations sur la syphilis mandibulaire, par Dechaume. 446
Syphilis musculaire. Sur une myopathie syphilitique rare (contracture syphilitique du biceps), par Plinio de Lima . 76
Syphilis nerveuse. Syphilis du système nerveux et arséno-résistance, par Barthélémy 58
— Le traitement actuel de la paralysie générale, par Bodart 74
— Les manifestations de la syphilis active de la peau et du système osseux dans la paralysie progressive et le tabès dorsalis, par Tchernogouloff et Bakhmanoff . . 94
— La syphilis cérébrale, par Sükrü. 201
— Récurrentothérapie dans les syphilis nerveuses et les psychoses, par Claude et Coste 259
— Sur quelques applications de la récurrente à la paralysie générale, par A. Marie . . 259
— Fractures du tabès, par Ch. Achard 260
— Ataxie cérébelleuse aiguë syphilitique, par Decourt . . 261
— La compression des jugulaires comme adjuvant au traitement de la syphilis du système nerveux central, par Smith et Waddell. . . 288
— Hémiplégie syphilitique avec réactions humorales négati-

ves, simulant la sclérose en plaques, guérie par le traitement antisyphilitique, par ORPHANIDÈS 353
— Les troubles mentaux des syphilitiques, par LEVY-VALENSI 448
— Sur la méthode « Sezarienne » du traitement de la période dite biologique ou préclinique du tabès et de la paralysie générale, par CL. SIMON 449
— Les syndromes infundibulo-tubériens syphilitiques, par LHERMITTE 451
— Nouvelle méthode de diagnostic de la syphilis nerveuse, par CERQUEIRA LUZ . 452
— Syphilis cérébrale à forme myoclonique, par POINSO, LEGRAND et BEAUCAIRE. . . . 560
— Les formes dépressives de la paralysie générale, par VURPAS et CORMAN 561
— Sur le syndrome humoral de la paralysie générale, par TARGOWLA 631
— Le syndrome infundibulaire dans la syphilis acquise et héréditaire. Trois observations nouvelles, par LHERMITTE, KYRIACO et TRELLES. . 640
— Sclérose en plaques syphilitiques chez un paralytique général impaludé, par BERTRAND, PÉRON et ELO . . . 641
— Valeur pratique des épreuves humorales rachidiennes pour le diagnostic de la syphilis du névraxe, par MORIEZ 642
— Le traitement de la neurosyphilis par les injections sous-occipitales de sérum salvarsanisé, par VIETS . . 662
— Diagnostic précoce et pathogénie de la syphilis nerveuse et héréditaire, rapports de MM. P. RAVAUT, DUJARDIN, TRUFFI. 730
— La perméabilité des méninges et les anticorps du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis nerveuse, par DEMANCHE 734
— Du diagnostic précoce de la syphilis nerveuse, par RISER et MERIEL. 735
— Le diagnostic de la paralysie générale avant l'apparition des signes cliniques caractéristiques, par TARGOWLA. . 735
— La prophylaxie des syphilis nerveuses acquises ou héréditaires, rapports par WAGNER VON JAUREGG, H. CLAUDE et NICOLAU 736
— Nouvelle méthode de traitement de la syphilis nerveuse, par SCHREUS et BERNSTEIN 738
— Sur la prophylaxie de la syphilis nerveuse, par CARLE et RIZZATTI 739
— Essais thérapeutiques de la paralysie générale et du tabès par le virus antirabique Pasteur, par TOMMASI. . . 739
— Fonctionnement d'un centre régional de prophylaxie de la syphilis nerveuse et de malariathérapie, par RISER et PLANQUES 740
— Importance médico-sociale des syphilis nerveuses, rapports de CAVAILLON, MILIAN et SICARD DE PLAUZOLES . . 741
— Les névrites syphilitiques, par ROGER 758
— Etiologie syphilitique de la sclérose en plaques, par DUFOUR 834
— Sur l'origine syphilitique de la sclérose en plaques, par MENDELSSOHN. 834
— Une observation de cérébellite syphilitique, par COSTE et BOCQERT 1087
— Sur quelques accidents au cours du traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique, par BAUDOUIN, LARGEAU et BUSSON 1088
— Quelques formes de syphilis nerveuse auriculaire, par PROBY 1089
— Le traitement de la neurosyphilis par le bismuthanion, par MEHRTENS et POUPIRT 1095
Syphilis osseuse De la provo-

cation de lésions osseuses syphiliiiques par le traumatisme, par LANYAR. . . . 65
— Syphilis vertébrale avec aspect radiologique pseudo-angiomateux, par MAY, DECOURT et Mlle WELN . . . 938
— A propos des ostéopériostites syphilitiques précoces, par NITCHEW. 1027
— Ostéites multiples et méningo-encéphalite. Les images radiographiques de la syphilis osseuse, par GADRAT . . 1085
— Ostéite syphilitique nécrosante d'un métacarpien, par MILIAN. 1085
Syphilis pulmonaire. Un cas de syphilis pulmonaire aiguë, par MOREAU 563
Syphilis quaternaire. Importance médico-sociale de la syphilis quaternaire en Tunisie, par CASSAR 741
Syphilis secondaire. Sur l'insuffisance du foie chez les malades atteints de syphilis secondaire, par CAMINITI. . 91
— Fracture spontanée de la clavicule au début d'une syphilis secondaire, par GOUGEROT, MATHIEU et JAÏS. 447
— Rhumatisme syphilitique secondaire avec localisation à la colonne cervicale, syndrome surrénalo-ovarien, par MILIAN. 556
— Syphilis secondaire floride avec réactions d'hémolyse franchement négatives et de floculation fortement positives, par DE GREGORIO . . . 575
— L'immunisation spontanée dans la syphilis secondaire et ses corollaires thérapeutiques, par BERNARD . . . 769
Syphilis tardive. Syphilis tardive papillomateuse cornée, par PUENTE 177
Syphilis tertiaire. Sur la syphilis tertiaire, par SCHREINER . 66
— Syphilis tertiaire et traitement mercuriel, par J. PEYRI. 660
— Sur les vastes infiltrats syphilitiques tertiaires superficiels de la peau, par LINDEMANN . 945
— Un cas curieux de phagédénisme tertiaire, par FERNANDEZ DE LA PORTILLA. . . . 1043
Syphilis par transfusion de sang. Métrorragies de la puberté, transfusion, syphilis consécutive, par PINARD et ROBERT 558
Syphilis unguéale. Syphilis unguéale atrophique et pigmentaire Kératose pulpaire, par MILIAN. 633
Syphilis vésicale. A propos de la syphilis vésicale, par CHOCHOLKA. 837
Syphilis viscérale. Etudes sur les altérations syphilitiques du délivre, par OLIN . . . 205
— Considérations sur la syphilis acquise de la glande thyroïde, par GILBERT DREYFUS . 554
— Accidents de syphilis viscérale chez des paralytiques généraux traités au stovarsol. Nécessité de joindre au stovarsol un traitement spécifique par BARBIER et THÉVENON 565
— Notes de syphiligraphie médicale : syphilis et cancers primitifs du foie, par FAVRE. 838
— Sur les altérations de l'arrière-faix dans la syphilis, par OLIN 931
— A propos d'une cirrhose hypertrophique biliaire d'origine syphilitique, par CHABROL, COTTEL et HAMBURGER . 938
Traitements divers. Phagédénisme chancrelleux et syphilis, guérison par le 914 (Hétérothérapie), par GOUGEROT et BLUM 53
— Appréciation par la syphilimétrie des effets d'un médicament, par VERNES et LEGER. 55
— Le traitement des syphilis arséno-résistantes, par BARTHÉLEMY et RABUT 58
— Sur la thérapeutique aurique en dermatologie et particulièrement contre la syphilis, par FÜLOEP 74
— Les contre indications thérapeutiques des traitements antisyphilitiques chez les

tuberculeux pulmonaires atteints de syphilis acquise, par CARRERA 176
— Biologie et thérapeutique générale de la syphilis, par BERGEL 206
— L'effet curatif du choc anaphylactique sur les manifestations syphilitiques, par BESSEMANS, WELLEM et DE POTTER. 284
— Les multiples emplois de l'hyposulfite de soude en syphilithérapie, par TALON . . . 302
— Le rein dans le traitement de la syphilis, par BLUM . . . 353
— La chrysothérapie chez les tuberculeux syphilitiques, par CORDIER 358
— Du traitement de la syphilis par l'osarsol, par AÏRAPÉTIANTZ 395
— Les progrès accomplis dans le traitement des prostituées spécifiques de la salpêtrière à Saint-Lazare et du traitement libre, par BIZARD . . 449
— Pyréto et chimiothérapie dans la syphilis primaire et secondaire, par CH. RICHET FILS et JOLY 450
— Un traitement des vomissements par la pyrétothérapie, par WOLTER 466
— Résultats obtenus avec le traitement antisyphilitique dans la prostitution réglementée de Saragosse, par E. DE GREGORIO et G. SERRANO. 476
— Traitement des crises gastriques du tabès par les injections intraveineuses de sulfate d'atropine, par ALAJOUANINE et HOROWITZ . . . 558
— Recherches sur le traitement de la syphilis et de la blennorragie par la malaria et le Pyrifer, par HANOW 568
— Résultats obtenus avec le Dmelcos dans le traitement de la paralysie générale progressive, par BALADO . . . 657
— Sur le traitement de la syphilis primaire par l'inoculation du « sodoku », par HASHIMOTO et IWAKIRI 747
— L'impaludation cérébrale, par DUCOSTÉ 750
— Le sulfure de mercure colloïdal dans le traitement de la syphilis, par GENNERICH . 777
— Sur le Hg sulfite colloïdal de Hille dans le traitement de la syphilis, par GENNERICH . 848
— Sur l'emploi du Nal dans le tabès et la paralysie progressive, par VERCELLINO . . . 864

Traitement (arsenicaux).

Pseudo-intolérance à l'arsenic, par MILIAN 54
— Données expérimentales de l'arséno-résistance, par BARTHÉLÉMY 56
— Modalités cliniques des syphilis arséno-résistantes, par BLUM et BRALEZ 57
— Etude clinique des arséno-résistances, par COHEN . . 57
— Comment expliquer l'arséno-résistance, par LACASSAGNE et LEBŒUF 57
— Mort au cours d'une syphilis traitée par le néosalvarsan et le bismogénol, par BRAUTS. 73
— Le traitement par la tryparsamide, par LICHTENSTEIN . 80
— Sur la question de l'action indirecte du salvarsan, par BRANDT 178
— Les effets toxiques des arsenobenzènes, par COLE, DEWOLF, MC CUSKEY, MISKJIEN, WILLIAMSON, RAUSCHKOLB, RUCH et CLARK 185
— Le mécanisme de l'action toxique des préparations de Salvarsan, par SIROTA . . . 199
— Sur l'ictère arséno-benzolique, par STRAUSZ 277
— Apoplexie séreuse à la suite de néosalvarsan, par OSMAN. 299
— Arsenic et épithélioses, par MILIAN 354
— Sur le traitement de l'angioneurose douloureuse après injection d'arsénobenzène, par DREYER 469
— L'aspect du 914, par MILIAN . 555
— Rapports entre la syphilis, le salvarsan et le soi-disant ictère catarrhal, d'après 2 500 cas observés dans la

marine allemande de 1919 à 1929, par Ruge. 571
— Le stovarsol dans la prophylaxie et le traitement de la trypanosomiase et de la syphilis, par Kolmer et Rule . 579
— Les propriétés spirochéticides et trypanocides du tréparsol, par Kolmer et Rule . . . 580
— Note sur les propriétés trypanocides et spirochéticides de l'acétylarsan, par Kolmer et Rule 586
— A propos d'une intoxication massive par l'arsenic, par Thorel et Vinzent **618**
— La posologie et le mode d'emploi du stovarsol sodique dans la paralysie générale, par Sézary et Barbé . . . 635
— Syphilis d'abord arséno-sensible puis devenant arséno-récidivante et arsénorésistante dans la première cure avec réaction de résistance, par Gougerot et Cohen . . 637
— Les syphilis arséno-résistantes et arséno-récidivantes, par Pinard et Even. . . . 639
— Sur les douleurs dorso-lombaires après les injections de Salvarsan (angioneurose douloureuse), par Salasar . . 652
— L'action du stovarsol sodique dans la paralysie générale, par Sézary et Barbé. . . 739
— Dosages de l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien après injection intraveineuse de néo-salvarsan, par Le Fèvre de Arric et Bray . . . 752
— Sur les syphilis arséno-résistantes, par Zoon 760
— Etude clinique des syphilis novarséno-résistantes. Modalités évolutives et caractères morphologiques, par Nicolas, Massia et Lebeuf 838
— Sur les rapports entre la syphilis, l'arsénobenzol et le soi-disant ictère catarrhal, par Zieler 852
— Anatomie pathologique d'un cas de mort par le néosalvarsan, par Cardenal. . . . 858
— Etude chimiothérapeutique de l'acétarsone (Stovarsol), par Raiziss et Severac. . . . 859
— Sur l'action du néosalvarsan soviétique, par Chapiro . . 973
— Fréquence des accidents arsenicaux, par de Moura Costa. 1091
Traitement (bismuth). Nouveaux cas d'embolie fessière à la suite d'une injection d'un sel soluble de bismuth, par Burnier et Carteaud. . 156
— Contribution à l'étude de la pharmacodynamie des préparations bismuthiques oléosolubles, par Vonkennel. . 164
— Les possibilités de la bismutho-thérapie dans les dermatoses, par Mac Kenna. . . 281
— La présence de quantités inégales de bismuth dans les suspensions huileuses de sels bismuthiques, par Cole, Henderson, Œttingen et Sollmann. 289
— Agranulocytose bismuthique, par Sézary et Boucher . . 355
— Splénite syphilitique tertiaire fébrile. Traitement bismuthique. Guérison, par Béguiristain et Manero 369
— Crise nitritoïde bismuthique (note clinique). Nouveau cas d'observation personnelle, par Maneru. 575
— L'iodobismitol, par Hanzlik, Mehrtens, Gurchot et Johnson. 578
— Sels solubles ou insolubles de bismuth, par Schmidt. . . 764
— Association bismuth liposoluble et lipoïde hépatique dans le traitement de la syphilis, par Galliot . . . 835
— Sur l'embolie médicamenteuse de la peau après injection intramusculaire de bismogénol, par Moncorps. . . . 1041
— Le traitement de la syphilis héréditaire par le bismuth et le néosalvarsan, par Silbermann et Minsker 1058
— Syndrome de Raynaud guéri par des injections de bismuth, par Sézary et Horowitz 1087
— La pénétration du bismuth dans le cerveau : résultats expérimentaux obtenus avec

l'iodobismuthite, l'iodobismitol et quelques autres produits bismuthiques, par HANZLIK et SPAULDING. . . 1094
— La pénétration du bismuth dans le cerveau et le liquide céphalo-rachidien : résultats cliniques observés avec l'iodobismuthite (iodobismitol) et quelques autres produits bismuthiques, par HANZLIK, MEHRTENS et SPAULDING . . 1095
Vénériennes (Maladies). Relevé statistique sur le mouvement des maladies vénériennes dans la clinique dermosyphilographique de Florence dans la période de 20 années (1910-1929), par CERCHAI 382
— Les législations antivénériennes dans le monde, par CAVAILLON 493
— Quatrième maladie vénérienne, par DE AGUIAR 574
Virus syphilitique. Réceptivité du système nerveux central à l'égard du virus syphilitique, par LEVADITI, VAISMAN et SCHOEN 940

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.